

**EVALUACIÓN  
DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN CONTRATADA CON EL  
HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA**

**MIGUEL ÁNGEL BLANDÓN BEJARANO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD**

**ASESOR  
Rubén Darío Agudelo Loaiza  
Magister en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD  
MANIZALES – COLOMBIA  
2020**

Se dedica este trabajo al **Dios de la Vida**  
y a todas aquellas personas que  
Contribuyeron al éxito de este Proceso Educativo;  
Mckenna, Diamar, Maira, la vieja Ovi, el viejo Migue y doña Trina;  
a los docentes y directivos de la UCM,  
y su excelso equipo de colaboradores.

Se agradece por su contribución y participación en el desarrollo  
de esta tesis a: **PAPITO DIOS,**  
Asmetsalud, Coosalud, Emssanar, Mallamas,  
Asohosval, Consultorsalud, Secretaria Departamental de Salud;  
Al Hospital Luis Ablanque de la Plata  
y a todas aquellas personas que contribuyeron a forjar este noble ideal.

Es un profundo error creer que no hay nada por descubrir;  
equivale a tomar el horizonte por el límite del mundo  
(LENIERRE) (RIAÑO A. 2004,  
un reto a la excelencia en el nuevo milenio).

## TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos .....	3
Tabla de Contenido .....	5
Lista de Tablas.....	7
Lista de Gráficos .....	9
<b>1. INFORMACION GENERAL DEL PROYECTO .....</b>	<b>11</b>
<b>2. INTRODUCCION .....</b>	<b>12</b>
<b>3. OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
3.1. Objetivo General.....	14
3.2. Objetivos Específicos.....	14
<b>4. REFERENTE TEORICO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1. LOS ANTECEDENTES DE INVESTIGACION .....</b>	<b>15</b>
4.1.1. Histórico UPC Adicional .....	16
4.1.2. La UPC: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ....	16
4.1.3. Redes de contratación de servicios de salud en Colombia .....	17
4.1.4. La contratación por capitación en el régimen subsidiado en Antioquia .....	18
4.1.5. Lo nuevo en la compra de servicios de salud .....	18
4.1.6. Estudio técnico para la estimación de la UPC del régimen subsidiado .....	19
4.1.7. Precios y Contratos en salud estudio indicativo de precios y análisis .....	19
4.1.8. La Organización de la Salud en Colombia .....	21
4.1.9. Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.....	22
<b>4.2. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
4.2.1. Teoría de Adam Smith .....	27
4.2.2. Control Interno .....	28
4.2.3. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad .....	28
4.2.4. Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	29
4.2.5. La Unidad de Pago por Capitación .....	29
4.2.6. Modelos de Contratación de Venta de Servicios .....	30
4.2.7. Pago de los Contratos.....	32
<b>4.3. RESEÑA HISTORICA .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4. BASES TEORICAS .....</b>	<b>49</b>
<b>4.5. CONCEPTUALIZACION .....</b>	<b>52</b>
4.5.1. Mercado Social en Salud .....	52
4.5.2. Oferta de Servicios de Salud .....	53
4.5.3. Demanda de Portafolio de Servicios.....	54
4.5.4. El precio de venta y de compra .....	57
<b>4.6. BASES LEGALES .....</b>	<b>59</b>
4.6.1. Ley 100 .....	60
4.6.2. Ley 1122 .....	60
4.6.3. Ley 1438 .....	61
<b>4.7. DEFINICION DE TERMINOS .....</b>	<b>61</b>

4.7.1.	Unidad de Pago por Capitación .....	61
4.7.2.	Régimen Subsidiado en Salud.....	62
4.7.3.	Empresa Social del Estado .....	62
4.7.4.	Entidades Promotoras de Salud .....	62
4.7.5.	Sistema General de Seguridad Social .....	62
4.7.6.	Protección Social .....	63
<b>5.</b>	<b>DISEÑO METODOLOGICO .....</b>	<b>64</b>
5.1.	ENFOQUE .....	65
5.2.	DISEÑO.....	65
5.2.1.	Tipo de Estudio .....	65
5.2.2.	Periodo de Análisis .....	66
5.2.3.	Unidad de Observación .....	66
5.2.4.	Tipo de Información .....	66
5.2.5.	Variables .....	67
5.2.6.	Fuentes de Información .....	68
5.2.7.	Gestión de la Información .....	68
5.2.8.	Método .....	69
5.3.	Población.....	70
5.4.	MUESTRA.....	70
5.5.	PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	70
5.6.	INSTRUMENTO .....	70
5.7.	PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN .....	73
5.8.	COMPONENTE ÉTICO .....	75
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS O DISCUSION .....</b>	<b>76</b>
6.1.	Datos Generales de las EAPB`S y de la IPS`S – ESE .....	77
6.2.	Mercado Integral de la Salud .....	79
6.3.	Índice de Precios al Consumir Sector Salud .....	82
6.4.	Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.....	87
6.5.	Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero .....	101
6.6.	Base de Datos Única de Afiliados - BDUA.....	105
6.7.	Ventas de Servicios y Tecnologías de APS por Capitación.....	110
6.8.	Análisis Comparativo Red Valle – Hlap .....	119
6.9.	Fuentes de Financiación y Giro Directo .....	120
6.10.	Hallazgos .....	127
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>128</b>
<b>8.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>132</b>
	Referencia Bibliografica.....	133
	Anexos .....	140
	Glosario .....	144

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Recursos SGP para financiar el Régimen Subsidiado en Colombia ....	36
Tabla 2.	Caracterización de Riesgo Fiscal de las ESE del Valle del Cauca .....	36
Tabla 3.	Cobertura Aseguramiento Nacional – Departamental y Municipal.....	38
Tabla 4.	Cobertura Aseguramiento Nacional – Departamental y Municipal.....	39
Tabla 5.	Costo Poblacion Subsidiado del Valle del Cauca .....	44
Tabla 6	Costo del Régimen Subsidiado de Buenaventura a UPC Normal ... ..	49
Tabla 7	Costo del Régimen Subsidiado de Buenaventura a UPC Diferencial .	49
Tabla 8	Captura y Registro de Datos de Contratos Hlap .....	73
Tabla 9.	Distribución de la UPC´S por Estructura de Costos y Grupos Etarios .	73
Tabla 10.	Distribución porcentual de contratos por Actividades de APS Hlap ...	74
Tabla 11.	Datos Básicos Generales HLAP – ESE de Buenaventura 2017 .....	78
Tabla 12.	Datos Básicos Generales EAPB`S Buenaventura 2017 .....	78
Tabla 13	Ranking de las EPS´S del Régimen Subsidiado de Buenaventura ....	79
Tabla 14.	Variación IPC Salud Colombia 2010 – 2017 .....	84
Tabla 15.	Incremento UPC Contratada por el IPC Salud Hlap Buenaventura ....	85
Tabla 16.	Variación Upc´s por Ipc´s en Pesos Hlap Buenaventura 2017 .....	86
Tabla 17.	Incremento Upc´s según el Ipc´n Hlap Buenaventura 2017 ... ..	88
Tabla 18.	Incremento de la UPC Colombia 2010 – 2017 .....	89
Tabla 19.	Distribución Estimada de la UPC´S Por Nivel 2017 .....	90
Tabla 20.	Desglose de la Upc´s Nacional Hlap 2017 .....	91
Tabla 21.	Recursos del SGSS Buenaventura 2017... ..	91
Tabla 22.	Valor anual Nacional de pago por Estructura de Costos.....	92
Tabla 23.	Recurso Asignados y Garantizados Upc Diferencial Buenaventura....	93
Tabla 24.	Recursos Asignados y Garantizados por Grupos de Edad 2017 .....	93
Tabla 25.	UPC`S Contratada con la EPS`S Asmetsalud Hlap 2017 .....	94
Tabla 26.	UPC`S Contratada con la EPS`S Coosalud Hlap 2017... ..	95
Tabla 27.	UPC`S Contratada con la EPS`S Emssanar Hlap 2017.....	95
Tabla 28.	UPC`S Contratada con la EPS`S Mallamas Hlap 2017.....	96
Tabla 29.	Ventas por Capitación EAPB Hlap 2015 – 2017 .....	98
Tabla 30.	Análisis Ventas Hlap 2016 – 2017 .....	98

Tabla 31. Incremento de la Upc´s en relación al Ipc Salud Hlap .....	99
Tabla 32. Contratación General Detallada por Upc`s Hlap ... ..	100
Tabla 33. Incremento Real de la Upc´s Contratada Hlap 2017.....	101
Tabla 34. Caracterización de Riesgo de las ESE del Valle del Cauca .....	103
Tabla 35. Costo del Régimen Subsidiado del Valle del Cauca .....	105
Tabla 36. Caracterización de Riesgo Fiscal Red Pacifico 2013 – 2017.....	106
Tabla 37. Población Afiliada Eapb´s Red Pacifico 2017.....	108
Tabla 38 Población Afiliada a las EAPB´S por Grupo de Edad .....	110
Tabla 39. Ventas Actividades de Promoción y Prevención .....	113
Tabla 40. Venta Actividades de Recuperación de la Salud Hlap .....	114
Tabla 41. Valor Neto Estimado para la Atención en Salud Hlap .....	119
Tabla 42. Contratación Red Publica del Valle del Cauca.....	120
Tabla 43. Contratación Red Publica Hlap 2017.....	120
Tabla 44. Reporte Giro Directo IPS HLAP .....	122
Tabla 45. Fuente de Financiación ADRES Hlap .....	123
Tabla 46. Ingresos Hospital Luis Ablanque dela Plata ... ..	126
Tabla 47. Facturacion Hospital Luis Ablanque de la Plata .....	127



## LISTA DE GRAFICAS

Grafica 1. Línea de Tiempo Hlap .....	25
Grafica 2. Evolución Historica Hlap .....	26
Grafica 3. División Política del Valle del Cauca .....	36
Grafica 4. Principales Hospitales de la Red Pública del Valle del Cauca .....	37
Grafica 5. Cobertura Nacional del Sgsss por Departamento .....	39
Grafica 6. Afiliados Régimen Contributivo por Departamento .....	40
Grafica 7. Afiliados Régimen Subsidiado por Departamento .....	41
Grafica 8. Afiliados del Departamento del Valle del Cauca .....	42
Grafica 9. Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Valle .....	43
Grafica 10. Aseguramiento de Buenaventura por Cuenca Hidrográfica .....	44
Grafica 11. Cobertura Aseguramiento Buenaventura .....	44
Grafica 12. Cobertura Régimen Subsidiado Buenaventura .....	45
Grafica 13. Red de Prestadores de Buenaventura .....	46
Grafica 14. Piramide Poblacional de Buenaventura .....	46
Grafica 15. Evolución del Ipc Colombia 2002 – 2017 .....	49
Grafica 16. Ips en Aps Habilitadas en Buenaventura .....	54
Grafica 17. Red de Atención Hlap .....	55
Grafica 18. Red de Atención Hlap por Area Geografica .....	55
Grafica 19. Población Contratada Hlap .....	56
Grafica 20. Red de Atención por Nivel de Complejidad .....	56
Grafica 21. Evolución de la Upc 2000 - 2017 .....	57
Grafica 22. Diseño Metodológico Proceso Investigativo .....	65
Grafica 23. Sistema de Gestion de Información Proyecto .....	69
Grafica 24. Cobertura Aseguramiento Buenaventura .....	79
Grafica 25. Conformación del Presupuesto de Ingresos del Hlap .....	80
Grafica 26. Precio Promedio Per Capita Hlap .....	81
Grafica 27. Oferta de Prestadores Habilitados en PyP .....	81
Grafica 28. Grupo de Servicios Ipc Buenaventura .....	82
Grafica 29. Evaluacion del Ipc Salud Colombia 2003 – 2018 .....	83
Grafica 30. Variación del Ipc Salud y el Ipc Nacional .....	84
Grafica 31. Precio Promedio Ponderado Negociado .....	86

Grafica 32. Distribución de Recursos Sgp .....	88
Grafica 33. Distribución de Frecuencias Upc's Contratada .....	96
Grafica 34. Incremento Upc's Contratada Hlap .....	100
Grafica 35. Ips Publicas del Valle del Cauca .....	103
Grafica 36. Cobertura Afiliación Sgsss Buenaventura .....	106
Grafica 37. Distribución Población Contratada Hlap por Grupos de Edad ... ..	107
Grafica 38. Distribución Cobertura Régimen Contributivo .....	108
Grafica 39. Tendencia de la Upc's Nacional ... ..	108
Grafica 40. Estructura de Costos por Grupo de Edad ... ..	110
Grafica 41. Actividades de Promoción y Prevención .....	111
Grafica 42. Venta de Sercicios por Recuperación de la Salud .....	114
Grafica 43. Actividades Contratadas por Grupos de Servicios .....	115
Grafica 44. Upc's Contratada por Servicios ... ..	116
Grafica 45. Principales Servicios por Ventas Hlap ... ..	117
Grafica 46. Giro Directo Ips por Fuentes de Financiación .....	121



**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
DESARROLLO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

Título: Evaluación de la Unidad de Pago por Capitación contratada con el Hospital Luis Ablanque de la Plata	
Investigador Principal: Miguel Ángel Blandón Bejarano	
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Coinvestigador	Dedicación: TC TP MT
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Asistente de Investigación	Trabajo de Grado Semillero
Línea de Investigación: <b>Gestión de Calidad</b>	
Área de conocimiento a la que aplica: Ciencias de la Salud	
Programa de Posgrado al que se articula: Administración de la Salud	
Lugar de Ejecución del Proyecto: Ciudad: <b>Buenaventura</b> Departamento: <b>Valle del Cauca</b>	
Duración del Proyecto (periodos académicos): 2 Semestres	

## 2. INTRODUCCIÓN

La Viabilidad y Sostenibilidad Fiscal y Financiera de las Empresas Sociales del Estado, como Instituciones Prestadores de Servicios de Salud; está determinada por el *Mercado Integral de Servicios de Salud* (1), y la venta de servicios y tecnologías hospitalarias según la Ley 100 de 1993, por medio de la cual el gobierno nacional, garantizó el derecho constitucional a la atención en salud de la población pobre y vulnerable del país.

Para dar cumplimiento a dicho proceso implementó y definió la Unidad de Pago por Capitación, como unidad monetaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la cual financia el portafolio de servicios de salud operado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

Este ejercicio que según Castaño 2014 <sup>2(p1)</sup>, enfrentó *un reto de política pública de difícil solución: cómo generar mayor bienestar en términos de salud a una sociedad con los recursos disponibles para ellos, es decir, como generar más salud con el dinero disponible* a todos los colombianos.

En tal sentido, y partiendo de la difícil y compleja situación del sector salud para las Empresas Sociales del Estado, se evaluó la Unidad de Pago por Capitación contratada por el Hospital Luis Ablanque de la Plata durante el año 2017; periodo en el cual el **39.62%**, de los hospitales y clínicas públicas del Departamento del Valle del Cauca<sup>3</sup>, como dice Estupiñan 2009 <sup>4(p3)</sup>, presentaron dificultad en *la generación de efectivo derivado de sus operaciones lícitas*; situación financiera por la cual fueron caracterizados en riesgo fiscal alto; razón por la cual, se determinó su incidencia en el déficit fiscal que tiene al hospital en Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero y de Fortalecimiento Institucional.

En él se enuncian y se describen los objetivos que motivaron este estudio; se analiza la **UPC'S**; los servicios y tecnologías contratadas; y la población total de usuarios según la Base de Datos de Usuarios Afiliados como resultado del Proceso de Mercadeo y Contratación de Venta de Servicios y Tecnologías en Salud.

Además, se discutió la importancia del modelo de contratación de servicios de salud por Capitación y la incidencia en la caracterización de Riesgo Financiero

Alto, en el que ha sido declarado el Hospital Luis Ablanque de la Plata.

De igual manera, se analizó los contratos suscritos con las aseguradoras Asmetsalud, Coosalud, Emssanar, y Mallamas; según los recursos financieros que administran en Buenaventura a través de **ADRES**.

En él se evidenció, que el comportamiento Financiero del **HLAP** es intrínseco al Proceso de Mercadeo y Contratación; por cuanto *‘integra el Proceso de Facturación con los procesos Asistenciales y administrativos de la entidad’*<sup>5(p13)</sup>, por cuanto le permite Administrar con eficiencia los recursos generados.

Del mismo modo, se reflexionó sobre la importancia que tiene para el **HLAP** la generación de recursos para salir del **PSFF** en el que se encuentra; y se recomendó el fortalecimiento de la capacidad instalada de oferta de servicios; la reducción del Riesgo de Glosas, Descuentos y Devoluciones en ventas; la Facturación efectiva, eficaz y eficiente de los servicios contratados; y la Gestión de Recaudo y Cobranza de la totalidad de los recursos vendidos; así como el diseño e implementación de *‘métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados’*<sup>6(p1)</sup>. [...] del proceso de Gestión Financiera y sus componentes; con la finalidad de *‘garantizar la calidad en la prestación de los servicios y no servir de excusa para retrasar, negar, o glosar, facturas con el único objetivo de alcanzar un beneficio económico’*<sup>7(p7)</sup>; por el contrario, se trata es de garantizar la atención integral de todos los Bonaverense.

Finalmente, se describen aspectos importantes sobre los elementos componentes del Proceso de Ventas a las **EAPB’S**, como la **UPC’S**, el **IPC** del Sector Salud y la **BDUA**; y se resalta la importancia de establecer políticas que permitan diseñar un eficiente Plan de Mercadeo que fortalezca el Proceso de Contratación del **HLAP**, y mejore el precio unitario de ventas; como resultado de un proceso de Auditoria *‘crítico, que persiga el fin de evaluar y mejorar la eficacia y eficiencia’*<sup>8(p14)</sup> [...] del proceso de Mercadeo y Contratación; *‘a través de un proceso de mejoramiento continuo que involucre la satisfacción del usuario mediante un servicio de excelencia’*<sup>9(p3)</sup>, de Atención Primaria en Salud.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la Unidad de Pago por Capitación, contratada con el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado de baja complejidad de la Red de Prestadores de Servicios de Salud del Distrito de Buenaventura, por las Entidades Administradores de Planes de Beneficios, del Régimen Subsidiado en salud, durante la vigencia fiscal 2017.

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar el porcentaje de contratación de la Unidad de Pago por Capitación realizada por las Entidades Administradores de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado, vinculadas al Distrito Especial Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de Buenaventura con el **HLAP**; según el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007.
- Establecer si la **UPC'S** contratada con las **EAPB'S** tiene incidencia en la caracterización de Riesgo Financiero Alto del **HLAP**.
- Determinar el valor promedio contratado, según la población subsidiada del Distrito de Buenaventura; por servicios, grupos etarios y **UPC'S**.
- Realizar análisis comparativo de la **UPC'S** contratada con las **EAPB'S**; con el **HLAP** y el valor total contratado con la red de Hospitales Públicos del Departamento del Valle del Cauca.

## 4. REFERENTE TEORICO

### 4.1. LOS ANTECEDENTES DE INVESTIGACION

La Unidad de Pago por Capitación, ha sido fuente objeto de múltiples procesos investigativos; los cuales han girado en torno a la suficiencia para cubrir la atención del Plan de Beneficios, la metodología para su liquidación y ajuste, el análisis de costo en la operación del sistema y su evolución histórica; entre otras, como la línea que nos ocupa.

El origen de la Unidad de Pago por Capitación según Restrepo A. 2012 <sup>(10)</sup>, puede atribuirse a la orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia un esquema de mercado.

Esta se caracteriza por ser el valor anual que reconoce el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social por cada una de las personas aseguradas, registradas en la Base de Datos Única de Afiliados; para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado <sup>11(p12)</sup>, mediante la cual sufraga los gastos de la atención en salud.

La Unidad de Pago por Capitación, es uno de los componentes tradicionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y uno de los elementos indispensables en el sostenimiento y mantenimiento del equilibrio financiero del mercado de la salud.

Como elemento regulatorio, fue creada en 1995 para evitar la libre competencia por precio del mercado y maximizar la competencia por calidad en la prestación del servicio; desde entonces hasta la fecha, la Dirección General de Gestión de la Demanda del Ministerio de Salud y Protección Social; ha realizado diferentes estudios de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, entre los cuales se han destacado por su aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros los siguientes:

- Revisión de los Costos de los Servicios de Salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado y su relación con el valor de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada y Contributiva.
- Escenarios de viabilidad financiera para el incremento de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada.

- Evaluación de Pago por Capitación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Estudio de Suficiencia POS – UPC de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la UPC.

De igual manera, sobre la Unidad de Pago por Capitación también se han realizado diferentes estudios de referencia de orden nacional y regional; de estos se seleccionaron los siguientes:

#### **4.1.1. Histórico UPC Adicional:**

El estudio Histórico UPC Adicional <sup>(12)</sup> es una descripción metodológicamente de los valores de la Unidad de Pago por Capitación 2009 a 2018; el cual presenta las siguientes características:

**Objetivo:** Presenta una descripción detallada de los valores de la Unidad de Pago por Capitación adicional a pagar de durante las vigencias 2009 – 2018.

**Metodología:** Describe detalladamente a través de tablas didácticas y prácticas de manejar una selección de datos sobre el incremento porcentual adicional realizado por el gobierno nacional a la Unidad de Pago por Capitación durante los últimos ocho.

**Conclusión:** sobre los resultados obtenidos de este estudio ‘Histórico UPC Adicional’ se puede enunciar: La clasificación de los valores adicionales del incremento de la Unidad de Pago por Capitación mensual a pagar por grupos etarios para la atención en salud en todos los municipios del país clasificados como zona normal; los municipios de zona especial según la resolución 5268 de 2017; los aportes a pagar en las zona especial grandes ciudades y conurbanos del país y el Departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina para la atención en salud.

#### **4.1.2. La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:**

Este estudio realizado por Diego A. Restrepo<sup>13</sup> <sup>(p1)</sup>, ofrece elementos conceptuales e insumos técnicos importantes sobre la Unidad de Pago por Capitación, en diecisiete años de evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud, al amparo de la Ley 100 de 1993.



El mismo relata el comportamiento histórico de esta unidad monetaria del mercado integral de Salud y su comportamiento como fuente de financiación del aseguramiento en salud, desde la óptica de la gestión de los servicios de salud. De él, se pueden extraer los siguientes aspectos:

**Objetivo:** Este estudio que tiene como hilo conductor el *‘analizar la evolución de la unidad de pago por capitación (UPC), los métodos y las variables existentes para su definición dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, luego de su implementación entre 1995 y el 2011’*<sup>13(p1)</sup>; es decir, busca evaluar la suficiencia de la UPC como unidad monetaria del sistema.

**Metodología:** Descripción de datos estadísticos de la unidad de pago por capitación, observados durante un periodo de tiempo diecisiete años

**Resultados:** Destaca la importancia de la UPC’S como unidad reguladora del mercado del sistema general de seguridad social en salud.

**Conclusión:** De este capítulo se destaja la importancia de la Unidad de Pago por Capitación como mecanismo regulador del sistema general de seguridad social; el origen de la UPC’S y la sostenibilidad financiera del sistema; y su atribuido en la orientación y regulación de la salud hacia un esquema de mercado integral.

#### **4.1.3. Redes de contratación de servicios de salud en Colombia: un análisis para el régimen subsidiado.**

Propone Caicedo<sup>14</sup> una metodología para analizar la contratación de los servicios de salud, desde las características de las EPS’S y su poder de mercado.

**Objetivo:** identifica la trayectoria de los flujos de recursos en las redes de contratación de servicios de salud y la concentración de la población asegurada por las prestadoras del sistema.

**Metodología:** Utiliza la razón de concentración K- Empresas de Miller como unidad de medición; con la finalidad de alcanzar los objetivos esperados y validar su teoría de estudio.

**Conclusión/Resultado:** Demuestra que existe concentración y poder de mercado entre las aseguradoras del régimen subsidiado de salud en Colombia.

#### **4.1.4. La contratación por capitación en el régimen subsidiado en 8 Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención en Antioquia.**

Estudio de Leopoldo Giraldo, sobre el análisis del comportamiento de la ejecución de los contratos cápitados.

**Objetivo:** *Analiza el comportamiento de la ejecución de la contratación por capitación del Régimen Subsidiado en ocho ESE'S de primer nivel del departamento de Antioquia durante el año 2006*<sup>15(p32)</sup>, buscando establecer patrones de contratación por capitación por centros de costos.

**Metodología:** Emplea el Método analítico descriptivo; mediante el cual expone los hechos encontrados.

**Conclusión/Resultado:** Afirma que en la ejecución de la capitación por centro de costo hay centros en los que se comporta muy cerca del referente para cada una de las ESE'S; como es el caso de medicamentos, imágenes diagnósticas, laboratorio, hospitalización y urgencias.

#### **4.1.5. Lo nuevo en la compra de servicios de salud).**

Expone los *requisitos a tener en cuenta para la negociación y suscripción de los contratos de prestación de servicios*<sup>16(p5)</sup>. según el decreto 4747 de 2007.

**Objetivo:** Analiza las condiciones mínimas que deben incluirse en los acuerdos de voluntades para la prestación de Servicios.

**Metodología:** utiliza el método descriptivo, mediante el cual realiza un desglose de las normas que reglamentan el proceso de contratación.

**Conclusión/Resultado:** Reconoce que *el pago de los servicios, no solo depende de la modalidad de contratación, sino de la presentación y validación de los RIPS, condición mínima en el acuerdo de voluntades para la prestación de servicios*<sup>16(p163)</sup>, los cuales se convierten en el soporte fundamental de las facturas.

#### **4.1.6. Estudio técnico para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años.**

Estudio técnico de la Comisión de Regulación en Salud<sup>(17)</sup>, con el cual analiza los altos costos de la atención de los servicios de salud, que han *‘generado el progresivo declive del mercado de los pacientes particulares que asumían por su propia cuenta los costos de la atención’*<sup>18(p14)</sup>; [...] y la gran diferencia de las tecnologías del Plan de Beneficios de Salud del régimen subsidiado y contributivo; se analiza por parte del gobierno nacional, unificar los planes de beneficios e igualar la Unidad de Pago por Capitación y fortalecer las *‘redes de contratación de servicios de salud’* <sup>(19)</sup>, en aras de mejorar la calidad de vida del pueblo colombiano.

**Objetivo:** Estudio técnico para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años.

**Metodología:** Estudio experimental que analiza el plan de beneficios según los altos costos de sostenibilidad financiera del sistema de salud del país; para poder responder con calidad y eficiencia al mercado integral de salud y sus tecnologías.

**Conclusión/Resultado:** *‘soporta técnicamente la decisión de incremento en la Unidad de Pago por Capitación correspondiente al proceso de unificación de los planes de beneficios de la población faltante del régimen subsidiado con respecto al plan de beneficios del régimen contributivo’.*

Por la naturaleza de los resultados de las pruebas piloto, se concluye que el estudio permite conformar unas condiciones institucionales, financieras, fiscales y operativas sobre las cuales se evalúa la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación.

#### **4.1.7. Precios y Contratos en salud estudio indicativo de precios y análisis cualitativos de contratos.**

Obra de Ruiz et al<sup>20(1p3,20,269)</sup>, mediante la cual este grupo de profesionales *‘analiza los precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al*

*Sistema General de Seguridad Social de Salud*<sup>20(p3)</sup>; tratando de encontrar alternativas que regulen el mercado y que sirvan de insumo para determinar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación.

**Objetivo:** *El propósito general de la publicación de los resultados de ambos proyectos es aportar elementos conceptuales y metodológicos, al igual que evidencia empírica sobre el comportamiento de los mercados y precios de los servicios de salud, que brinden sustento técnico a las discusiones y desarrollos sobre la evaluación y el ajuste de la unidad de pago por capitación (Upc) y los planes de beneficios del Sistema*<sup>20(p20)</sup>; los cuales conforman el Portafolio de servicios y tecnologías de la Atención Primaria en Salud y de los Servicios Complementarios del Sistema.

**Metodología:** A través del análisis cualitativo, estudia *desde la economía clásica del funcionamiento de los mercados de servicios de salud, y de las relaciones de agencia, contratos y precios desde la economía institucional, los hallazgos sobre los mercados y precios de las actividades y procedimientos en salud*<sup>20(p20)</sup>, hallazgos que se mueven dentro de la elasticidad del mercado y el monopolio de estatal,

**Conclusión/Resultado:** *En el sistema colombiano hay una relación directa entre las estrategias de mercadeo y la consolidación de los pools de riesgo, en especial en el régimen contributivo*<sup>20(p269)</sup>, porque en el régimen subsidiado son las Prestadoras de Servicio del orden social del estado las que reciben todo el peso del riesgo de la salud, transferido directa e indirectamente por las pagadoras.

*... Esto ha producido un nivel importante de selección adversa entre aseguradores.*

*Las mediciones efectuadas indican alta concentración de riesgo en los aseguradores públicos.*

*En consecuencia, se ha perdido la relación entre las bases poblacionales del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación con la configuración actual de los pools de riesgo de algunos aseguradores.*

*En el nivel de riesgo financiero, el sistema utiliza la capacidad de aporte de los cotizantes como mecanismo de modulación de demanda, no como estrategia*

*de financiamiento.*

*Esto tiene repercusiones en la afiliación de la población sin vinculación al trabajo, a la cual no se ha podido ofrecer alternativas diferentes a la afiliación forzosa al modelo contributivo, con el resultado de alta evasión en la contribución” ... <sup>20(p269)</sup> y en un elevado costo de sostenimiento, mantenimiento y apalancamiento por parte del estado en garantizar los recursos para la atención integral del plan de beneficios del Sistema Nacional de Salud para el régimen subsidiado.*

#### **4.1.8. La Organización de la Salud en Colombia.**

El propósito de esta investigación de Arroyave<sup>21</sup> es, plantear una visión general de la organización de la salud en Colombia, con el propósito de mejorar las competencias de quienes están involucradas en ella.

Por tal razón, presenta esta teoría como un *‘estudio modelo para reformar el sistema de salud a partir de sus cimientos, como resultado de sus precedentes históricos’* <sup>21(p15)</sup>, que aún no ha alcanzado para el sector público los resultados deseados.

**Objetivo:** esta obra tiene como finalidad proveer *‘una herramienta didáctica, precisa integral y bien diseñada para comprender la organización de la salud en Colombia desde una perspectiva normativa, ideológica y funcional’* (Arroyave 2009) <sup>21(p15)</sup>. y sobre todo moderna, que se atempere a los avatares de la demanda de salud del nuevo milenio.

**Metodología:** Corriente ideológica netamente descriptiva y pedagógica de los principales componentes del Sistema general de seguridad social de salud.

**Conclusión/Resultado:** Según el marco conceptual planteado por el autor y los resultados expuestos como componente teórico sustentado en el estudio descriptivo del sistema de salud; la obra es una herramienta de auto formación pedagógica de referencia y reflexión personal sobre el sistema general de seguridad de salud de salud y sus componentes.

De igual manera, demanda como síntesis conceptual la profundización y actualización permanente de los profesionales de la salud, como una tarea personal frente al conocimiento y al cumulo de información que genera el

sistema nacional de salud.

#### **4.1.9. Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia.**

La Situación actual de las EPS´C y EPS´S de Colombia<sup>22</sup>, es el primer informe detallado del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Superintendencia Nacional de Salud sobre el desempeño de las Entidades Pagadoras como administradoras del Sistema Nacional de Salud.

**Objetivo:** Evaluar la situación actual de las EPS a través del sistema de evaluación y calificación reglamentado por el artículo 110 de la Ley 1438 de 2011.

**Metodología:** Análisis cuantitativo de datos e insumos estadísticos de las EPS del país.

**Conclusión/Resultado:** Presentar informe de la situación de las EPS. Consolidar insumo para la toma de decisiones. Procesar información disponible de Afiliados, reportes financieros, estudios de calidad y quejas y reclamos.

Ahora bien, Basados en las experiencias de los estudios reseñados, y el día a día de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; se observó que los hospitales públicos; se ven obligados a suscribir ventas de servicios y de tecnologías en salud a Tarifas del extinto Instituto de Seguros Social (ISS) más varios puntos; a Tarifas del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) menos equis porcentaje; o a una Unidad de Pago por Capitación, inferior a veinte mil pesos per cápita; permitiendo que las entidades pagadoras, contraten por debajo de la tarifa oficial y se queden con el **64%** del valor de la UPC´S, según registros oficiales consolidados por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca (<sup>23</sup>).

En tal sentido dice **Ulahy Beltrán López**<sup>1</sup>. 2015 (<sup>24</sup>).; *“Es muy importante saber que mientras no esté debidamente formalizada la nueva contratación entre las partes, la normatividad establece que el parámetro tarifario a aplicarse será el definido en el **Decreto 2423** de 1996 o Manual SOAT, debidamente indexado para la vigencia al momento de la prestación del servicio”*, derrotero que se

<sup>1</sup> Contratación de servicios y tarifas en salud en el 2015 - (Publicado en [www.opinionysalud.com](http://www.opinionysalud.com) el 19/enero/2015 y en OPINION Y SALUD, el lunes 19/enero/2015) (<http://www.opinionysalud.com/index.php/component/k2/item/7908-contratacion-de-servicios-y-tarifas-en-salud-en-el-2015>)

convierte en una arma de doble filo para las IPS'S públicas, especialmente para las que prestan los servicios de Atención Primaria en Salud bajo la modalidad de Contratación per Cápita, debido que bajo los delineamientos de este decreto no recuperaran mediante la facturación por evento a tarifa SOAT PLENA, recuperar el valor de la cápitado.

Indexación que será igual al porcentaje de aumento del Salario Mínimo Legal Mensual Vigente definido por el gobierno, de tal modo que las atenciones realizadas durante ese período sin contrato, pueden facturarse a tarifas SOAT vigente y por evento.

En este orden, la **Ley 1122** de 2007 en el artículo 16, estableció que las EPS'S, *“contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las ESE debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive un porcentaje mínimo, del 60%”* de la UPC.

No obstante, las EPS'S para no cumplir con esta medida; se ampararon en el **decreto 1020** de 2007 que modificó el sentido del artículo 16 de la **Ley 1122**, al determinar que el porcentaje mínimo de contratación del **60%** del gasto en salud, era para cubrir toda la región del área de operación de la EPS; y no el área geográfica del ente territorial.

Medida que fue anulada, por la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia mediante demanda de acción judicial de nulidad; que fue fallada por el Concejo de Estado, quien declaró la retoma del espíritu inicial de la ley 1122<sup>2</sup>.

Estas prácticas adicionadas a otros factores, tienen en alto riesgo a **107** hospitales públicos del país; mientras que en el Valle del Cauca el **78,85%** de los hospitales y clicas públicas durante la vigencia fiscal 2013 – 2017 según clasificación de caracterización territorial del Ministerio de Salud y Protección Social presentaron algún tipo de riesgo fiscal y financiero.

Situación que enmarcó el punto de partida de este ejercicio, dando soporte conceptual y teórico que justificaron la realización y desarrollo del presente escrito; por cuanto, permitieron describir las características y necesidades de la

<sup>2</sup> Redacción El Pulso - Periodista - [elpulso@elhospital.org.co](mailto:elpulso@elhospital.org.co) Por orden del Concejo de Estado Contratación con red pública tiene que ser del 60% en cada municipio.

investigación, según Méndez 1992<sup>25</sup>(p65), e identificar, y describir los siguientes conceptos como términos de referencia; indispensables para orientar y crear las bases teóricas de la investigación según la teoría de Cerda 2018<sup>26</sup>(p170), elementos investigativos que se convierten en la carta de navegación de un proceso de esta naturaleza.

#### **4.2. MARCO TEÓRICO**

El Hospital Luis Ablanque de la Plata, fue creado por el doctor Fredy Fernando Salas Guaitoto, alcalde de Buenaventura 1998 – 1999; quien presentó y sustentó al honorable concejo municipal de Buenaventura, el proyecto de creación de la Empresa Social del Estado de orden municipal; el cual *‘en uso de sus facultades constitucionales y legales, en especial las que le confería el artículo 313 de la Constitución nacional; los artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 32 de la Ley 136 de 1994’*<sup>27</sup>(p1); mediante el Acuerdo 015 de 1998 aprobó su creación.

Sin embargo, solo a partir del 22 de diciembre de 2003 en cumplimiento de la Ley 715; se dio apertura al público bonaverense, como una entidad pública descentralizada de orden municipal, con autonomía administrativa, financiera y patrimonio propio, adscrito al Municipio de Buenaventura, sujeto a *‘la necesidad de desarrollar teorías específicas de precios que reflejasen la estructura del mercado de la economía moderna’*<sup>28</sup> (p52).

Es así, como desde sus inicios, el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado; se caracterizó por ser una Institución Prestadora de Servicios de Salud llena de contrastes, que ha propendido por la generación de una *‘oferta de valor’*<sup>29</sup> (p35), con calidad y calidez en aras de posicionarme como una empresa líder en la región en el mercado integral social de la salud.



Proceso, que se puede clasificar en tres Etapas o Periodos totalmente diferentes; pero que de igual manera han impactado en la Salud del pueblo bonaverense, la cual se ilustra en la siguiente Línea de Tiempo:



**Grafica 1: Línea de Tiempo Hlap Buenaventura 2017.**

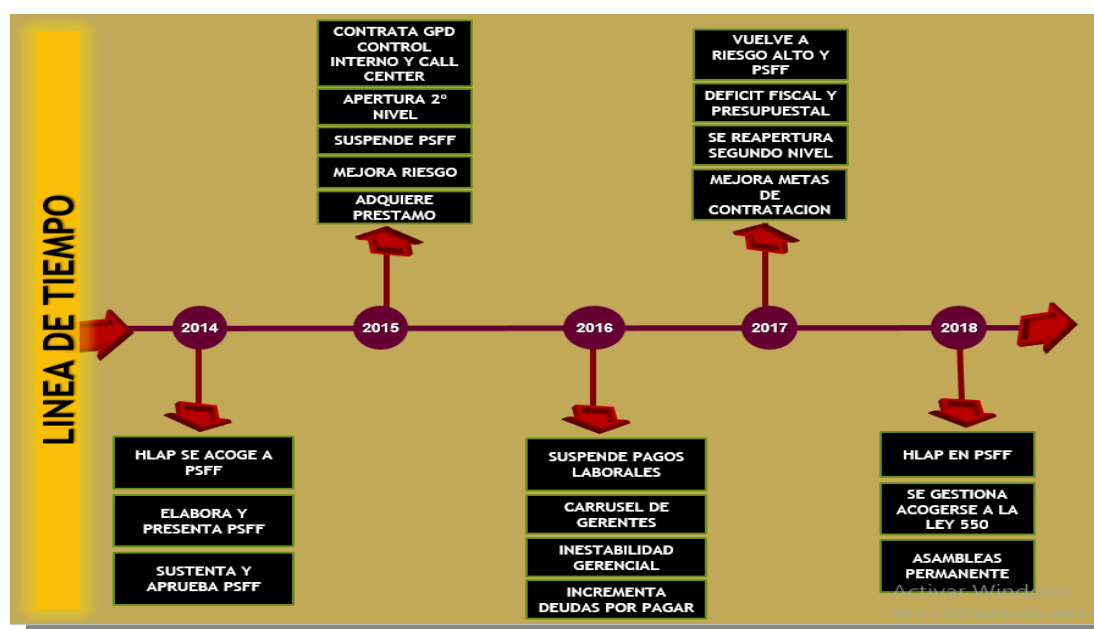
Fuente: Elaboración de los autores con la información de las bases de los informes de gestión y evaluación trimestral presentados por la Oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata 2018.

- **Primera Etapa:** Está comprendida entre 14 de septiembre de 1998 y el 22 de diciembre el 2003; periodo durante el cual el Hospital inveró por más de cinco años, el cual se caracterizó por la indecisión de los gobernantes de asumir la responsabilidad de poner esta Empresa Social del Estado al servicio de la comunidad.

Y por la prestación de servicios de primer nivel de complejidad por la Secretaria de Salud Municipal, en Centros y Puestos de Salud, los cuales, pasaron hacer parte del patrimonio del Hospital.

- **Segunda Etapa:** Este periodo está enmarcado entre 22 diciembre de 2003 y el 31 de diciembre de 2011; en él, se le da vida administrativa al Hlap – ESE, y se le inserta en el contexto nacional, con una capacidad resolutoria que le permitió absorber más del 50% del mercado integral de la salud del municipio de Buenaventura; con servicios de baja complejidad de recuperación de la salud y actividades de Promoción y Prevención de Detección Temprana y Protección Específica.

Este periodo, se destacó por el crecimiento horizontal del hospital, por la solidez económica, por el posicionamiento en el Mercado, por la continuidad del proceso administrativo, por el liderazgo en el sector y por la consolidación como una de las empresas publicas más representativas e insignias de Buenaventura, Ver grafica 1, y 2,



**Grafica 2: Evolución Histórica Hlap Buenaventura 2017.**

Fuente: Elaboración de los autores con la información de las bases de los informes de gestión y evaluación trimestral presentados por la Oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata 2018.

- **Tercera Etapa:** Los últimos ocho años del Hospital Luis Ablanque de la Plata, han sido sinónimo de caos, anarquía, corrupción, burocracia, abandono total, despilfarro y una gran fuente generadora de todo tipo de demandas judiciales.

Entre otras características de este periodo comprendido entre el primero de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2018; se destaca el desfile de Gerentes por esta casa de salud, diez en total; situación que debilito los cimientos financieros del HLAP – ESE, hasta el punto de tenerlo a puertas de la intervención y liquidación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud por la inviabilidad fiscal y financiera en la que se encuentra.

No obstante, por ser una Empresa Social del Estado sigue siendo una Empresa

líder en el andén del Pacífico; con demarcadas ventajas competitivas y comparativas, que le han permitido ejercer el monopolio en la región; pese a haber sido declarado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la **Resolución 1755** de 2017 en Alto Riesgo Fiscal y Financiero, según el Sistema Nacional de Salud.

Esta situación condujo al HLAP – ESE, a acogerse al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cumplimiento del artículo 81 de la **Ley 1438** de 2011 en aras de recuperar su sostenibilidad y viabilidad financiera.

Medida que fue aprobada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante **concepto técnico de viabilidad**.

Es así, como se diseñó, implementó y se re direccionó la plataforma estratégica, hacia el logro de los Objetivos Corporativos; con la finalidad de garantizar la atención de su portafolio de servicios con Calidad y Calidez, y la atención oportuna, efectiva, y humanizada de los usuarios; donde prime el placer de servir, la racionalización de los recursos, la pertinencia del tratamiento, la cultura del respeto, y el uso eficiente de la tecnología.

Herramientas con las cuales espera promover la inclusión social y el desarrollo integral de la población bonaverense; pilares fundamentales del Plan Estratégico del HLAP – ESE; que busca articular el Plan de Desarrollo Nacional, el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan de Desarrollo Distrital con sus líneas de acción.

#### **4.2.1. Teoría de Adam Smith**

Según Merlano 2013<sup>(30)</sup>, Adam Smith sostiene que, si un gerente desea obtener éxito en su gestión al frente de una empresa, debe involucrarse y comprometerse en la satisfacción de las necesidades que demande el usuario; de tal manera que el grado de perfección de satisfacción de su necesidad que obtenga, le impida hacer uso de la competencia o a recurrir a productos sustitutos para lograrlo.

Herramienta que puede aplicarse al HLAP – ESE, para satisfacer las necesidades del usuario e implementar modelos de atención, basados en los principios de oportunidad, eficacia, efectividad y eficiencia.

#### **4.2.2. Control Interno**

Se creó mediante La **Ley 87** según el artículo 209 de la constitución, bajo la doctrina de concebir la administración de los recursos del erario público como una función pública cimentada en los principios de eficiencia, transparencia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.

*“Adicionalmente concibe su desempeño intrínseco a los procesos y al desarrollo de las funciones de los cargos existentes en la entidad”.*

Esta herramienta según Miller 2004<sup>31</sup>(p15), permite *“configurar una serie de subsistemas, componentes, y elementos estructurados y diseñados para prevenir, corregir, reparar, y evaluar la gestión de la entidad pública; los cuales, al ser intrínsecos a su función y operatividad, garantizan la realización de sus objetivos y contribuyen a asegurar el cumplimiento de la finalidad social del estado”*; Así, mismo se convierte en el principal componente del proceso del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad del HLAP – ESE.

#### **4.2.3. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.**

La calidad en la atención en salud se convirtió en el marco de referencia teórico de gran interés nacional; según el *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad* de atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es según el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación – ICONTEC, “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y *la calidad de la atención en la salud*” (32), como complemento del Sistema Único de Habilitación.

Amparados en estos postulados y en los resultados de los indicadores de calidad como herramientas de medición de prestación de servicios y en la percepción de satisfacción de los usuarios, las EPS´S se llenan de argumentos para contratar con las IPS´S un porcentaje de la UPC´S que no compensa el costo de producción.

Oportunidad que pierde el HLAP – ESE, por no tener un SOGC, que le permita generar valor agregado y ofertar un portafolio de servicios y tecnologías que

reúna las características de los pilares de la calidad <sup>(33)</sup>, y que a su vez permita a los gerentes entender ‘que la ineficacia genera servicios más caros’ <sup>(34)</sup>, y por ende incrementa los costos por mala calidad y la ineficiencia en la prestación del servicio.

Es así, que ‘cumplir con los sistemas de aseguramiento de la calidad en su concepto más básico, implica preparar una serie de documentos indispensables para establecer los aspectos relacionados con la planificación estratégica de la empresa, y los compromisos con el cliente’ <sup>(35)</sup>; compromiso que prácticamente obliga al HLAP como Empresa Social del Estado a implementar nuevas Estrategias de Gestión Comercial que le permitan competir en el mercado con calidad y calidez en la Atención Integral de sus usuarios según el Modelo de Atención Integral Territorial en Salud.

#### **4.2.4. Sistema General de Seguridad Social en Salud**

Garantiza “las prestaciones económicas y de salud a los afiliados al sistema, las prestaciones de los servicios sociales complementarios y la ampliación progresiva de la cobertura hasta que toda la población acceda al sistema” <sup>(36)</sup>; marco filosófico en el que, si bien se ha avanzado, después de tres décadas, aun se registran en el país un gran número de Población Pobre No Asegurada.

De igual manera, ‘se trata, en pocas palabras de un bien meritorio elegido por las sociedades para brindar protección a los individuos, quienes en un escenario de libre mercado se encuentran sometidos a la incertidumbre y a los problemas de información que no garantizan su bienestar en largo plazo’ <sup>(37)</sup>, y, por el contrario, ante la negación del servicio deterioran su calidad de vida e incrementan su canasta de Necesidades Básicas Insatisfechas, como es el caso del Distrito de Buenaventura donde el **1.63%** del total de su población padece esta situación y el **27.46%** se encuentra registrada como Población sin Asegurar, Sin cobertura.

Sin embargo, el Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de sus bondades, convirtió a las IPS públicas en empresa especial descentralizadas; con personería jurídica, patrimonio y autonomía administrativa.

#### **4.2.5. La Unidad de Pago por Capitación**

Es el Valor “anual que se reconoce a cada EPS por cada uno de los afiliados al

Sistema General de Seguridad Social en Salud por la organización y garantía para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud o servicios de salud – PBS, financiados con recursos de la UPC, en los Regímenes Contributivo y Subsidiado; sin realizar distinción alguna o segmentación de entre entes territoriales, entre niveles de complejidad, tecnologías en salud, Entidades Pagadoras, Poblaciones Diferenciales o Entidades Territoriales” (38), es decir no es excluyente.

Del mismo modo, “Tiene en cuenta los factores de ajuste por género, edad y zona geográfica, para cubrir los riesgos de ocurrencia de enfermedades que resulten en demanda de servicios de los afiliados”; en otras palabras, la Unidad de Pago por Capitación, es “el valor anual del riesgo en salud que se transfiere a los agentes para que estos asumen la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, atención, rehabilitación y paliación de la enfermedad” (39); sin importar la complejidad de la atención, sino el mejoramiento de la calidad de vida del usuario.

Es por ello que El Ministerio de Salud y Protección Social realiza “los estudios técnicos que tienen por objeto determinar la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan de Beneficios en Salud – PBS” (40); para la atención de cada colombiano registrado en la Base de Datos Única de Afiliados para cubrir o financiar los servicios de salud que demande.

Así mismo, incentiva la eficiencia del aseguramiento y su comportamiento, y ´refleja los costos esperados, dadas las condiciones demográficas epidemiológicas de utilización y estándares de calidad´ (41), en aras de fomentar un proceso de mejoramiento continuo del Sistema.

#### **4.2.6. Modelos de Contratación de Venta de Servicios.**

El modelo de contratación del Sistema Nacional de Salud, tiene como marco jurídico el fortalecimiento de la red de IPS´S y la misión de mejorar el flujo de los recursos financieros que garanticen el equilibrio financiero del sector y la viabilidad, estabilidad y sostenibilidad de los hospitales públicos del País:

Por lo tanto, la provisión o suministro de servicios y tecnologías en salud según el Plan de Beneficios, se constituye en un instrumento fundamental y determinante del sistema de salud según el perfil epidemiología de cada región;

en concordancia con los objetivos de la Ley 100.

En tal sentido y en concordancia con la Política de Atención Integral de Prestación de Servicios de Salud, y los componentes de la Atención Primaria, los acuerdos de voluntades deben promover la calidad de vida de los usuarios, y eliminar las barreras de accesibilidad que entraña el sistema, donde `el riesgo es transferido total o parcialmente al proveedor de servicios`, <sup>(42)</sup>.

En este orden la ley 100 de 1993, le ley 1122 de 2007, el decreto 4747 de 2007, y la ley 1438 de 2011 como antecedentes normativos, definieron y reglamentaron las siguientes modalidades de contratación y pago, respecto a la contratación de los servicios y tecnologías en salud:

4.2.6.1. **Contrato por Capitación <sup>(42)</sup>**: Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se establece una suma por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un período definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable.

La suma variable se reconocerá por persona de acuerdo con los indicadores de desempeño y resultados que se pacten.

4.2.6.2. **Contrato Integral por Grupo de Riesgo <sup>(42)</sup>**: Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por persona para cubrir un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención integral de su condición de salud durante un período determinado de tiempo, usualmente un año.

Aplica preferencialmente para condiciones crónicas, en las cuales es difícil delimitar en el tiempo el curso evolutivo y el final de la atención.

El monto del pago depende del conjunto de tecnologías en salud definidas para la atención del grupo de riesgo <sup>(43)</sup>.

4.2.6.3. **Contrato Pago Global Prospectivo <sup>(43)</sup>**. Modalidad de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de

tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador.

- 4.2.6.4. **Contrato Por Servicios (43):** Modalidad de contratación y de pago en la cual se reconoce una suma por cada unidad de tecnología en salud suministrada a un afiliado para la atención de una condición individual de salud, de acuerdo con unas tarifas o precios previamente acordados.

Terminológicamente reemplaza la denominación “por evento”.

- 4.2.6.5. **Contrato Por Episodio de Atención (43):** Modalidad de contratación y de pago mediante la cual se reconoce una suma fija por un conjunto de tecnologías en salud requeridas para la atención de una condición individual de salud durante un período determinado de tiempo, en el cual se delimita el inicio, el curso evolutivo y el final de la atención.

Bajo esta modalidad podrán contratarse, entre otros, el conjunto integral de completa de una condición de salud aguda, que aparece en un punto particular en el tiempo y se resuelve en un momento posterior.

#### 4.2.7. Pago de los Contratos (42, 43):

- 4.2.7.1. **Pago por Capitalización:** Para la modalidad de contratación y de **pago por Capitalización**, se pagará mes anticipado el 100% de la suma fija pactada por persona, dentro de los cinco primeros días del respectivo mes.

La suma de la parte variable se liquidará con periodicidad máxima trimestral y se pagará dentro de los 3 días siguientes a la verificación del cumplimiento de conformidad con las reglas establecidas para tal fin.

- 4.2.7.2. **Pago por Episodio:** En las modalidades de contratación y de pago por episodio de atención, integral por grupo de riesgo, pago global prospectivo y por servicio, se realizará un pago anticipado del 50%



del valor de la factura dentro de los cinco días posteriores a su radicación.

En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) hábiles siguientes a la radicación de la factura y cuentas de cobro.

Cuando existan glosas se dará aplicación a lo previsto en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 o las normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

4.2.7.3. **Pago Integral:** En las modalidades de contratación y de pago integral por grupo de riesgo y pago global prospectivo, las partes podrán pactar un anticipo, el cual consiste en entregar al Prestador de Servicios de Salud un adelanto o avance con cargo al valor total del contrato.

Dicho anticipo será objeto de liquidaciones periódicas durante la ejecución del contrato o de la ejecución presupuestal, adicionando o descontando el saldo según corresponda.

Lo anterior sin perjuicio de la radicación de facturas por parte del prestador de servicios de salud.

#### 4.3. RESEÑA HISTORICA

El concepto de seguridad social surge en el contexto mundial a finales del siglo XIX, gracias al alemán **Otto Von Bismark**; quien creó el primer sistema de Seguros Sociales, dedicado a la clase trabajadora.

En Colombia, el SGSSI, recientemente bautizado como SNS; tiene como marco teórico la propuesta desarrollada por Bismark; con un nuevo ingrediente, el aseguramiento de las personas desempleadas, a través del sistema de subsidio, financiado por el estado.

En el Valle del Cauca, dicha actividad se reestructuró a partir de la **Ley 64 de 1933**, que autorizó a los departamentos a recaudar recursos para atender la asistencia pública de salud bajo el sistema de Beneficencia Pública.

Con la **Ley 100 de 1993**, se liberó el mercado de la salud y se dio participación a la libre competencia; clúster, que en el Valle según la cámara de comercio de Cali está conformado por 524 IPS; 56 públicas; Mercado que representa, una inversión de miles de millones de pesos; recursos ilustrados en la Tabla 1.

Recursos que parecen ser suficientes para financiar el SNS; pero, se podría afirmar sin exagerar, que “ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posible; cualquiera que crea lo contrario vive en un mundo de fantasía” (44).

“Esto implica que cualquiera que sea la forma en que los recursos se conviertan en bienes y servicios, se debe hacer de la manera más eficiente posible, es decir que genere el mayor bienestar posible por cada unidad monetaria utilizada” (45); en otras palabras equivale a decir se ante la limitante y escases de los recursos estos se deben hacer rendir al máximo, procurando el mayor grado de satisfacción al menor costo posible, sin que ello mengue la calidad de la atención del servicio prestado.

Sin embargo, se observa que mientras las IPS particulares reportan cifras de ventas que indican que el clúster de la salud del Valle sigue siendo un negocio rentable que potencia la región y atrae grandes inversiones como las que vienen adelantando Comfandi con la **Clínica Amiga** por más de \$ 100.000 millones de pesos; el **Centro Medico Imbanaco**, por \$ 300.000 millones; y la **Fundación Clínica Valle del Lili**.

“Los hospitales públicos en general, pero principalmente aquellos que atienden la demanda de servicios de salud en regiones apartadas y vulnerables, los cuales enfrentan restricciones presupuestales, administrativas y de gestión por la falta de personal disponible para la atención de la demanda o por ineficiencias en el manejo del gasto, principalmente el destinado a personal oficial con altas cargas prestacionales” (46) Camero (2016) presentan déficit presupuestal.

Situación que las ha llevado a perder participación en el mercado; a adelantar procesos de liquidación y de reestructuración de pasivos y Saneamiento fiscal, y a ser caracterizadas en alto riesgo financiero, Tabla 2.

**Tabla 1: Recursos SGP para financiar el Régimen Subsidiado en Colombia 2017**

COMPONENTES	Once Doceavas (PNG 2018)
1. SALUD - 24,5%	8.087.749.403.071
1,1, Financiación del Régimen Subsidiado - 80%	6.470.199.522.457
1,2, Salud Publica - 10%	807.774.940.307
1,3, Prestacion de servicios de salud en lo no cubierto con subsidio a la demanda y finaciacion del subsidio a la oferta - 10%	807.774.940.307
Fuente: Ministerio de Hcienda y Credito Publico. Calculos DNP	
Articulo 4 de la Ley 715 de 2001 modificado por el articulo 2 de la Ley 1176 de 2007.	

Fuente: Elaboración de Consultor Salud y de Asohosval: con la información publicada por el Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

**Tabla 2: Caracterización de Riesgo Fiscal de las ESE del Valle del Cauca 2017**

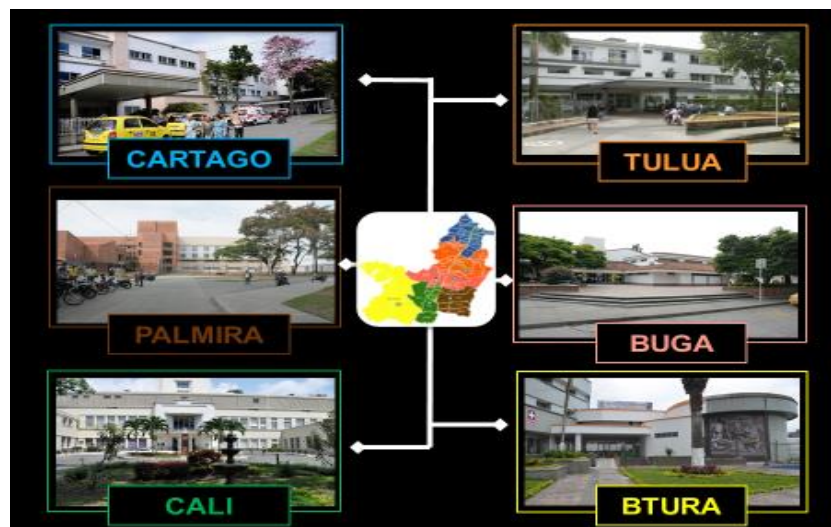
RIESGO	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Sin Riesgo	22	39,29%	26	46,43%	31	57,41%	24	44,44%	32	60,38%
Bajo	10	17,86%	6	10,71%	12	22,22%	16	29,63%	3	5,66%
Medio	11	19,64%	11	19,64%	4	7,41%	7	12,96%	4	7,55%
Alto	13	23,21%	11	19,64%	7	12,96%	6	11,11%	4	7,55%
Pgir									10	18,87%
Liquidados			2	3,57%			1	1,85%		
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>56</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>53</b>	<b>100%</b>

Fuente: Tabla elaborado por los autores con base en la información tomada de las Resoluciones 1877 de 2013, 2090 de 2014, 1893 de 2015, 2184 de 2016 y 1755 de 2017 de categorización de riesgo de las ESE, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Hechos que han acaparado la atención, por el elevado déficit fiscal y financiero, que ha llevado al cierre y liquidación de los siguientes hospitales:

- *Departamental de Buenaventura*, por \$ **43.261** millones,
- *Municipal San Vicente de Paúl de Palmira*, por \$ **26.778** millones,
- *Departamental de Cartago*;





**Grafica 4: Principales Hospitales de la Red Publica del Valle del Cauca**

Diseño: Equipo de Investigación/2018 - Imágenes tomadas de Asohosval

**Tabla 3. Cobertura Aseguramiento Nacional Departamental y Municipal 2017**

Cobertura Aseguramiento 2017	Nacional		Valle del Cauca		Buenaventura	
	Diciembre	%	Diciembre	%	Diciembre	%
Sisben 1	25.871.020	52,49%	2.032.762	43,17%	-	-
Sisben 2	2.811.274	5,70%	281.605	5,98%	-	-
PPNA	554.264	1,12%	43.815	0,93%	116.416	28,00%
Contributivo	22.045.454	44,72%	2.471.364	52,49%	91.469	22,00%
<b>Subsidiado</b>	<b>22.434.577</b>	<b>45,51%</b>	<b>1.726.058</b>	<b>36,66%</b>	<b>205.223</b>	<b>49,36%</b>
Excep & Esp.	2.287.296	4,64%	55.723	1,18%	4.158	1,00%
Afiliados	46.767.327	94,88%	4.253.145	90,33%	300.850	72,36%
Pobl/DANE	49.291.609	100,00%	4.708.262	100,00%	415.770	100,00%
<b>Cobertura</b>	<b>94,88%</b>		<b>90,33%</b>		<b>72,36%</b>	

Fuente: Elaboración de los autores con base en la información tomada de Consultorsalud – Asohosval y el Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

De igual manera, los datos registrados en la Tabla anterior, sobre la cobertura del Aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, durante el año 2017; presentaron la siguiente distribución geográfica, que se ilustra en las gráficas 5, 6 y 7 en el contexto nacional, según la afiliación de la población al régimen Contributivo o Subsidiado:

Como se puede apreciar, la gráfica 5 muestra claramente que solo once departamentos del territorio nacional (de color rojo) en el año 2017 superaron la barrera del **95%** de cobertura en el aseguramiento de su población.

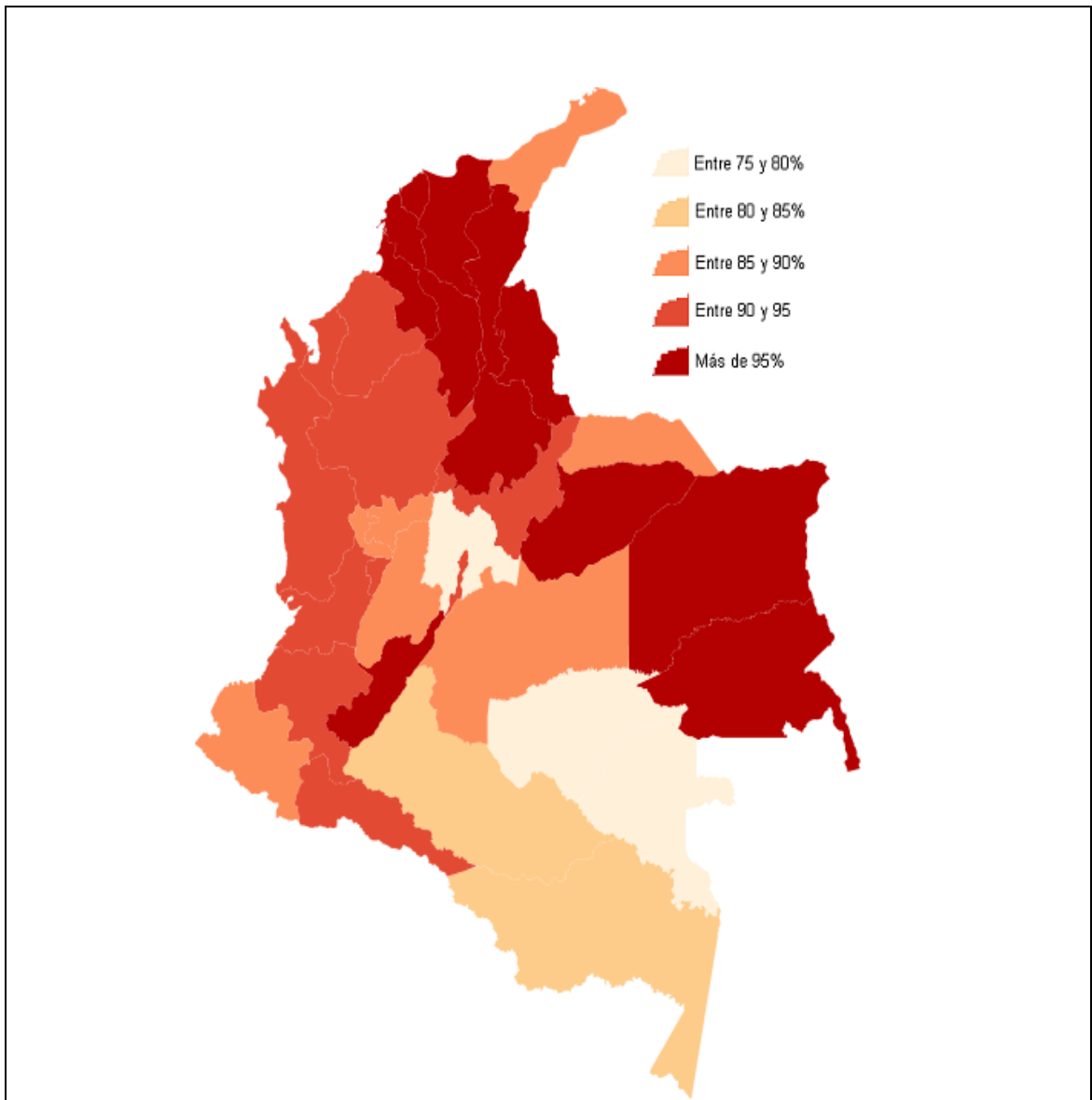
Mientras tanto, en el mismo periodo los departamentos de Atlántico, Antioquia, Santander, Risaralda, Bogotá y Valle del Cauca; reportaron porcentajes mayores al **45%** de afiliados al Régimen Contributivo sobre el total de la población del departamento, situación que se ilustra en la siguiente grafica 6.

Paralelo a este estimado del aseguramiento nacional presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, este ente rector del Sistema Nacional de Salud, emitió la categorización de Riesgo Fiscal de las Empresas Sociales del Estado; rating, como se observa en la tabla 4 a continuación, dejó al **29.86%** de los prestadores de Servicios de Salud del Departamento en Riesgo Fiscal Alto; siendo la Red Regional más afectada, la del Pacífico conformada por las hospitales públicos del Distrito de Buenaventura:

**Tabla 4. Categorización de Riesgo Fiscal de la Red Integrada de Prestadores de Salud del Departamento del Valle del Cauca 2017**

Caracterización	Red Norte	Red Centro I	Red Centro II	Red Sur	Red Occidente	Red Pacífico	Total Riesgo
Sin Riesgo	6 42,86%	8 66,67%	3 50,00%	4 66,67%	11 73,33%	-	32 57,55%
Riesgo Bajo	1 7,14%	1 8,33%	1 16,67%	-	1 6,67%	-	4 7,19%
Riesgo Medio	1 7,14%	1 8,33%	1 16,67%	-	-	-	3 5,40%
Riesgo Alto	1 7,14%	-	-	1 16,67%	1 6,67%	1 33,33%	4 6,47%
Pglr	4 28,57%	2 16,67%	1 16,67%	-	2 13,33%	1 33,33%	10 17,99%
Liquidados	1 7,14%	-	-	1 16,67%	-	1 33,33%	3 5,40%
<b>Total Hospitales</b>	<b>14 100%</b>	<b>12 100%</b>	<b>6 100%</b>	<b>6 100%</b>	<b>15 100%</b>	<b>3 100%</b>	<b>56 100%</b>

Fuente: Elaboración de los autores con base en la información tomada del Ministerio de Salud y Protección Social según la resolución 1755 de 2018.



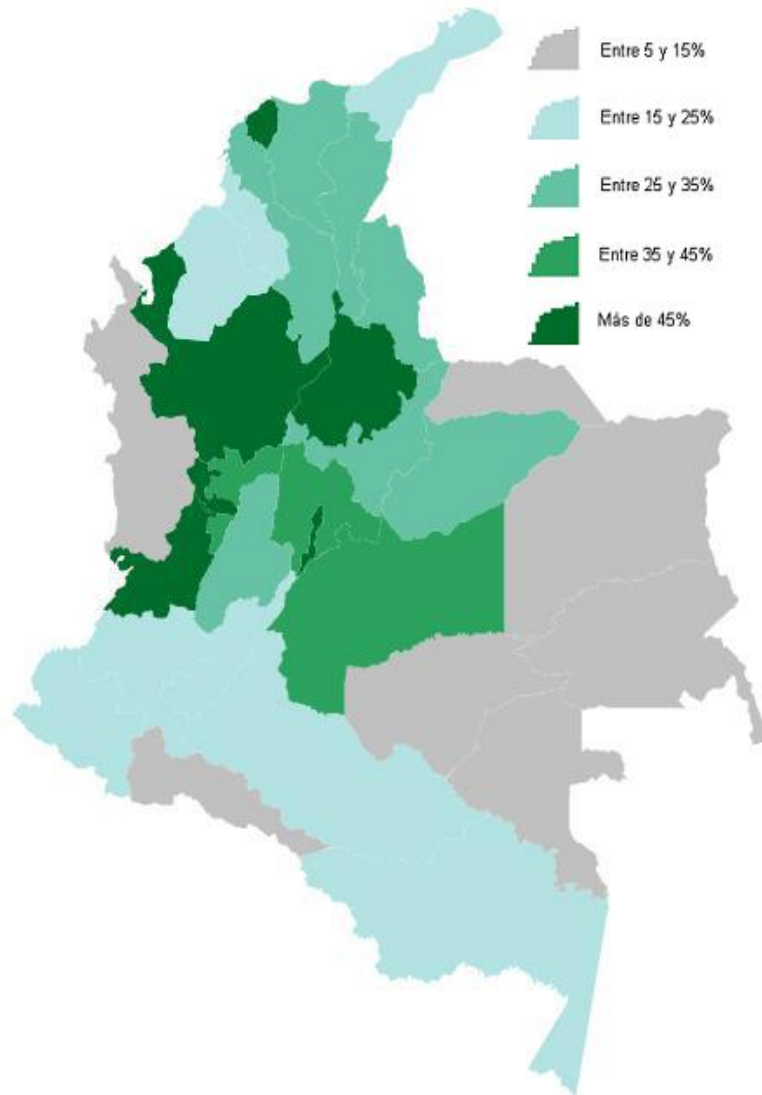
**Grafica 5: Cobertura Nacional del Sgsss por Departamento**

Fuente: Mapa tomado del Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

Como se puede apreciar, la gráfica 5 muestra claramente que solo once departamentos del territorio nacional en el año 2017 superaron la barrera del **95%** de cobertura en el aseguramiento de su población.

Mientras tanto, en el mismo periodo los departamentos de Atlántico, Antioquia,

Santander, Risaralda, Bogotá y Valle del Cauca; reportaron porcentajes mayores al **45%** de afiliados al Régimen Contributivo sobre el total de la población del departamento, situación que se ilustra en la siguiente grafica 6.



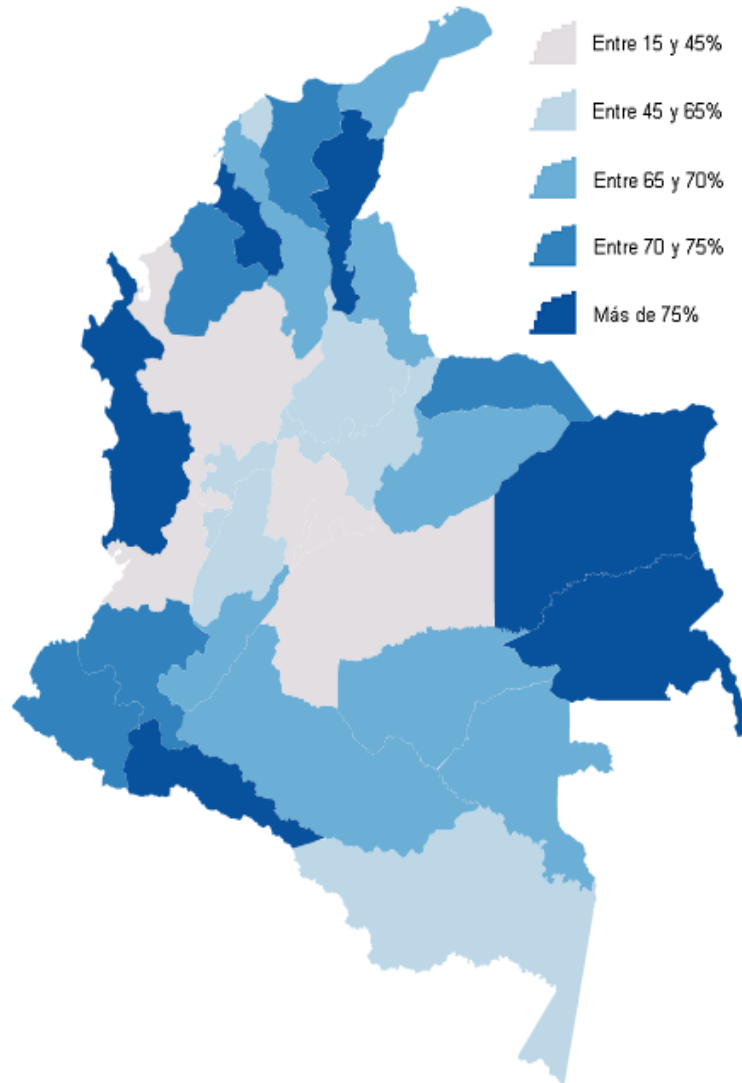
**Grafica 6: Afiliados Régimen Contributivo por Departamento**

Fuente: Mapa tomado del Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

En el Régimen Subsidiado, el ejercicio consiste en revelar el negativo de la fotografía anterior del Régimen Contributivo; donde los departamentos de menor capacidad de creación de fuentes de empleo, son los de mayor aseguramiento.



Es así, como los departamentos de Choco, Putumayo, Guainía, Vichada, Cesar y Sucre lideran el aseguramiento en este régimen con más del **75%** de la población total del departamento afiliada.



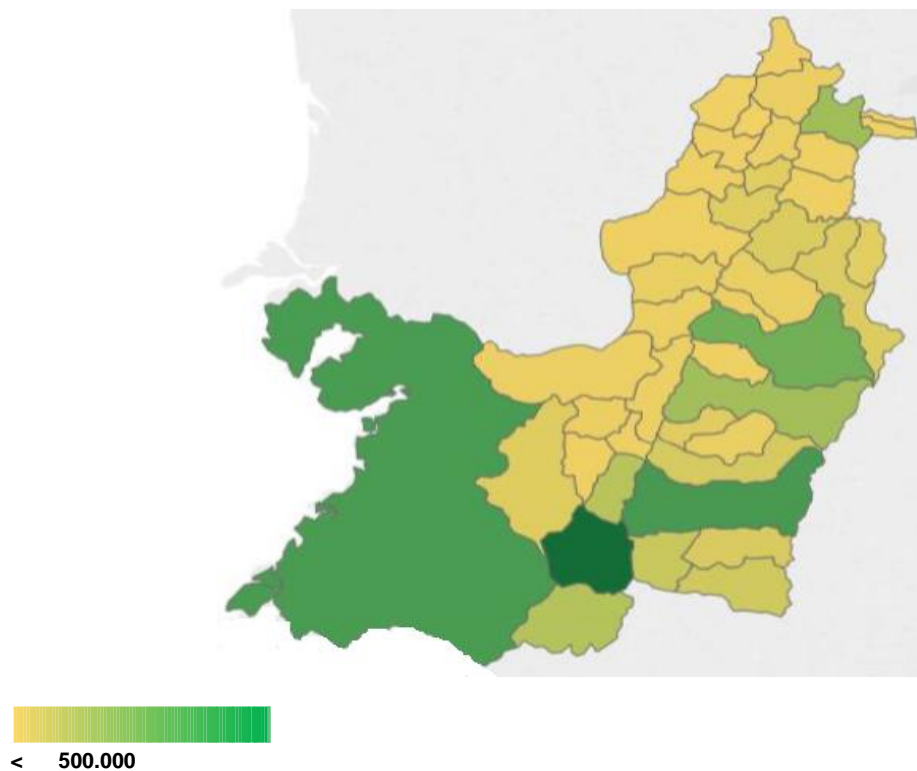
**Grafica 7: Afiliados al Régimen Subsidiado por Departamento**

Fuente: Mapa tomado del Ministerio de Salud y Protección Social 2018

Ahora bien, del total de la información registrada en la tabla 3, respecto al aseguramiento del Departamento del Valle del Cauca; a excepción de los municipios de color verde que se ilustran en la gráfica 8, la mayoría de los municipios de este departamento, presentaron en el 2017 una cobertura total de afiliados al Sistema Nacional de Salud menor de 500.000 personas.

Es así, como el mayor registro de afiliados se encuentran localizados en las principales ciudades del departamento, Cali, Buenaventura, Palmira, Tuluá, Cartago, Buga, Yumbo y Jamundí.

Las cuales lideran la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud para la atención integral de usuarios del Régimen Subsidiado del Departamento del Valle del Cauca, distribuidas por áreas geográficas y por población afiliada, según de ilustra en la gráfica 9, tabla 5 que se expone a continuación.



**Grafica 8: Afiliados del Departamento del Valle del Cauca 2017**

Fuente: Mapa tomado de Consultorsalud y Asohosval 2018

En el plano local, el marco de referencia gira en torno al Área Geográfica del Pacífico de la Red Integrada del régimen subsidiado de salud del Valle del Cauca <sup>(48)</sup>; sus 6.078 km<sup>2</sup>; y a su población de 415.640 habitantes, certificados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas.

Los cuales, se encuentran clasificados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, según registros ilustrados en la Grafica 10 y 11 de Cobertura y Aseguramiento del Distrito Especial de Buenaventura, en un **7.51%** en la zona

Rural y un **92.49%** en la zona urbana; y de estos, el **49.38%** se encuentra afiliado con cargo a la BDUA al régimen subsidiado:



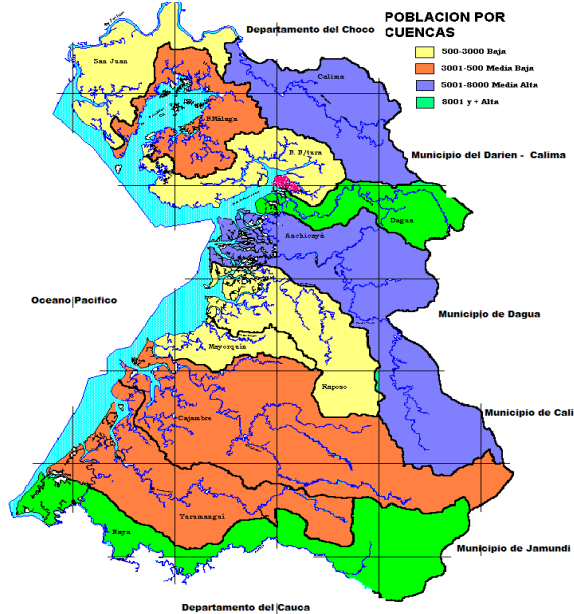
**Grafica 9: Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Valle del Cauca.**

Fuente: Mapa tomado de Asohosval – Red Integrada de Prestadores de Servicios de salud para la atención integral de usuarios del Régimen Subsidiado - Redvalle Unión Temporal 2018.

**Tabla 5. Costo Población Subsidiada Red Integrada del Valle del Cauca**

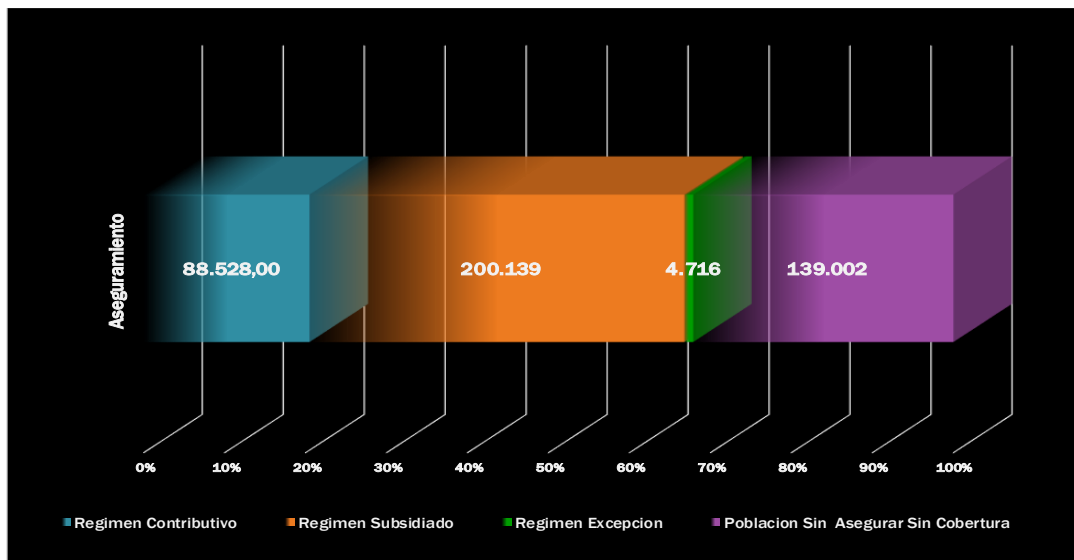
Nº	Red	Poblacion Subsidiada	Valor Upc 'S	Valor Sgsss Reglmen Subsidiado	% Red	Dcto Administracion	Base de Contratacion
1	Red Norte - Cartago:	170.287	667429	113.654.516.180	9,87%	9.092.361.294	104.562.154.88
2	Red Centro - Tulua:	242.176		161.635.333.939	14,03%	12.930.826.715	148.704.507.22
3	Red Centro - Buga:	101.930		68.031.058.356	5,91%	5.442.484.668	62.588.573.68
4	Red Suroriente - Palmira:	215.983		144.153.360.904	12,51%	11.532.268.872	132.621.092.03
5	Red Sur - Cali:	790.458		527.574.750.574	45,80%	42.205.980.046	485.368.770.52
6	Red Pacifico - Buenaventura:	205.223		136.971.822.712	11,89%	10.957.745.817	126.014.076.89
<b>Total Red Valle</b>		<b>1.726.057</b>		<b>1.152.020.842.664</b>	<b>100%</b>	<b>92.161.667.413</b>	<b>1.059.859.175.25</b>

Fuente: Elaboración y proyección de los autores con base a la información de la BDUA y el Ministerio de Salud y Protección Social 2018.



**Grafica 10: Aseguramiento de Buenaventura por Cuencas Hidrográficas**

Fuente: Mapa tomado de la Oficina de Planeación Distrital de Buenaventura – Población por cuenta Hidrográfica 2018



**Grafica 11: Cobertura Aseguramiento Buenaventura 2017**

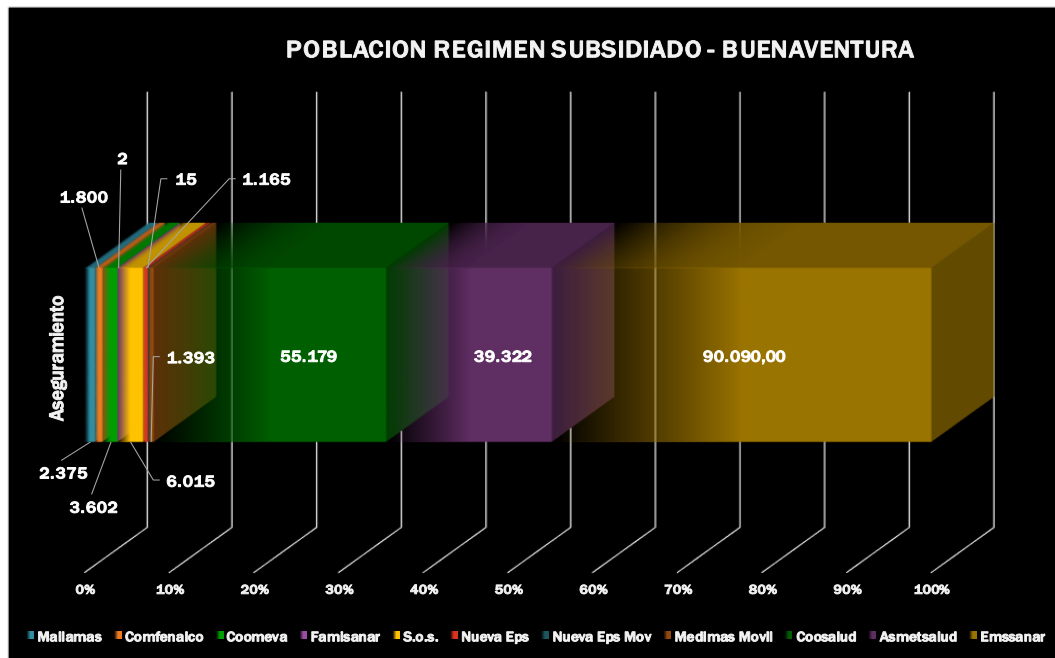
Fuente: Elaboración de los autores con la información del aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social, BDUA – ADRES/2018.

De este mercado, el **48.15%** de la población, se encuentra afiliada al Régimen

Subsidiado en salud, distribuida en once Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, según se registra en la gráfica 12 del presente texto.

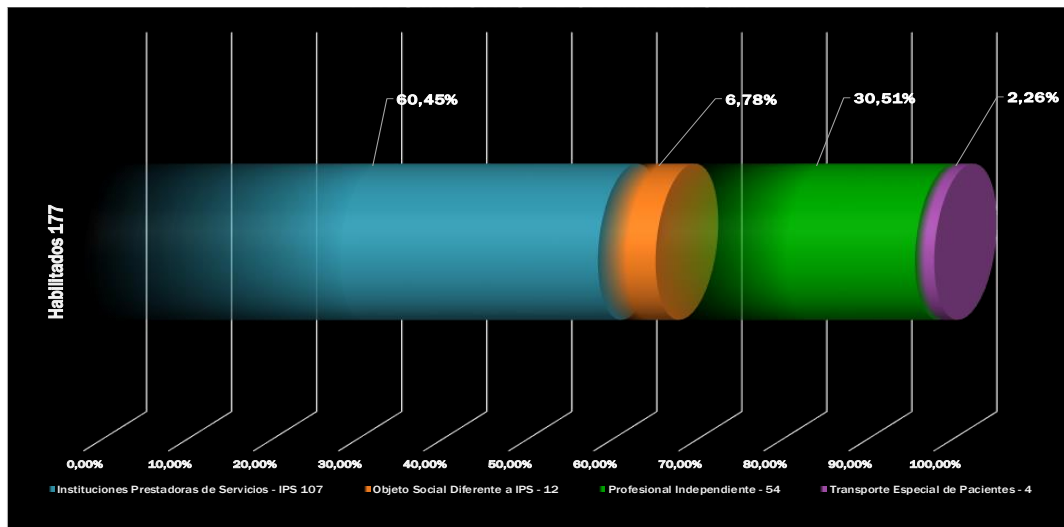
De este total, las entidades pagadoras Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas administran el **93%** del total de la población afiliada al Régimen Subsidiado de salud del Distrito de Buenaventura; situación que convierte al Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado en el principal proveedor de servicios y tecnologías de atención primaria en salud de estas cuatro aseguradoras.

Para garantizar la atención integral de salud de esta población, el Distrito de Buenaventura tiene habilitada una compleja red de oferta de servicios y de tecnologías en salud por nivel de competencia y complejidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Atención Primaria en Salud y de Servicios Complementarios, clasificas según se ilustra en la gráfica 13:



**Gráfica 12: Cobertura Régimen Subsidiado Buenaventura 2017**

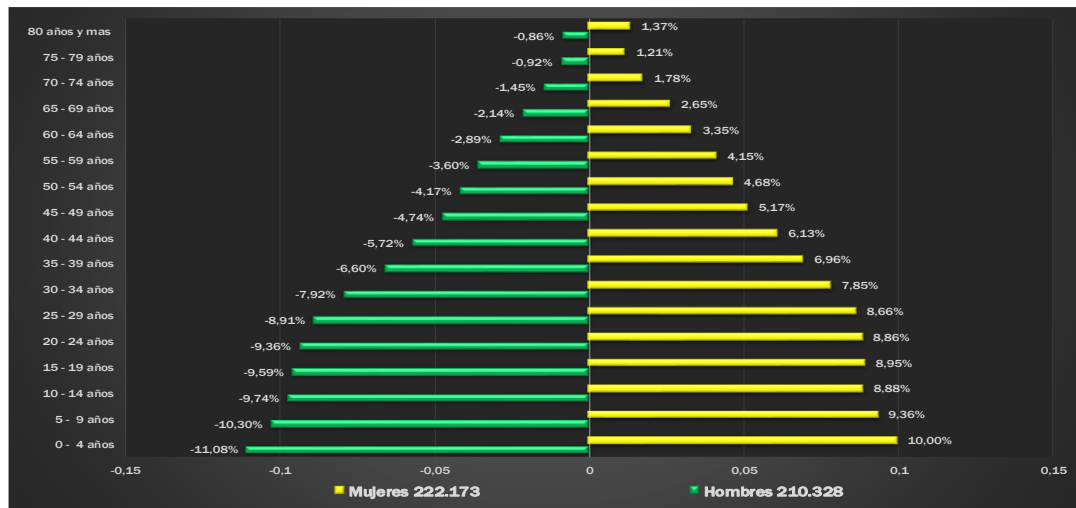
Fuente: Elaboración de los autores con la información del aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social, BDU A – ADRES/2018.



**Gráfica 13: Red de Prestadores de Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los autores con la información suministrada por la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura 2018.

Según la pirámide poblacional de la gráfica 14; el **48,63%** de los habitantes de Buenaventura son hombres y el **51,37%** mujeres; lo que representa una “pirámide poblacional constrictiva, que hace referencia a que el Distrito se encuentra en transición demográfica.



**Gráfica 14: Pirámide Poblacional de Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los autores con la información de BDU – ADRES – DANE/2018.

Es decir que pasa de altos a bajos niveles de natalidad y mortalidad, evidencia

de mejoría de las condiciones de la población en términos de necesidades básicas que influyen directamente sobre la salud de la población”<sup>3</sup>.

El Hospital Luis Ablanque de la Plata; se ha convertido, en el más importante centro hospitalario del pacífico; su sede principal se ubica, en las antiguas instalaciones del Hospital Departamental de Buenaventura, inaugurado por la CVC en 1977, en cumplimiento del Plan de Desarrollo para Buenaventura; el cual reemplazó al Hospital Santa Elena, fundado en 1925 por la hermana misionera Sor Enriqueta Vásquez Cobo, en el antiguo Cuartel Militar de El Tabor, Antiguo Seguro Social.<sup>4</sup>

Desde su apertura en 2003, el Hospital se ha posicionado como el máximo proveedor de servicios y tecnologías de salud del mercado de Atención Primaria en Salud de Buenaventura.

Portafolio que le permite ser una empresa dominante en el Mercado de la Salud de Buenaventura; el cual, a valor normal de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, ascendió a **\$ 136** mil millones, según el artículo 11 de la Resolución 6411 de 2016; y a **\$ 157** mil millones según el artículo 17 de la misma resolución.

Recursos, debidamente asignados y garantizados por el gobierno nacional; ver Tabla 6 y 7.

Otro elemento importante de la pirámide poblacional del Distrito de Buenaventura reseñada en la gráfica 9; según el Análisis de Situación de Salud (<sup>49</sup>); lo constituye entre otras las siguientes características fundamentales para la proyección del perfil epidemiológico de la región y de su portafolio de servicios:

- La base de la pirámide que corresponde a las edades más jóvenes comienza a estrecharse, encontrándose mayor proporción de la población entre las edades de 15 a 19 años.
- De igual manera, se observa una pirámide en transición demográfica, hasta los 19 años, con un crecimiento homogéneo.

En el mismo orden, otro componente de singular importancia del marco teórico

<sup>3</sup> Id 26 pagina 37.

<sup>4</sup> Lozano Batalla Roberto – Reseña histórica de Buenaventura

del estudio, lo constituye el comportamiento histórico del Índice de Precio al Consumidor (grafica 15) del Sector Salud.

Su variación, es el reflejo de la inflación del país: el cual, ha jugado un papel fundamental, como variable de la fórmula que define el incremento de la Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Subsidiado y Contributivo del aseguramiento del país, por medio del cual se financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Tabla 6: Costo del Régimen Subsidiado de Buenaventura a UPC Normal 2017**

EPS'S	Poblacion Afiliada R/S	%	Upc'S Normal	Recursos Asignados y Garantizados	Admon. 8%	Administracion	Recursos para la Atencion en Salud	Red Publica 60%
Asmetsalud	42.061	20,50%	667.429,20	28.072.739.581	53.394,34	2.245.819.166,50	25.826.920.415	15.496.152.249
Coosalud	57.085	27,82%		38.100.195.882		3.048.015.670,56	35.052.180.211	21.031.308.127
Emsanar	94.413	46,01%		63.013.993.060		5.041.119.444,77	57.972.873.615	34.783.724.169
Mallamas	2.701	1,32%		1.802.726.269		144.218.101,54	1.658.508.168	995.104.901
Otras	8.963	4,37%		5.982.167.920		478.573.433,57	5.503.594.486	3.302.156.692
<b>TOTAL</b>	<b>205.223</b>	<b>100%</b>		<b>136.971.822.712</b>		<b>10.957.745.817</b>	<b>126.014.076.895</b>	<b>75.608.446.137</b>
				100%		8,00%	92%	55,20%

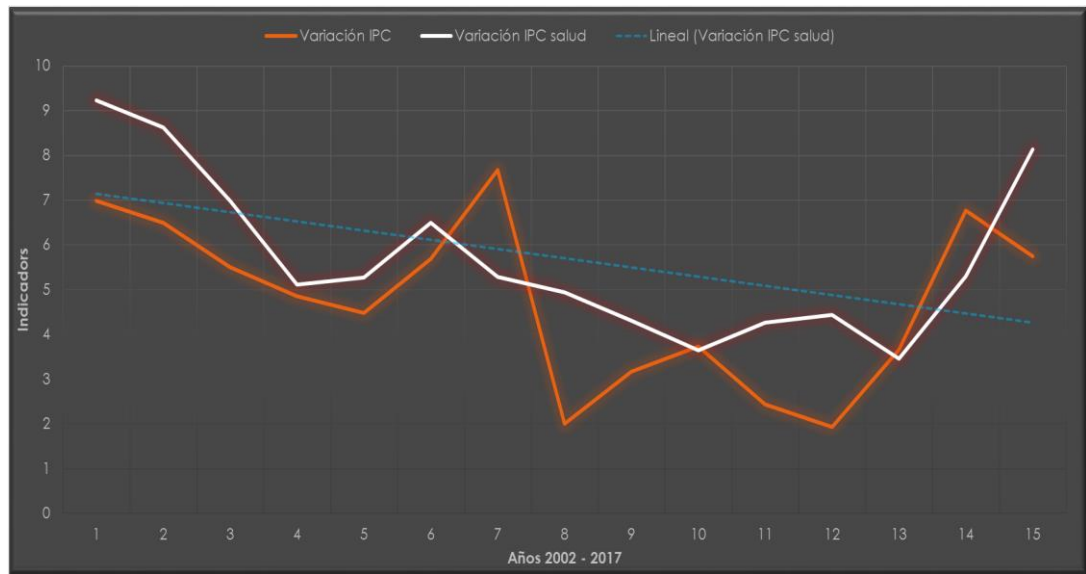
Fuente: Elaboración, Proyección y Calculo Equipo Investigador con la información del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2018.

**Tabla 7: Costo del Régimen Subsidiado de Buenaventura a UPC Diferencial 2017**

EPS'S	Poblacion Afiliada R/S	%	Upc'S Diferencial	Recursos Asignados y Garantizados	Admon. 8%	Administracion	Recursos para la Atencion en Salud	Red Publica 60%
Asmetsalud	42.061	20,50%	767.545,20	32.283.718.657	61.403,62	2.582.697.492,58	29.701.021.165	17.820.612.699
Coosalud	57.085	27,82%	767.545,20	43.815.317.742	61.403,62	3.505.225.419,36	40.310.092.323	24.186.055.394
Emsanar	94.413	46,01%	767.545,20	72.466.244.968	61.403,62	5.797.299.597,41	66.668.945.370	40.001.367.222
Mallamas	2.701	1,32%	804.465,91	2.172.862.423	64.357,27	173.828.993,83	1.999.033.429	1.199.420.057
Otras	8.963	4,37%	767.545,20	6.879.507.628	61.403,62	550.360.610,21	6.329.147.017	3.797.488.210
<b>TOTAL</b>	<b>205.223</b>	<b>100%</b>		<b>157.617.651.417</b>		<b>12.609.412.113</b>	<b>145.008.239.304</b>	<b>87.004.943.582</b>
				100%		8,00%	92%	55,20%

Fuente: Elaboración, Proyección y Calculo Equipo de Investigador con la información del Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística 2018.





**Grafica 15: Evolución del IPC Colombia 2002 - 2017**

Fuente: elaboración del equipo investigador con la información del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la evolución del Índice de Precios al Consumidor 2002 – 2017.

#### 4.4. BASES TEORICAS

A través de los siguientes supuestos y proposiciones, se plantean las bases teóricas que contribuirán a dar respuesta al problema objeto de estudio, como aspecto metodológico del presente trabajo:

- En Buenaventura las Empresas Sociales del Estado de Baja complejidad, de servicios complementarios o de Atención Primaria en Salud; como Instituciones Prestadoras de Servicio de salud, realizan las actividades del proceso de contratación y venta de servicios y tecnologías, de acuerdo al artículo 16 de la **Ley 1122 de 2007**, que reglamenta el porcentaje de contratación de la Unidad de Pago por Capitación.
- Los deficientes resultados obtenidos en las metas de cumplimiento con las EPS'S, como indicadores de medición; hacen que estas entidades contraten con el Hospital Luis Ablanque de la Plata, un valor de la Unidad de Pago por Capitación inferior al costo de producción del servicio.

- La contratación de recursos de la Unidad de Pago por Capitación con hospitales y clínicas particulares que no cuentan con la infraestructura, ni con la capacidad resolutoria en Atención en Salud; a través del mecanismo de población compartida, hace que las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud, reduzcan el valor a contratar con el hospital Luis Ablanque de la Plata, y por ende la población contratada; debilitando así, su solidez económica, su sostenibilidad financiera e incidiendo directamente en la dispersión de la concentración del mercado.
- ‘El ajuste del riesgo que determina la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan de Beneficios de Salud’ <sup>(50)</sup>; dado la pérdida del poder adquisitivo de la misma por el incremento del nivel de precios; es trasladado por las EPS’S al hospital a la hora de definir los nuevos contratos de venta de servicios, al pactar porcentajes de contratación de la UPC’S por debajo del Índice de Precios al Consumidor del sector salud.

En este orden; la principal fuente teórica de investigación la constituye la obra de Fernando Ruiz Gómez, Liliana Amaya Lara, Liz Garavito Beltrán y Jaime Ramírez Moreno; ponentes de la obra, “Precios y contratos en salud, Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos”; “Proyecto Determinación de los precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al Sistema general de seguridad social de salud” <sup>(51)</sup>.

Por ende, “los mercados de servicios de salud caracterizados por asimetría de información, incertidumbre, fallas de mercado, entre otros; demandan el estudio permanente de su comportamiento, en especial, de las condiciones de competencia entre aseguradores y prestadores, de forma que se disponga de evidencia empírica para el análisis de la estructura y la dinámica de formación de los precios de los servicios de salud.

En Colombia, en el sistema general de seguridad social en salud creado por la reforma al sector, el modelo de aseguramiento se sustentó en principios como: cobertura universal, libre elección, competencia pluralista, diferenciación de funciones de los agentes y aplicación de instrumentos de modulación de las relaciones entre aseguradores y prestadores de servicios de salud.

En este contexto, las relaciones en el Sistema, entre instituciones y agentes de mercado, están determinadas por dos instrumentos de modulación: plan de beneficios y pago por capitación, en tanto, entre los agentes se dan relaciones de mercado mediante un esquema de precios y contratos basado en incentivos (Ramírez, 2005) <sup>51(p18)</sup> <sup>52</sup>.

Con este modelo se buscó elevar la eficiencia de los agentes en la gestión del aseguramiento e incrementar la equidad y el acceso de la población a los servicios de salud, lo cual implica un equilibrio entre los agentes, una unidad de pago por capitación ajustada, y controles al propio proceso de acceso, los cuales demandan un conocimiento permanente de la operación del Sistema, en especial de los servicios de salud transados y sus respectivos precios.

El cálculo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación, requiere información sobre uso y gasto en salud.

No obstante, aun cuando en el país se han dado avances importantes en esta materia, se presentan deficiencias en la información.

Por su parte, la competencia entre aseguradores y prestadores debe garantizar precios que se diferencien de los preestablecidos, aun cuando no sean resultado del equilibrio entre la oferta y la demanda, para así generar incentivos en cuanto a calidad y que redunden en mejores condiciones de atención en salud de la Población” <sup>51(p19)</sup>.

Por consiguiente, también se debe concebir, el estudio de mercados y precios de salud, como un indicativo de corte transversal de los precios transados entre aseguradores y proveedores de servicios de salud.

De igual manera, debe medir los precios de las actividades y procedimientos incluidos en los planes de beneficios, a partir de la revisión de los contratos para las formas de pago por evento, paquete integral, cápita y presupuesto global, tomando en consideración las características territoriales.

Análisis que debe contemplar las correlaciones entre tipos de municipios y aseguradores; la concentración de los mercados de servicios de salud en el orden nacional y territorial, para el régimen contributivo y subsidiado; las diferencias de precios, grupos de canastas por nivel tecnológico, y tipo de prestadores.

En esta publicación se presentan los principales resultados de dicho proyecto, dada su importancia como primera aproximación para la medición de los precios de servicios de salud.

Donde el estado colombiano, para cumplir con los fines esenciales del Mercado integral de Salud, se ha apoyado en las EPS'S para confiarles la responsabilidad de administrar, promover bienes y servicios de salud, obedeciendo a los propósitos previamente señalados en el Sistema Nacional de Salud.

En este ejercicio, aparece la contratación y venta de servicios de salud como el principal componente para desarrollar la tarea pública encomendada de garantizar el aseguramiento del sistema general de seguridad social de salud; factor que tiene incidencia en el crecimiento y desarrollo de las actividades económicas que se tranzan en el mercado integral de la salud, con cargo al presupuesto nacional; a través de la Unidad de Pago por Capitación.

Gestión en la que los profesionales de la salud como servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado, y líderes del proceso de Mercadeo y Contratación deben conocer el marco normativo, las reglas y principios contenidos en el estatuto general de contratación, ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007, y demás decretos que modifiquen o reglamenten.

#### **4.5. CONCEPTUALIZACION**

Las características o cualidades de la realidad del proyecto a realizarse sobre la Evaluación de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, contratada con el Hospital, Luis Ablanque de la Plata, por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que operan el Sistema Nacional de Salud del Distrito de Buenaventura, y los factores intrínsecos que conforman este problema objeto de estudio; contiene múltiples valores conceptuales; de los cuales se desprenden aspectos fundamentales como posibles variables a tener en cuenta en el proceso investigativo, como son:

##### **4.5.1. Mercado Social en Salud:**

Según el enfoque acuñado por Kotler y Zaltman (1971) <sup>(53)</sup>. El mercadeo social busca el cambio de comportamiento a largo plazo y sostenible en el tiempo;

donde no solo debe influir en el público objetivo, sino también en otros actores que son claves para generar un escenario propicio para desarrollar el plan de mercadeo social; entorno donde “el tamaño del mercado limita la posibilidad de competencia, haciendo unos municipios más atractivos que otros para las administradoras” <sup>(54)</sup> dado el número de habitantes.

De igual manera, El Mercado Social es definido, como un proceso de aplicación de técnicas, que comprenden: la investigación, análisis, planificación, diseño, ejecución, control y evaluación de programas; que tienen como objetivo, promover un cambio social favorable, a través de la oferta de un producto social, que esté orientado a que sea aceptada o modificada voluntariamente, una determinada idea o práctica en uno o más grupos de destinatarios (Mendive, 2008, p. 32) <sup>(55)</sup> <sup>(56)</sup>.

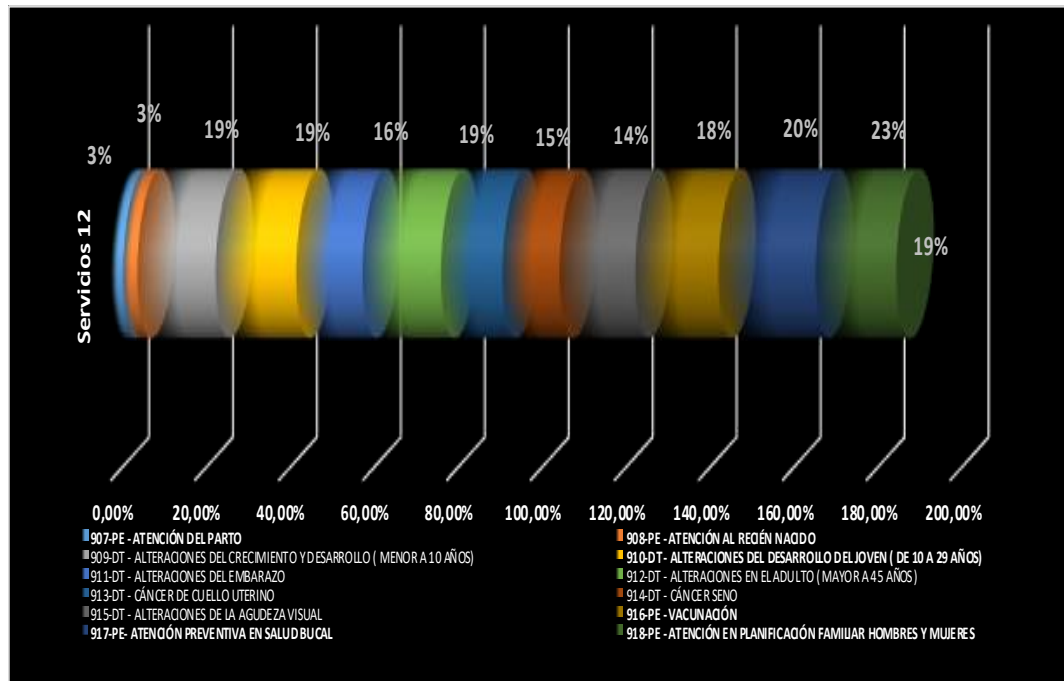
El Mercado Social en Salud del Distrito de Buenaventura, para el régimen subsidiado; está conformado por las actividades de los programas de atención primaria en salud de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de detección temprana y protección específica.

El cual tiene la finalidad de crear estilos de vida saludables en los **205.223** bonaverense registrados en la Base de Datos Única de Afiliados del ministerio de salud y protección social; a través de la demanda inducida, según se ilustra en la gráfica 16:

#### **4.5.2. Oferta de Servicios de Salud:**

La Oferta de servicios del Hospital Luis Ablanque de la Plata, está determinada por una red debidamente habilitada mediante Registro Especial de Prestador de Servicios de Salud emitido por la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca.

Esta Red está conformada por 23 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, debidamente habilitadas y distribuidas estratégicamente a lo largo y ancho de la extensa geografía bonaverense; la cual le permite atender el **93.76%** de la demanda total de la población afiliada al Régimen Subsidiada de salud del Distrito especial de Buenaventura; distribuida según se ilustra en las siguientes gráficas 17 – 18.



**Gráfica 16: IPS en APS Habilitadas en Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración y diseño del equipo Investigar con la información de la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura 2018.

#### 4.5.3. Demanda de Portafolio de Servicios

Los consumidores del portafolio de servicios y tecnologías que oferta el HLAP ESE en APS; están determinado por las EAPB'S Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas.

Estas EPS'S demandan para su población afiliada el **93.76%** de la producción del hospital en Actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad en Detección Temprana y Protección Específica.

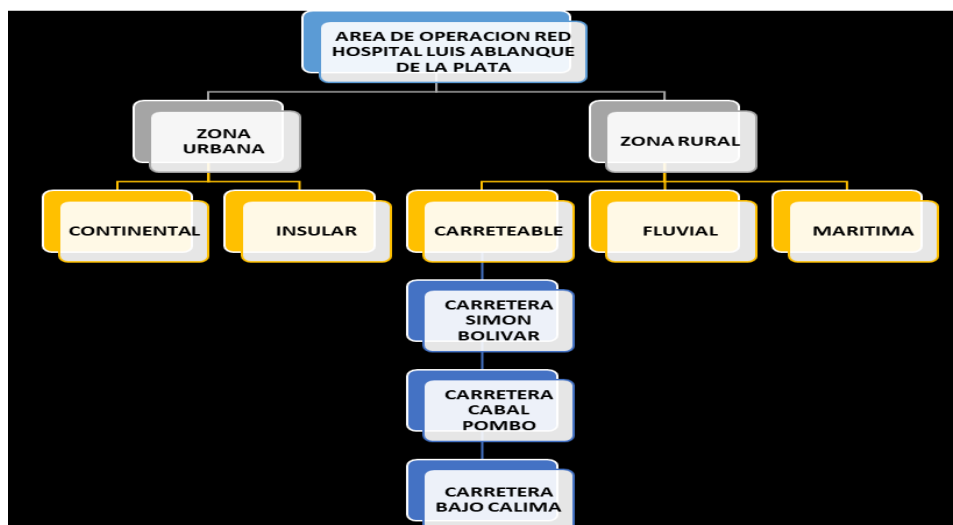
De igual manera demandan, servicios y tecnologías de recuperación de baja complejidad o complementarios para el **66.62%** de sus afiliados, según informe de la oficina de Mercadeo y Contratación del hospital.

Hechos que convierten a la ESE – HLAP, en el mayor proveedor de servicios y tecnologías del Distrito de Buenaventura. Ver la siguiente gráfica 19.



**Grafica 17: Red de Atención HLAB – ESE 2017**

Fuente: Elaboración, diseño y montaje Equipo Investigador con fotografías tomadas y editadas de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios del Hospital Luis Ablanque de la Plata zona urbana y zona rural del distrito de Buenaventura 2018.

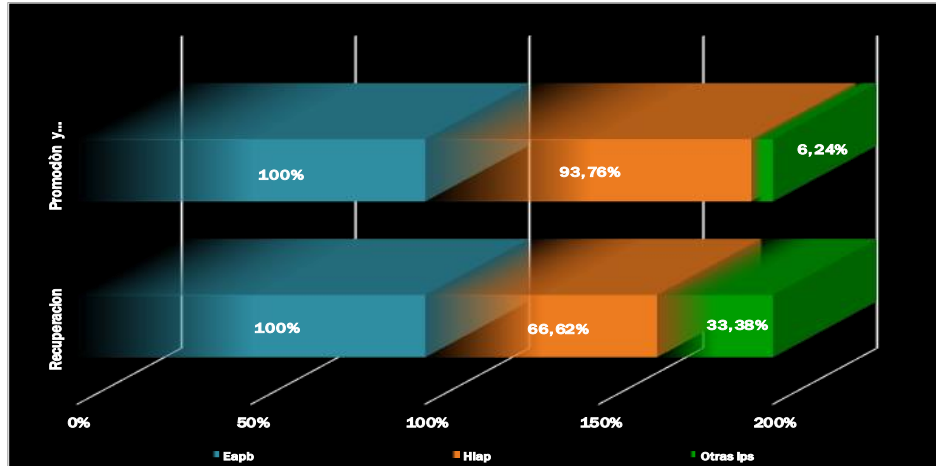


**Grafica 18: Red de Atención HLAB – ESE 2017**

Fuente: Elaboración y diseño Equipo Investigador con información de la base de datos de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios habilitadas del HLAB – ESE 2018.

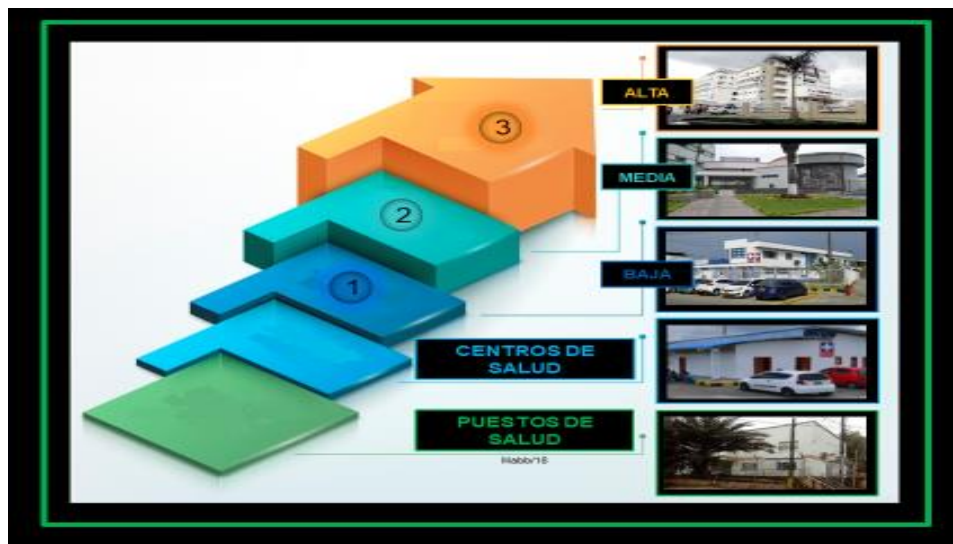
De igual manera, para atender la demanda de la población beneficiaria registrada en las Bases de Datos Única de Afiliados del Sistema Nacional de Salud (Grafica 20); según Madueño, 2003; dada la "percepción de una necesidad de atención de salud" para prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud de las personas, [ya] por "factores físicos o factores ligados al ciclo de vida" <sup>57</sup>(p63).

Para dar cumplimiento a este precepto filosófico, el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado cuenta una Red Integrada de Atención y prestación de servicios y tecnologías diseñada por niveles de complejidad y complementariedad de acuerdo a la normatividad nacional, la cual se complementa con la red de referencia y contra referencia de la Red Valle.



**Gráfica 19: Población Contratada con el HLAP – ESE 2017**

Fuente: Elaboración y diseño del equipo Investigador con la información de la base de la Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP – ESE 2018.



**Gráfica 20: Red de Atención por Nivel de Complejidad Buenaventura 2017**

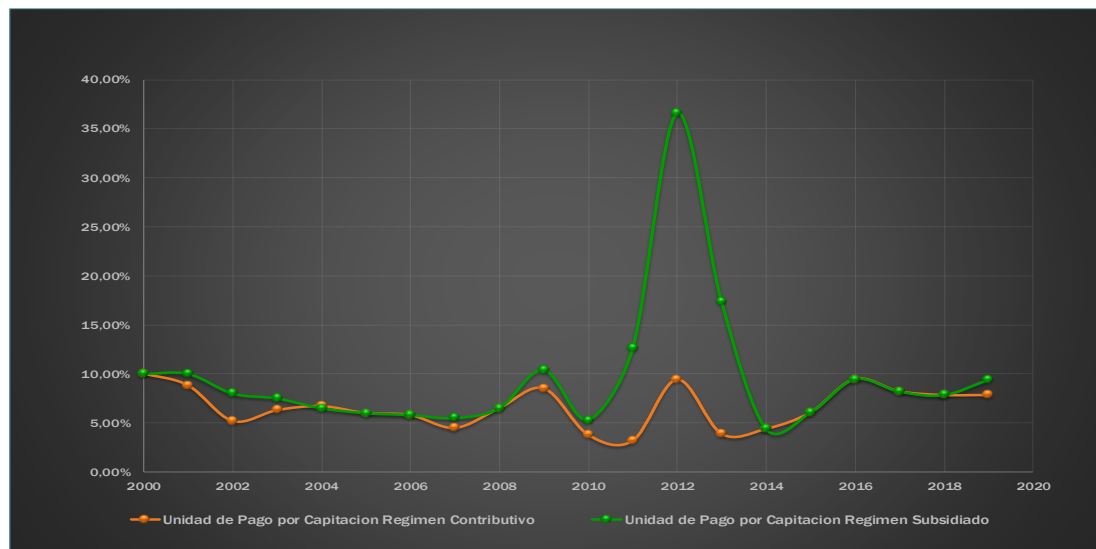
Fuente: Elaboración, diseño y montaje Equipo Investigador con fotografías tomadas y editadas de la red de Integrada de Prestación de Servicios del distrito de Buenaventura por niveles de complejidad 2018.



#### 4.5.4. El precio de venta y de compra:

El precio de venta y de compra de los servicios ofertados por el HLAP – ESE, así, como el **Tipo de tarifa** determinada en el proceso de contratación, por la cual el hospital negocia los servicios y tecnologías de su Portafolio de salud de APS; está determinado por la Unidad de Pago por Capitación, establecida por el gobierno nacional como unidad monetaria para el sistema nacional en salud.

El poder adquisitivo de la UPC´S, es ajustado anualmente por el MSPS; debido a la devaluación que sufre por el fenómeno de la inflación del país; teniendo como marco de referencia, el IPC del sector salud y el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago de capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para cada año <sup>(50)</sup>; presentado a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento. La cual ha tenido el siguiente comportamiento histórico. Grafica 21.



**Grafica 21: Evolución de la UPC´S y de la UPC´C Colombia 2000 - 2018**

Fuente: Elaboración Equipo Investigador con la información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud y Protección Social, sobre la evolución de la Unidad d Pago por Capitación 2018.

Estas variables aunadas a las regulaciones del mercado, a los canales de distribución o red de servicio, a las preferencias de los usuarios, a la portabilidad del mismo, a la calidad de los servicios ofertados, y otros factores

de singular significado; permitieron definir los indicadores de gestión como herramientas de medición de los resultados esperados, necesarios para evaluar y aclarar las condiciones que afectan el proceso de contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata mediante la modalidad de Unidad de Pago por Capitación.

Es de destacar que el proceso evolutivo del Sistema Nacional de Salud, desde sus inicios ha sido un proceso imperfecto, complejo y dinámico; una extensa colcha de retazos, de múltiples colores; la cual ha crecido al ritmo de la “evolución constante de las ciencias médicas que ha hecho que las normas que la rigen, tanto implícitas como explícitas, sean constantemente revisadas dentro de cada área específica, a fin de obtener resultados acorde con el desarrollo técnico” (58); que conlleve a la consolidación de un proceso didáctico de atención en salud dentro de un Sistema de Garantía de Calidad.

En este crecimiento del Sistema General de Seguridad Social de Salud; el gobierno nacional a desarrollado un sin número de actividades y tareas tendientes a introducir mecanismos de control y de direccionamiento estratégico, tendientes a evaluar, ajustar, retroalimentar y fortalecer el nuevo Sistema Nacional de Salud.

Para ello, a través de sus herramientas legales y normativas como los acuerdos, las circulares, las resoluciones, los decretos y las leyes; a diseñado e implementado una serie de cambios; como las recientemente introducidas a través de la Ley 1122 de 2007, dirigida a “realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios” (59); y el clamor imperativo del pueblo colombiano, ante las múltiples debilidades que presentaba la Ley 100 de 1993.

Con este fin se hicieron “reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud”. (59); es decir se realizó un sano ejercicio de reestructuración del sistema.

Y la Ley 1438 de 2011, destinada al 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 y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país <sup>(60)</sup>.

Las cuales no han logrado resolver de fondo los problemas que presenta el Sistema General de Seguridad Social de Salud, y persiste la sensación de crisis. Sin embargo, “Paradójicamente, el gran aumento en la cobertura, uno de los avances más importantes del Sistema de Seguridad Social en Salud, es a la vez uno de los factores que han afectando la sostenibilidad financiera del mismo” <sup>61(p449)</sup>;

Adicionalmente, según ACOSTA et al (2010) “existen otros problemas no previstos en el sistema como la concentración de riesgo en determinadas empresas aseguradoras, el incremento en los costos no salariales, la rigidez de los recursos destinados a financiar los hospitales, los crecientes gastos en la prestación de servicios a la población que no está registrada en el Régimen Subsidiado ni en el Régimen Contributivo (vinculados), el explosivo aumento en los gastos, vía tutela, en tratamientos médicos y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud, conocidos como gastos No - POS y más recientemente lo decretado por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T - 760 de 2008 en la cual se exige la igualación de los Planes Obligatorios de Salud (POS) del RS y RC, prevista por el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993”, <sup>61(p450)</sup>;

Combustible más que suficiente para incendiar la idea de evaluar la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado contratada por el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado, con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios vinculadas al Distrito de Buenaventura.

#### **4.6. BASES LEGALES**

Las Bases Legales del presenta informe, Estuvo definida, por el universo de normas que rigen el Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y el componente del Sistema General de Seguridad Social en Salud que tiene su origen en la Constitución Nacional de 1991, conocida como la Constitución de los Derechos Humanos.

#### **4.6.1. Ley 100**

La Constitución Política de Colombia de 1886, que regento los destinos del país por más de 105 años, nunca hablo o concibió la Seguridad Social como una doctrina constitucional; razón por la cual leyes como la Ley 10 de 1990 que impulsaban en avance significativo en materia hospitalaria a través de la descentralización, se quedaron en el papel.

A partir de 1991, la nueva carta magna de los colombianos, hizo alusión a la Seguridad Social, pero solo como un servicio público esencial a cargo del estado, y no como un derecho fundamental de todos los colombianos; sin embargo, aquel primer paso, sirvió para incubar un proyecto de Ley de gran trascendencia nacional y que auguraba una verdadera reforma de la seguridad social, PEÑA, (1994) <sup>62</sup>(p<sup>13</sup>).

Fue así como en 1993, el congreso de la república aprobó la Ley que dio vida jurídica a la Ley de 100, por medio de la cual el Estado garantiza a sus conciudadanos, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

#### **4.6.2. Ley 1122**

Introdujo al SGSS:

- Universalización, eficiencia, calidad y oportunidad
- Comisión de Regulación en Salud
- Financiación,
- Equilibrio entre los actores del Sistema,
- Racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios,
- Plan nacional de salud pública,
- Fortalecimiento a las funciones de inspección, vigilancia y control,
- Evaluación por resultados.

Encaminadas a mejorar la prestación de los servicios a los usuarios y al fortalecimiento de la red pública de prestadores de servicios del régimen subsidiado; en especial aquellos mecanismos concebidos para exigir a las Entidades Promotoras de Salud contratar como mínimo el **60%** del gasto en salud con las ESE, del municipio de residencia del afiliado.

De igual manera tiene como finalidad resolver el Deficit en las finanzas de los hospitales; así como, el efecto financiero en las IPS'S de la Integración vertical, y el pago de las EPS'S a las IPS por anticipado en un 100% cuando el contrato es por capitación o del 50% factura presentada, en otra modalidad. Giro directo en caso de incumplimiento.

#### **4.6.3. Ley 1438**

Reforma el SGSSS con el objeto de fortalecerlo; mediante la implementación de un modelo de prestación de servicio de salud por medio de la estrategia APS, con la cual se busca mejorar la salud y crear un ambiente sano, saludable y de calidad, incluyente y equitativo.

Está encaminada a proteger la salud del pueblo colombiano y a garantizar el bienestar del usuario, con acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás servicios que sean necesarias para promover la salud, mismas que serán contratadas por capitación junto a las actividades de prevención y las de intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública.

#### **4.7. DEFINICION DE TERMINOS**

En este marco de referencia, se definirá y se delimitará conceptualmente el significado de los términos que con mayor frecuencia aparecen involucrados directamente en el proceso investigativo y sobre los cuales convergen las fases del conocimiento científico objeto de estudio, tales como:

##### **4.7.1. Unidad de Pago por Capitación<sup>5</sup>**

La Unidad de Pago por Capitación, es el valor que reconoce el gobierno nacional por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del POS o Plan de Beneficios en los regímenes contributivo y subsidiado, según las Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud <sup>63</sup>(P9); que disponga el gobierno nacional para tal fin.

<sup>5</sup> [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC\\_S.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx)

#### **4.7.2. Régimen Subsidiado en Salud<sup>6</sup>.**

El Régimen Subsidiado es el mecanismo o vía de acceso efectiva al ejercicio del Derecho fundamental de la Salud definido por el estado colombiano, mediante el cual la población más pobre y vulnerable del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado para lograr su afiliación al SGSSS.

El artículo 211 de la Ley 100 de 1993, definió el Régimen Subsidiado, como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la citada Ley.<sup>7</sup>

#### **4.7.3. Empresa Social del Estado<sup>8</sup>.**

Según el artículo 194 de la Ley 100 de 1993 reza: “Naturaleza. La prestación de servicios de salud en forma directa por la nación o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las ESE, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa”.

#### **4.7.4. Entidades Promotoras de Salud**

Las EPS son las responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus aportes por delegación del antiguo fondo de solidaridad y garantía.

#### **4.7.5. Sistema General de Seguridad Social<sup>9</sup>**

La Ley 100 dio marco jurídico al artículo 49 de la Constitución Nacional de 1991, que consagro la atención de la salud y el saneamiento ambiental como un servicio público a cargo del Estado; el cual consagra garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

<sup>6</sup> [www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx)

<sup>7</sup> Ministerio de Salud y Protección Social Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS junio de 2016

<sup>8</sup> [www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Paginas/RegimenSubsidiado.aspx)

<sup>9</sup> Oscar Peña Álzate. Sistema de seguridad social integral - Ley 100 de 1993

De igual manera establece como rol del Estado, la misión de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

También, establece las políticas para la prestación de servicios de salud por parte de las entidades privadas, y ejerce su vigilancia y control. Así mismo, establece las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determina los aportes a cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

#### **4.7.6. Protección Social.**

El Banco Mundial (2001), define la protección social como un conjunto de intervenciones que buscan disminuir la vulnerabilidad de los individuos pobres, las familias o las comunidades, a través de un mejor manejo del riesgo y un mejor Plan de beneficios en salud <sup>64</sup>(p5).

## 5. METODOLOGIA

El estudio de evaluación de la Unidad de Pago por Capitación contratada con el Hospital Luis Ablanque de la Plata, Empresa Social del Estado durante la vigencia fiscal 2017; es una investigación académica.

En su diseño, análisis y elaboración se utilizó el proceso Metodológico sugerido por la Universidad Católica de Manizales, para la realización y presentación de proyectos de esta naturaleza; el mismo es de carácter descriptivo y se desarrolló por etapas, así:

- A. Primera Etapa – Levantamiento de la Información:** Se recolectó y se seleccionó la materia prima necesaria en los diferentes papeles de trabajo; borrador que luego se transcribió a los diferentes instrumentos diseñados para tal fin; acto seguido se verificaron y se validaron los datos obtenidos de la fuente de información primaria del HLAP – ESE, cruzándolos con la información obtenida de las EAPB'S; la cual se clasificó por clase de modalidad de contratos y nivel de atención de complejidad, en aras de facilitar la lectura, interpretación y análisis, como insumos necesarios para la confección de este informe final.
- B. Segunda Etapa – Consolidación, Homologación y lectura de la información.** Se clasificó, y se tabuló la información obtenida mediante la aplicación de los instrumentos y/o papeles de trabajo por componentes, según los elementos que integran el proceso de contratación y venta de servicios de salud de baja complejidad por Unidad de Pago por Capitación.
- C. Tercera Etapa – Análisis y descripción:** En este segmento se analizó, se describió e interpretó, cada uno de los datos obtenidos que integran este informe final del proceso investigativo.
- D. Cuarta Etapa – Redacción, Presentación de Informe:** Como Síntesis conceptual y siguiendo el derrotero establecido por la Universidad Católica de Manizales, para optar al título de Especialista en Administración de Salud; se procedió a redactar, transcribir, presentar, perfeccionar y sustentar el informe final sobre la "Evaluación de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado contratada con el Hospital Luis Ablanque de la Plata, Empresa Social del Estado, durante



la vigencia fiscal 2017.

Hoja de ruta que contó con el desarrollo de los siguientes componentes metodológicos:

### 5.1. ENFOQUE

Respecto a la manera de obtención de la información base del objeto de estudio, el proyecto conjugo características propias del enfoque cuantitativo; por cuanto, partió del estudio del análisis de datos e íntegro el método de recolección de datos de tipo descriptivo del enfoque cualitativo.

### 5.2. DISEÑO

El Diseño de este estudio investigativo, se desarrolló siguiendo el proceso metodológico sugerido por la Universidad Católica de Manizales, conformado por los siguientes elementos: (Ver Grafica 22).



**Grafica 22: Diseño Metodológico Proceso Investigativo Proyecto 2017**

Fuente: Elaboración y diseño del equipo investigador con la información de la Universidad Católica de Manizales – Formato Presentación Informe Final – Proyecto 2018.

De esta estructura metodológica investigativa, se desprenden entre otros los siguientes componentes observados y analizados:

### 5.2.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de Tipo descriptivo de corte transversal, que toma los datos que arroja el proceso de contratación y venta de servicios y de tecnologías de salud de Atención Primaria en Salud por parte del Hospital Luis Ablanque de la Plata – ESE a las EAPB´S.

### 5.2.2. PERIODO DE ANALISIS

El periodo objeto de evaluación y análisis, de la UPC´S contratada, es el año calendario correspondiente a la vigencia fiscal 2017; periodo en el cual epidemiológicamente se presentaron los hechos objeto de estudio.

### 5.2.3. UNIDAD DE OBSERVACION

La unida observada fueron las ventas por Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en Salud, del Sistema Nacional de Salud; por ser la principal fuente directa en la generación de ingresos del hospital.

### 5.2.4. TIPO DE INFORMACION

El objetivo propuesto demando para el estudio y análisis de la siguiente información:

- **Población:** Total habitantes del Distrito de Buenaventura, según el Departamento Nacional de Estadísticas, para el año 2017.
- **Afiliación:** Población total registrada en la Base de Datos Única de Afiliados, asegurada al Régimen Subsidiado en Salud de Buenaventura durante el año de estudio; clasificada por grupos etarios y por EAPB´S.
- **Duración:** Periodo de duración por el cual fueron suscritos los contratos de venta de servicios y tecnologías en salud durante el periodo de evaluación y análisis.
- **Tarifa:** Valor monetario de la Unidad de Pago por Capitación por la cual se comercializo y se vendió el portafolio de servicios del HLAP – ESE, a las EAPB´S; clasificada en porcentaje y en pesos.

- **Servicios:** Atenciones contratadas y/o vendidas a cada EAPB'S del Plan de Beneficios de APS, con su respectivo valor o porcentaje unitario de venta, clasificada por estructura de costos y grupos etarios;
- **Contracción:** Acuerdos de voluntades suscriptos con las EAPB'S Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas durante el periodo fiscal 2017; términos de referencia indispensable en la determinación y proyección del gasto en la atención, en la proyección del punto de equilibrio, en el costo de producción y en la incidencia fiscal del déficit financiero del HLAP - ESE.

### 5.2.5. VARIABLES

El desarrollo de este ejercicio demandó la aplicabilidad de variables propias del estudio, según el tipo de información enunciado, las cuales se relacionan a continuación:

- **Variables de Población:** Estas se clasifican según la pirámide poblacional de Buenaventura en grupos etarios y sexo.
- **Variables de Afiliación:** Están determinadas por grupos etarios, números de afiliados, estructura de costos y aseguradora.
- **Variables de Duración del Contrato.** Están dadas en días, meses y año.
- **Variable de Tarifas:** Estas variables se definieron en torno al cumplimiento de la normatividad nacional vigente, el número de afiliados por EAPB'S, a la estructura de costos por grupos etarios, al riesgo del asegurado según el perfil epidemiológico.

También, al cumplimiento de las metas de cobertura, al Índice de precios del consumir del sector salud, al incremento de la UPC'S, a la UPC'S diferencial, al valor histórico contratado, a los indicadores de calidad, a la acreditación y certificación en calidad, a la capacidad instalada y a la zona geográfica.

- **Variables de Servicios:** Estas fueron determinadas según el plan de

beneficios, a la población contratada, a los servicios y tecnologías contratadas, a la capacidad resolutoria del hospital y a los grupos etarios.

- **Variables de Contratación:** Las variables de este tipo de información están contenidas en todas las variables anteriores, pues las mismas son elementos componentes que inciden directamente en la confección del acuerdo de voluntades y por ende en la definición del valor total del contrato.

#### **5.2.6. FUENTES DE INFORMACION**

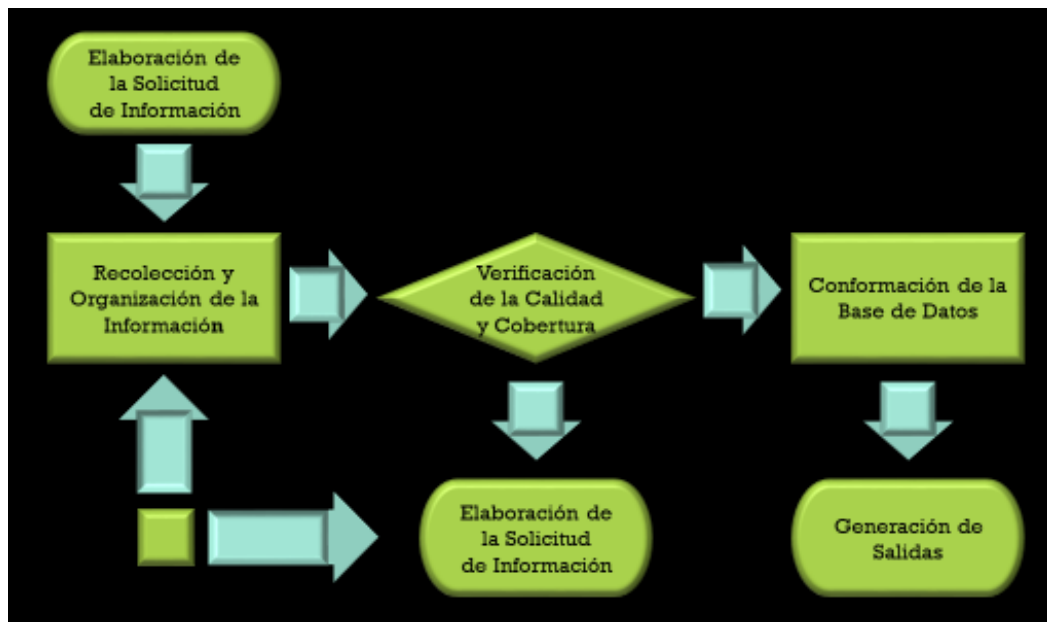
La principal fuente de información para la evaluación de la Unidad de Pago por Capitación; la constituyo la totalidad de los contratos de venta de servicios de Atención Primaria en Salud, Modalidad Capitado, suscritos con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas.

Fuentes y tipos de información reseñadas en párrafos anteriores.

#### **5.2.7. GESTION DE LA INFORMACION**

El proceso de Gestión de la Información para evaluar la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado contratada con el Hospital Luis Ablanque de la Plata – Empresa Social del Estado, tuvo como objeto principal el diseño, Implementación, adopción y/o adaptación de los instrumentos necesarios para la administración de las actividades y estrategias para la recolección de la información; así como la definición de las herramientas para el procesamiento de la misma.

Elementos que fueron ilustrados en la siguiente gráfica (23), los cuales marcan el derrotero a seguir, según el procedimiento metodológico de verificación de la calidad y cobertura, la conformación de la base de datos y la retroalimentación de la información, según el estudio de la sostenibilidad del aseguramiento del ministerio de salud, <sup>65</sup>(p18).



**Grafica 23: Sistema de Gestión de Información Proyecto 2017**

Fuente: Grafica elaborada con la información del Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan de beneficios de salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2016.

### 5.2.8. METODOS

Constituyo la ejecución de la hoja de ruta del procedimiento ilustrado en la grafica anterior, paso a paso de la forma de como se obtuvo el cometido de establecer, determinar, describir, evaluar, validar y garantizar la calidad de los datos de la información y la interpretación adecuada de los mismos; el marco integral de la investigación, Peersman, G. 2014. <sup>(66)</sup>; y el logro del objetivo de estudio.

En este sentido, se utilizó la guía metodológica propuesta Peersman, G. (2014). Sinopsis: Métodos de recolección y análisis de datos en la evaluación de Impacto, Síntesis metodológica n. °10, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia.

Métodos, que se complementó con el Manual de Valencia elaborado por un grupo de expertos convocados por el Observatorio Iberoamericano de la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad de la OEI (OCTS) y la Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT), <sup>(67)</sup>.

### **5.3. POBLACIÓN**

La población objeto de estudio clasificada para este proceso investigativo, estuvo determinada por los diferentes contratos modalidad cápita, suscritos entre las EAPB`S de Buenaventura, y el HLAP – ESE, diez (10) en total.

### **5.4. MUESTRA**

Respetando el diseño metodológico propuesto y en aras de garantizar el cumplimiento de los lineamientos técnicos del proceso investigativo; se decidió evaluar el 100% de la población objeto de estudio; conformada por la totalidad de los contratos, del Régimen Subsidiado, modalidad capitación suscritos durante la vigencia fiscal 2017.

### **5.5. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Como se enuncio en el numeral 6.2.7. el Plan de Recolección de la Información, estuvo determinado por el proceso de gestión de la información; el cual tuvo como punto de partida el siguiente derrotero metodológico:

- Identificación de las fuentes primarias de la Investigación
- Recolección y organización de la información
- Selección, análisis, y creación de base de datos de la información
- Interpretación y lectura de los datos
- Presentación, socialización de los hallazgos e informe final.

### **5.6. INSTRUMENTOS**

En este contexto aparece como guía el **Manual de Valencia**, con la implementación de un sistema de indicadores capaces de reflejar la amplia gama de interacciones a través de las cuales las universidades iberoamericanas se relacionan con su entorno y ofrecen respuestas normativas y prácticas a las demandas de información cuantitativa existentes, <sup>(65)</sup>.

A partir de estos conceptos, se consideró que el principal **Instrumento de**

**Validación de Información** eran las **Fichas Técnicas** de cada contrato; como Hoja Resumen de la fuente primaria de la información y su frecuencia de uso en el proceso de contratación y venta de servicios de salud entre EPS'S e IPS'S.

**Papeles de Trabajo**, y/o **Cedulas** adaptadas y diseñadas en Excel para facilitar el cálculo y tabulación de la información.

Este instrumento fue seleccionado, por considerarlo útil en el proceso de recolección y lectura de la información; por su diseño metodológico y porque permitió clasificar, cuantificar, analizar, estandarizar, generalizar y comparar los resultados obtenidos.

Además, por su versatilidad y aporte a esta Investigación Cuantitativa con Enfoque Analítico Descriptivo como esta.

Los mismos tienen como escala de medición el peso porcentual de cada ítem frente al sumatorio total de los valores obtenidos.

De igual manera, permiten registrar información sobre los tres principales componentes indispensables para liquidar y definir el monto total de los contratos suscritos:

- a) **Tiempo:** Duración del Contrato.
- b) **Población:** Número de afiliados contratados por fracción de tiempo a la unidad de pago por persona negociada.
- c) **Valor:** Costo o monto en pesos o valor porcentual de la unidad de pago por afiliado.

Valores de los cuales se desprende la siguiente operación aritmética:

$$\text{Valor Total del Contrato} = \text{Total Población Contratada} \times \text{Valor de la UPC'S mensual Negociada} \times \text{Tiempo de Duración del Contrato.}$$

Las actividades de captura y registro de los datos, estuvieron enmarcadas en el diligenciamiento de los papeles de trabajo y la validación de la información

registradas de cada contrato, ver tablas 8, 9 y 10:

**Tabla 8: Captura y Registro de Datos de los Contratos HLAP – ESE 2017**

Servicio	Contrato N°	Valor Base	% UPC'S	DATOS DEL CONTRATO MODALIDAD CAPITA				
				Duración	Población	Vr Upc's	Vr Mes	Vr Anual
-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores con la información de los contratos como herramienta para recolectar y consolidar los datos de los diferentes acuerdos de voluntades suscritos con las EAPB'S 2018.

**Tabla 9: Distribución de la Unidad de Pago por Capitation por Estructura de Costos y Grupos Etarios 2017**

N°	GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION REGIMEN SUBSIDIADO - 2017			
			Upc Diferencial Grandes Ciudades	Población Afiliada	Vr Plan de Beneficios	%
1	Menores de un Año	2,7654	2.122.569	-	-	-
2	1 - 4 Años	0,8179	627.775	-	-	-
3	5 - 14 Años	0,3267	250.757	-	-	-
4	15 - 18 Años H.	0,3847	295.275	-	-	-
5	15 - 18 Años M.	0,6381	489.771	-	-	-
6	19 - 44 Años H.	0,6415	492.380	-	-	-
7	19 - 44 Años M.	1,0154	779.365	-	-	-
8	45 - 49 Años	1,0376	796.405	-	-	-
9	50 - 54 Años	1,2973	995.736	-	-	-
10	55 - 59 Años	1,5738	1.207.963	-	-	-
11	60 - 64 Años	1,9465	1.494.027	-	-	-
12	65 - 69 Años	2,4125	1.851.703	-	-	-
13	70 - 74 Años	2,9424	2.258.425	-	-	-
14	75 Años y Mayores	3,6575	2.807.297	-	-	-
Resolución 6411 de 2017			Artículo 11			

Fuente: MSPS - Elaboración Propia: Miabla/18

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores con la información del Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la cual establece la estructura de costos por grupo etarios para cada tipo de UPC según la resolución 6411. 2018.



**Tabla 10: Distribución porcentual de contratos por Actividades de APS Hlap 2017**

Servicios y/o Ruta	% Upc	Valor	POBLACION	VALOR PERCAPITA
<b>A. Actividades de Promoción y Prevención:</b>				
1	Plan Ampliado de Inmunización			
2	Atención Preventiva Salud Bucal			
3	Atención Planificación Familiar			
4	Dt Alteraciones Menor de 10 años			
5	Dt Alteraciones Joven de 10 a 29 Años			
6	Dt Alteraciones del Embarazo			
7	Dt Alteraciones Adulto Mayor de 45 Años			
8	Dt Cáncer de Cuello Uterino			
9	Dt Cáncer de Seno			
10	Dt Alteraciones Agudeza Visual			
11	Pe Atención del Parto			
12	Pe Atención del Recién Nacido			
<b>Subtotal Promoción y Prevención:</b>		-	-	-
<b>B. Actividades de Recuperación:</b>				
1	Atención Enfermedades de Interés en SP			
2	Atención Morbilidad Gral./Medicina Gral.			
5	Laboratorio Clínico			
7	Urgencias Medicas			
8	Apoyo Diagnostico de Primer Nivel			
9	Servicio Farmacéutico - Medicamentos			
10	General Pediátrica			
11	Transporte Asistencial Básico			
12	Odontología General			
13	General Adultos			
<b>Subtotal Recuperación:</b>		-	-	-
<b>Total Ventas Promedio</b>		-	-	-

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores como ficha técnica para resumir la información de los servicios contratados con las EAPB'S según los diferentes acuerdos de voluntades suscritos 2018.

### 5.7. PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

El Plan de Análisis de Datos para el logro de los objetivos determinados, en general fue un mapa de navegación; por medio del cual, se trazó la ruta sobre cómo organizar y analizar la información obtenida con la aplicación de los instrumentos de medición arriba enunciados.

Su gran aporte, fue coadyuvar a lograr los objetivos propuestos como meta final, a través del procesamiento de los datos obtenidos, la tabulación individual de los mismos y la representación gráfica de dicha información en Hoja Exel de Microsoft; con la cual se dio respuesta el principal interrogante de este estudio; para tal efecto se llevaron a cabo las siguientes actividades:

#### **5.7.1. Análisis Índice de Precios del Consumidor Sector Salud**

En esta parte se abordó los aspectos externos que inciden directamente en la definición y fijación de la Unidad de Pago por Capitación, en atención a la política económica del país; como lo es el Índice de Precios al Consumir y se trataron las siguientes actividades:

- Índice de Precios al Consumidor sector Salud
- Incremento de la Unidad de Pago por Capitación
- Inflación

#### **5.7.2. Análisis de la Unidad de Pago por Capitación**

En esta unidad de análisis se abordaron los siguientes criterios:

- Upc's Diferencial,
- Upc's Contratada
- Upc's Promedio Contratada
- Upc's Histórica Contratada
- Upc's Base de Contratación.

#### **5.7.3. Análisis de la Población**

En este ítem, se analizó la población teniendo en cuenta la pirámide población del distrito de Buenaventura, y el aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Subsidiado en este ente territorial, afiliado a las diferentes Entidades Administradores de Planes de Beneficios.

En este contexto se desarrollaron las siguientes actividades de investigación:

- Población de Buenaventura
- Aseguramiento
- Régimen Subsidiado en Salud

- Grupos Etarios
- Población contratada
- Costo per cápita

#### **5.7.4. Servicios y Tecnologías**

En la evaluación de los diferentes tópicos relacionados con este enunciado; se analizó los contratos suscritos con las EPS'S, desarrollando las siguientes actividades:

- Actividades Atención Primaria en Salud
- Actividades de Promoción y Prevención
- Actividades de Morbimortalidad – Recuperación de la Salud.

#### **5.8. COMPONENTE ÉTICO**

El Componente Ético de este proyecto, como elemento del diseño metodológico, estuvo enmarcado dentro de los principios y valores morales del Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado; y la Universidad Católica de Manizales.

El mismo se realizó teniendo como soporte legal la Constitución Política del País, las leyes reglamentarias del Sistema Nacional de Salud; y el marco jurídico del Normograma del Proceso de Mercadeo y Contratación del Hospital:

- Constitución Política de Colombia
- Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos
- Ley 1581 de 2012 – Protección de Datos Personales
- Ley 1712 de 2014 – Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública
- Ley 80 de 1993 – Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- Ley 1150 de 2007 – Eficiencia y Transparencia de la Contratación Estatal

## 6. RESULTADOS O DISCUSION

El Estudio de Evaluación de la Unidad de Pago por Capitación contratada por el Hospital Luis Ablanque de la Plata, Empresa Social del Estado de la Red de Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Distrito de Buenaventura, con las Entidades Administradores de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado en salud, durante la vigencia fiscal 2017.

Es una investigación que determina el cumplimiento de la normatividad nacional, la suficiencia de los ingresos del hospital por concepto de ventas de servicios y tecnologías en salud, la viabilidad y sostenibilidad fiscal y financiera, la incidencia en la categorización de Alto Riesgo Financiero; y su relación comparativa con el valor total contratado con la red de Hospitales Públicos del Departamento del Valle del Cauca.

Estos hallazgos, se convirtieron en la materia prima esencial para la elaboración, confección y redacción del presente informe; así como en el componente primario para el HLAP – ESE, implemente de un eficiente Plan de Ventas que le permita consolidarse en el Mercado Integral de la Salud como una empresa líder en la región e implementar acciones de mejoramiento, que le garanticen la adopción de nuevas estrategias de mercado, la implementación de políticas de fortalecimiento de sus finanzas públicas, y gestionar y monitorear el riesgo fiscal y financiero.

Con esta finalidad, se presenta a continuación los resultados obtenidos en este estudio, como producto final del proceso investigativo; resultados que permitieron a vivir la discusión; ampliar el marco de reflexión, confrontar conceptos y complementar la información obtenida del HLAP – ESE con las de las EAPB`S; y consolidar este Informe.

Síntesis conceptual que se presenta a través de los siguientes componentes como parte integral de este proceso investigativo:

- Datos Generales de las EAPB`S y de la IPS`S - ESE
- Mercado Integral de la Salud – MIS
- Índice de Precio al Consumidor – IPC`S
- Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado – UPC`S
- Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero – PSFF
- Base de Datos Única de Afiliados – BDUA
- Ventas de Servicios de Atención Primaria en Salud – APS

- Liquidación de Recursos por Fuentes de Financiación y Giro Directo

## 6.1. DATOS GENERALES DE LAS EAPB`S Y DE LA IPS`S – ESE

Del registro de los contratos suscritos entre el HLAP – ESE y las EAPB`S, se extrajo como información del Contratista y del Contratante los siguientes datos básicos generales que se presentan a continuación en las Tablas 11 y 12.

La escogencia de esta información se realizó con la finalidad de dar a conocer los datos básicos que constituyen la razón social de dichas entidades y su naturaleza jurídica; los cuales integran la parte preliminar o portada de todos los contratos suscritos entre EPS`S e IPS`S.

**Tabla 11: Datos Básicos Generales  
Hospital Luis Ablanque de la Plata de Buenaventura 2017**

ITEMS	DATOS
Razón Social:	Hospital Luis Ablanque de la Plata
Nit:	835.000.972 - 3
Naturaleza Jurídica:	Red Publica
Dirección:	Avenida Simón Bolívar N° 17 - 40
Departamento:	Valle del Cauca
Código Departamento:	79
Municipio:	Buenaventura
Código Municipio:	109
Registro Especial N°:	7610906768 - 01
Clase de Prestador:	Institución IPS - ESE
Fecha de Inscripción Repts:	13-5-2010
Fecha de Vencimiento Repts:	30-1-2020
Estado de Habilitación:	Inscrito en el Registro Especial de Prestadores.

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores como ficha técnica de resumen de los datos preliminares de las portadas de los diferentes contratos suscritos con las EAPB`S según información de la Oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata 2018.

**Tabla 12: Datos Básicos Generales  
Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Buenaventura**

Código Eps`S	Razón Social	Código Sede Nal	Cód. Sede Regional	Habilitación	Naturaleza	Régimen	Código Mupio.	Código Ppal. Proveedor
ESS062	Asmetsalud	19001		2007	Privada	Subsidiado		
ESS024	Coosalud	13001	76001	2008	Cooperativa	Subsidiado	76109	7610906768
ESS118	Emssanar	52001		2008	Privada	Subsidiado		
EPSI05	Mallamas	52356		2008	Indígena	Subsidiado		

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores como ficha técnica de resumen de los datos preliminares de las portadas de los diferentes contratos suscritos con las EAPB`S según información de la Oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata y el Ministerio de Salud y Protección Social 2018.

La anterior información, además se tomó y se seleccionó en cumplimiento de los Requisitos Básicos mínimos que deben cumplir tanto los Prestadores como los Administradores de Servicios de Salud según lo normado en el Artículo 5º del Decreto 4747 de 2007.

Estos datos básicos premilitares, en el marco de la confección del acuerdo de voluntades, definido mediante el Artículo 3º del Decreto 4747 de 2007; y carta de navegación para el proceso negociación y venta de servicios y tecnologías de salud entre EAPB'S e IPS públicas o Privadas; se complementan con otros requisitos, con la habilitación de los servicios a prestar, la capacidad resolutive, el modelo de prestación de servicios, los indicadores de calidad, entre otros; que junto a las condiciones del Artículo 6º del citado decreto, deben incluirse en el contrato de compraventa de servicios y tecnologías de salud que se suscriban.

Del mismo modo, al contratista le asiste la obligación de evaluar con qué tipo de clientes está llevando a cabo su actividad comercial, ejercicio que el HLAP – ESE no realizó; razón por la cual a nivel informativo se expone a continuación en la Tabla 13, el Ranking de las EPS'S del Régimen Subsidiado, con las cuales el hospital sostuvo intercambio comercial durante el año 2017.

Este escalafón, fue realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social; en el cual solo Mallamas EPS de las entidades que demandaron los servicios del hospital, apareció entre los tres primeros lugares de los indicadores evaluados:

**Tabla 13: Ranking de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado de Buenaventura 2017**

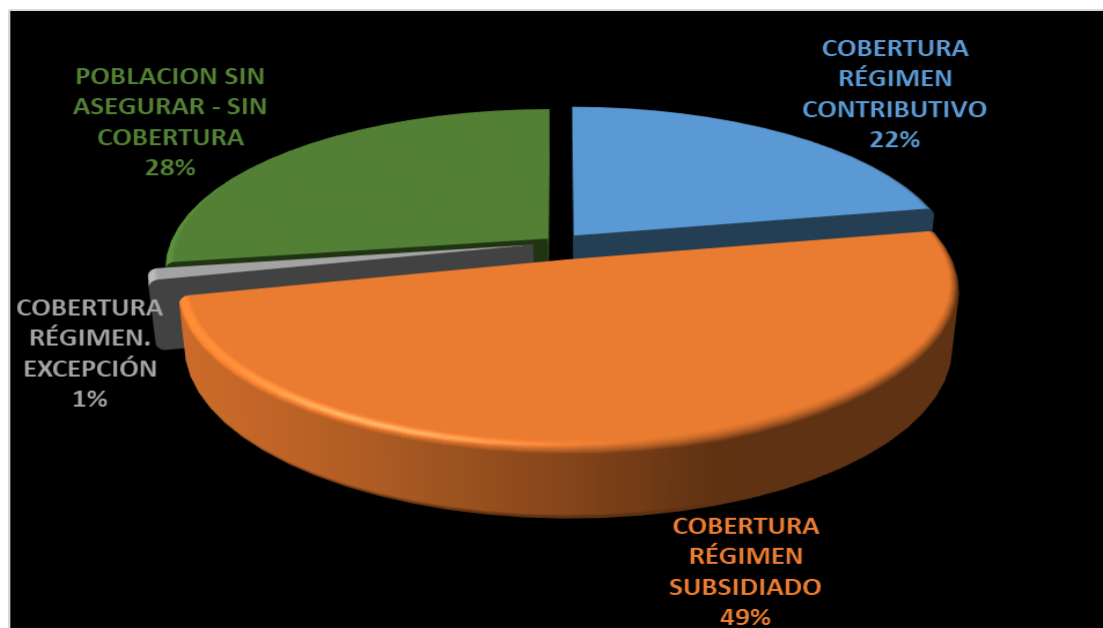
Codigo Eps's	Nombre	Ranking Total 2018	Dimensión Oportunidad	Dimensión Satisfacción	Dimensión Trámites
EPSI05	Mallamas	3	1	4	3
ESS024	Coosalud	5	12	4	6
ESS118	Emssanar	13	20	12	13
ESS062	Asmetsalud	17	25	13	14

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social/18

Fuente: Tabla elaborada por los investigadores con la información del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre el Rankin de las EPS del país 2018.

## 6.2. MERCADO INTEGRAL DE LA SALUD

El Mercado Integral de Salud del Distrito de Buenaventura, según los resultados obtenidos de la información del Ministerio de Salud y Protección Social, El Departamento Nacional de Estadísticas, los datos consolidados en la Base de Datos Única de Afiliados y la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura; registrados e ilustrados en la gráfica 24, 25, 26 y 27; estaba conformado por **415.640** usuarios, distribuidos en nichos de mercado o regímenes de aseguramiento ilustrados en la siguiente gráfica 24:



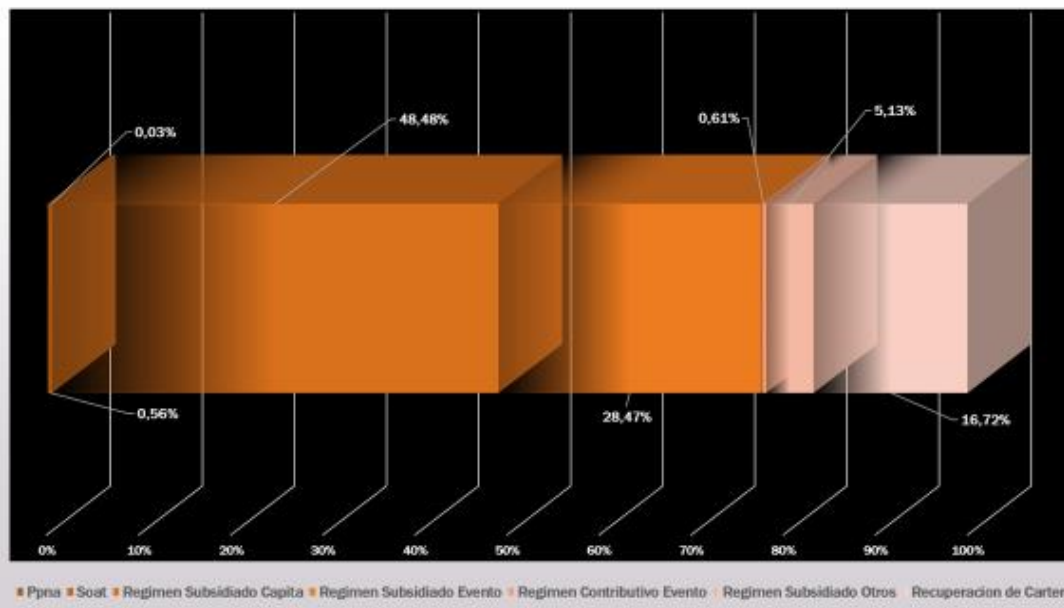
**Gráfica 24: Cobertura Aseguramiento Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de las bases de datos del Ministerio de Salud y Protección Social sobre Cobertura del Aseguramiento del Distrito de Buenaventura 2018.

Al abordar este capítulo, se logró establecer que no obstante de existir diferentes modalidades de contratación en el Mercado Integral de Salud; el Hospital Luis Ablanque de la Plata tiene implementado como Mecanismo de Ventas y Pago con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado de Atención Primaria en Salud; la Modalidad de Contratación por Capitación.

Este, está basado en un Enfoque de Gestión, de Planeación y Control de Recursos, según el Plan Operativo Anual de Inversiones; y representa el **82.08%** del total del Presupuesto de Ingresos de la entidad, ver gráfica 25.

Y más allá, de propender por un ejercicio de compraventa de servicios, como tradicionalmente se ha venido presentando entre EAPB'S y el HLAP – ESE; se requiere como dice Moshe (2008) (68), definir una “propuesta de valor” “que contemple los beneficios que el Mercado Integral de Salud del Régimen Subsidiado va a obtener al elegir sus servicios; y que haga que valga la pena decidirse por su portafolio de servicios y tecnologías dentro de un contexto global de mercado que le permita generar valor social, en un Mercado Social en Salud”.



**Gráfica 25: Conformación del Presupuesto de Ingresos del Hlap 2017**

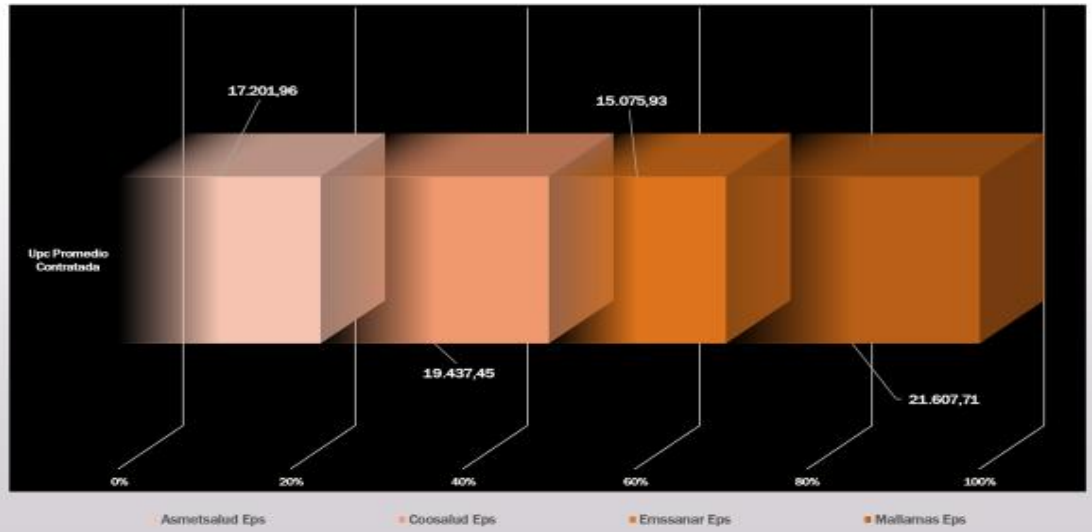
Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de la base de datos de la oficina de Presupuesto del Hospital Luis Ablanque de la Plata – Empresa Social del Estado – 2018.

En este orden de ideas, y ajeno a esta realidad, el HLAP – ESE, negoció sus servicios y tecnologías en salud a un Precio Unitario Promedio de Ventas (per Cápita), durante la vigencia fiscal 2017 a razón de **\$ 18.330.76** ver grafica 26.

Y ante las ventajas comparativas y competitivas que le brinda el mercado por ser una Empresa Social del Estado que encarna el monopolio de la salud; el HLAP – ESE, olvida que este mercado está conformado por 1.177 Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, debidamente habilitadas y registradas ante la Secretaria Distrital de Salud; distribuidas según la gráfica 13; las cuales día a día, mediante la modalidad del hormigueo, le arrebatan migas de la torta del mercado de la salud a través de la oferta de los siguientes grupos de Servicios, en el nicho

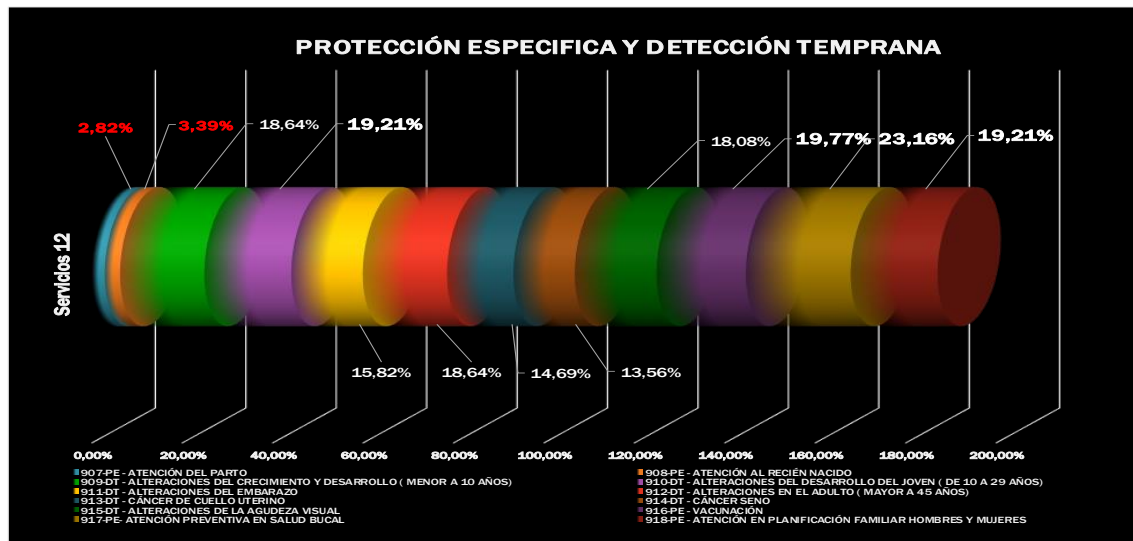


de mercado de mayor competitividad del HLAP- ESE ver grafica 27.



**Grafica 26: Precio Promedio Per Cápita Hlap 2017**

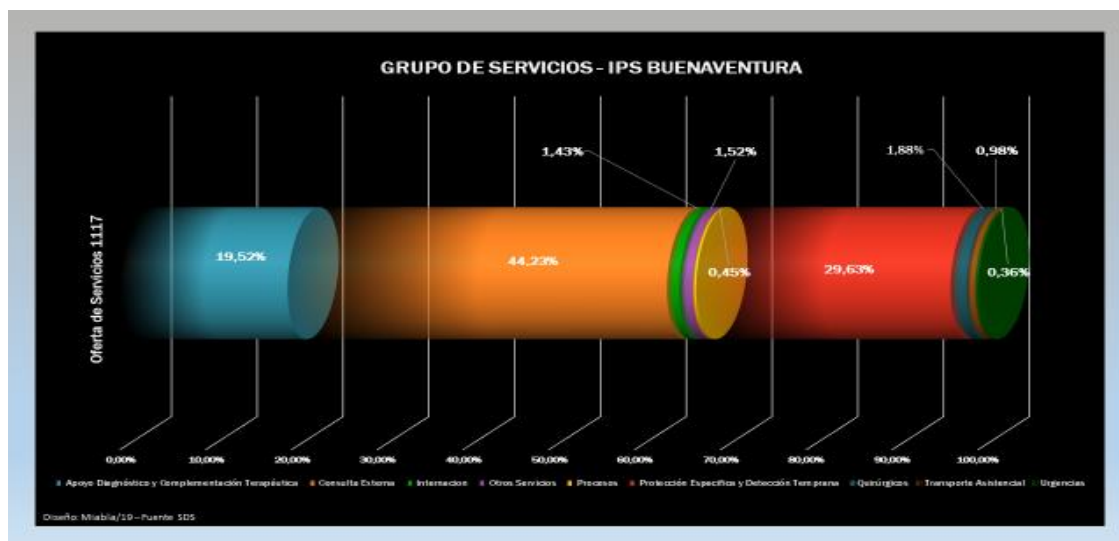
Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de la base de datos de la oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata – Empresa Social del Estado – 2018.



**Grafica 27: Oferta de Prestadores Habilitados en P y P Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura sobre los servicios habilitados – 2018.

Este colectivo de IPS, que si bien no representan una competencia fuerte en el Mercado Integral de la Salud para el Hospital Luis Ablanque de la Plata; si se convierten en una gran amenaza para el mismo; debido a la gran variedad de servicios individuales que ofertan, lo cual permitió agruparlas en los siguientes grupos. Ver grafica 28.



**Grafica 28: Grupo de Servicios IPS Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de la base de datos de la Secretaria Distrital de Salud de Buenaventura sobre las IPS Habilitadas – 2018.

### 6.3. ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIR SECTOR SALUD

Respecto a este indicador tan importante de la economía nacional del país, e indispensable en la determinación de la suficiencia del valor de la Unidad de Pago por Capitación; se seleccionó del Departamento Nacional de Estadísticas – DANE, los años 2010 al 2017; resultados que se observan en la Tabla 14 a continuación.

La selección de esta información, se realizó con la finalidad de determinar el peso de la inflación en el ajuste de la Unidad de Pago por Capitación, la variación real ajustada del valor Unidad de Pago por Capitación y el valor real contratado por el Hospital Luis Ablanque de la Plata, según la pérdida del poder adquisitivo de los recursos contratados.

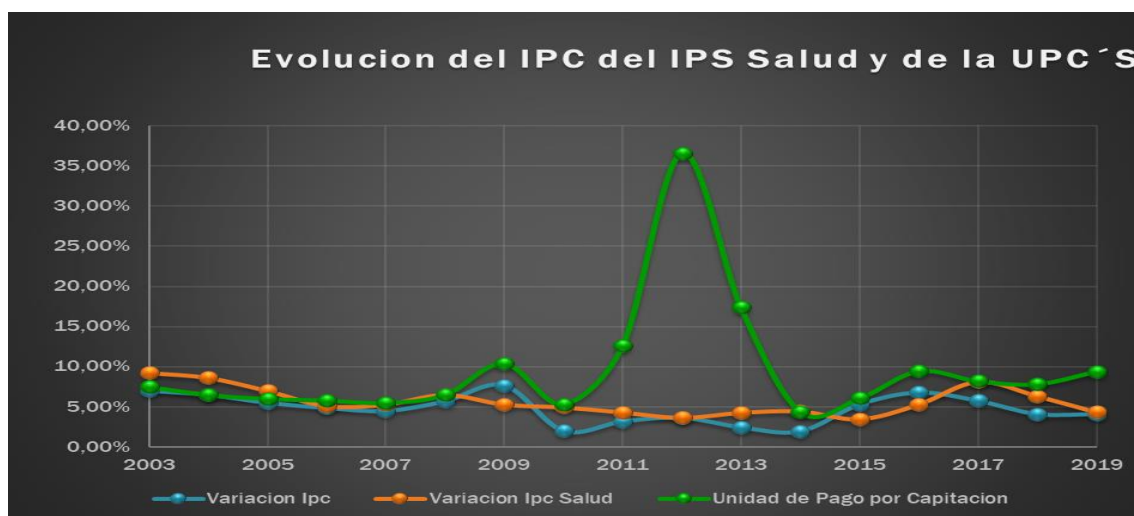
Indicador que los últimos ocho años, en promedio ha incrementado el costo de los

usuarios consumidores de los servicios y tecnologías del sector salud en un **6.10%**; cifra que se ubica en un **2.22%** por encima del Índice del Precio al Consumidor Nacional que creció en promedio en un **3.88%**; resultado que se ilustra en las siguientes Graficas (29 y 30):

**Tabla 14: Variación Índice de Precios al Consumidor del Sector Salud Colombia 2010 – 2017**

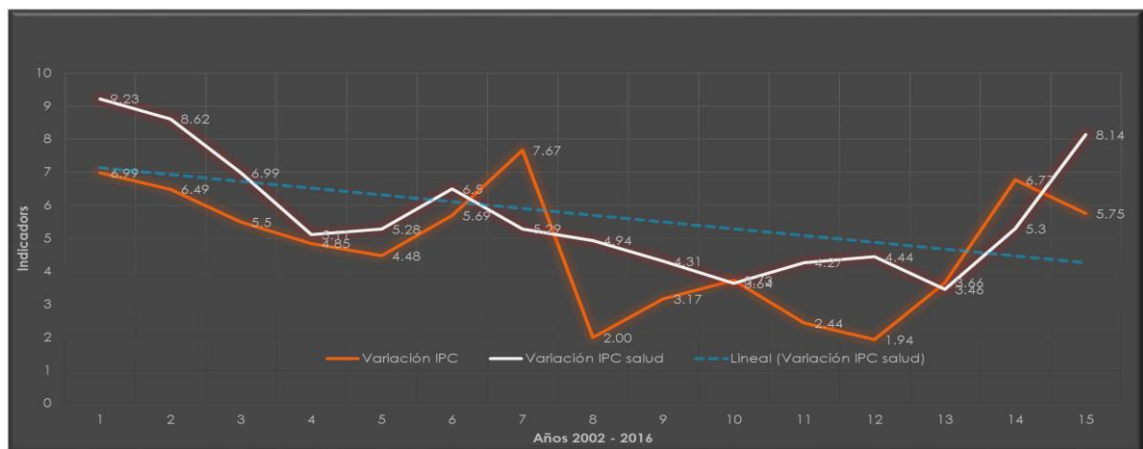
N°	Año	Variación IPC	Variación IPC Salud	Unidad de Pago por Capitación
1	2010	2,00%	4,94%	5,30%
2	2011	3,17%	4,31%	12,60%
3	2012	3,64%	3,64%	36,60%
4	2013	2,44%	4,27%	17,37%
5	2014	1,94%	4,44%	4,40%
6	2015	5,30%	3,46%	6,06%
7	2016	6,77%	5,30%	9,45%
8	2017	5,75%	8,14%	8,20%

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información obtenida de la base de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística sobre el Índice de Precios al Consumidor 2018



**Grafica 29: Evolución del IPC Salud Colombia 2003 – 2018**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información obtenida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística y el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la evolución del IPC Salud 2018



**Grafica 30: Variación del IPC frente al IPC Salud Colombia 2002 – 2017**

Fuente: Información obtenida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE y el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la variación del Índice de Precios al Consumidor del sector salud y el Índice de Precios al Consumidor nacional 2018.

Estos datos revelan que durante la vigencia fiscal 2017, la Variación del Índice de Precios al Consumir del sector Salud, registró un crecimiento igual a la Unidad de Pago por Capitación y de **2.39%** sobre la variación del Índice de Precios al Consumidor nacional que fue del **5.75%**.

Esta variación permitió determinar el incremento real que tuvo la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado; el cual fue del **0.06%** anual y representó un ajuste por inflación de **\$ 10,23** a la Unidad de Pago por Capitación (precio de venta) del año 2016.

Este resultado se convirtió en la base de contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata, Empresa Social del Estado para la vigencia fiscal 2017; ejercicio que se detalla a continuación en la Tabla 15.

**Tabla 15: Incremento UPC Contratada por el IPC Salud Hlap**

	Upc´s. Contratada 2016		Ajuste por Ipc´s		Ajuste por Upc´s		Incremento Real Upc´s	
	Valor	%	Incremento	Valor	%	Incremento	Valor	%
<b>EAPB'S</b>	Asmetsalud	16.004,00	1.302,73	17.306,73	1.312,33	17.316,33	9,60	<b>0,06%</b>
	Coosalud	16.668,51	1.356,82	18.025,33	1.366,82	18.035,33	10,00	
	Emsanar	16.668,51	1.356,82	18.025,33	1.366,82	18.035,33	10,00	
	Mallamas	18.890,68	1.537,70	20.428,38	1.549,04	20.439,72	11,33	
<b>Vr. Promedio</b>	<b>17.057,93</b>	<b>1.388,52</b>	<b>18.446,44</b>	<b>1.398,75</b>	<b>18.456,67</b>	<b>10,23</b>		

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información obtenida de la base de datos de la oficina de Mercadeo y Contratación del HLAP, y el MSPS sobre el incremento de la UPC 2018.

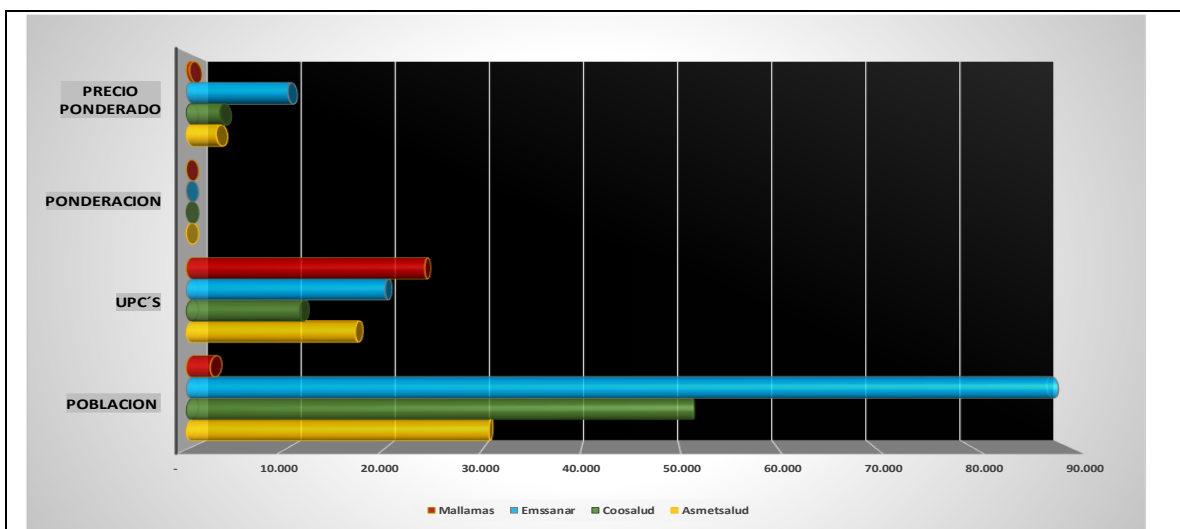
Este resultado, refleja que el Hospital Luis Ablanque de la Plata realizó en promedio, ventas por encima del **5.75%** del Índice de Precios al Consumir; lo que a simple vista representa un incremento considerable de las ventas en relación a las realizadas en el periodo anterior (2016).

Sin embargo, al deflactar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado contratada, el producto obtenido indica que el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado, en relación a la población contratada y al valor mensual de la UPC'S descontada, que fue de **\$ 51.169.57**; realmente, suscribió contratos de venta de servicios por debajo del Índice de Precios al Consumidor del Sector Salud que se ubicó en el **8.14%**, dejando de percibir en promedio la suma de **\$ 2.325.33** por persona contratada; según cifras registradas en la Tabla 16.

Ante esta situación es evidente que el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado como Prestador de Servicios de Salud; desconoció que el Índice de Precios al Consumidor del Sector Salud – IPC'S juega un papel fundamental en la sostenibilidad del aseguramiento en salud y en el cálculo y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación; criterios que fueron definidos por el gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Decreto 1464 de 2012, mediante el cual se regula el incremento de la UPC'S.

Más aun, cuando el párrafo 1º del Artículo 3º del mencionado Decreto; señala que “Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de entrada en vigencia del ajuste del valor de la Unidad de Pago por Capitación, las Entidades Promotoras de Salud – EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las Entidades Obligadas a Compensar – EOC y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS públicas o privadas, no efectúan el ajuste del valor de los servicios de salud, éstos se incrementarán en el porcentaje establecido por la CRES para recuperar el valor adquisitivo de la UPC que financien los servicios que estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud” o Plan de Beneficios.

Es así como el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado, como resultado del ejercicio de no realizar el ajuste por inflación de sus precios o tarifas pactadas de la Unidad de Pago por capitación, facturó una pérdida técnica de **\$ 1.061** millones, situación que se refleja en el precio promedio ponderado contratado, ilustrado en la siguiente grafica 31:



**Grafica 31: Precio Promedio Ponderado Negociado Hlap 2017**

Fuente: Grafica elaborada por los investigadores con la Información de la base de datos de la oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata 2018.

**Tabla 16: Variación Upc´s por Ipc´s en Pesos Hlap Buenaventura 2017**

EAPB'S	Valor Upc´s por Ipc´s			Valor Upc´s por Upc´s			Valor Upc´s por IPC		
	Ajustada	Contratada	Diferencia	Ajustada	Contratada	Diferencia	Ajustada	Contratada	Diferencia
Asmetsalud	17.307	15.377	<b>1.930</b>	17.316	15.377	<b>1.939</b>	16.924	15.377	<b>1.547</b>
Coosalud	18.025	15.240	<b>2.785</b>	18.035	15.240	<b>2.795</b>	17.627	15.240	<b>2.387</b>
Emssanar	18.025	14.458	<b>3.567</b>	18.035	14.458	<b>3.577</b>	17.627	14.458	<b>3.169</b>
Mallamas	20.428	17.778	<b>2.650</b>	20.440	17.778	<b>2.661</b>	19.977	17.778	<b>2.199</b>
<b>Vr Promedio</b>	<b>18.446</b>	<b>15.713</b>	<b>2.733</b>	<b>18.457</b>	<b>15.713</b>	<b>2.743</b>	<b>18.039</b>	<b>15.713</b>	<b>2.325</b>

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información obtenida de la base de datos de la oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata, y el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el incremento de la UPC'S 2018.

Al cruzar estos datos con el Índice de Precio al Consumidor Nacional (IPC'N), resulta que la variación porcentual presentada entre este indicador y el Incremento realizado de la UPC'S fue de **2.45%**; lo que significa que la UPC'S para el HLAP – ESE solo se aumentó en **\$ 417.92**.

Este resultado, comparado con el valor promedio contratado por el Hospital con las EAPB'S, sobre el valor ajustado base de contratación; refleja que esta casa de salud dejo de contratar **12.89%** del valor indicado; es decir, el HLAP durante la

vigencia fiscal 2017 realizo ventas de servicios de salud por debajo del Índice del Precio al Consumir Nacional. Ver detalles en la Tabla 17.

**Tabla 17: Incremento Upc´s según el Ipc´n Hlap Buenaventura 2017**

Upc´s Contratada 2016			Ajuste por Ipc´n			Ajuste por Upc´s		Incremento Upc´s	
EAPB´S	Valor	%	Incremento	Valor	%	Incremento	Valor	Valor	%
Asmetsalud	16.004,00		920,23	16.924,23		1.312,33	17.316,33	392,10	
Coosalud	16.668,51	5,75%	958,44	17.626,95	8,20%	1.366,82	18.035,33	408,38	2,45%
Emssanar	16.668,51		958,44	17.626,95		1.366,82	18.035,33	408,38	
Mallamas	18.890,68		1.086,21	19.976,89		1.549,04	20.439,72	462,82	
<b>Vr Promedio</b>	<b>17.057,93</b>		<b>980,83</b>	<b>18.038,76</b>		<b>1.398,75</b>	<b>18.456,67</b>	<b>417,92</b>	

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información obtenida de los datos de la oficina de Mercadeo y Contratación del Hospital Luis Ablanque de la Plata, 2018.

#### 6.4. UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA

La selección de la información registrada sobre la UPC`S en la Tabla 18, se obtuvo de la norma oficial expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social; por medio de la cual, fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación para el Plan de Beneficios en Salud.

Los datos consolidados en esta Tabla, e ilustrados en la gráfica 16; muestran como para la vigencia fiscal 2017 el incremento real de la UPC`S, fue de **0.06%**; variación que apenas permitió ajustar el poder adquisitivo de esta unidad de pago, al ser fijada por el gobierno nacional en un **8.20%**, frente al **8.14%** que alcanzó la Inflación del sector salud.

Resultado que demuestra como la salud se ha convertido en uno de los sectores que más inciden en el encarecimiento del costo de vida de la canasta familiar del pueblo colombiano.

Estas cifras reflejan el comportamiento que ha tenido la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada en los últimos ocho años, periodo en el cual ha alcanzado un crecimiento promedio del **10.53%**.

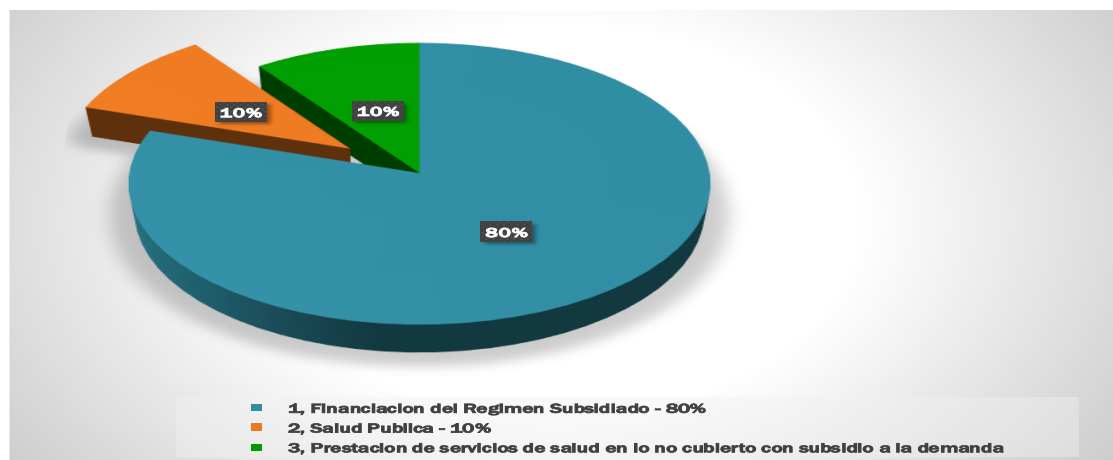
**Tabla 18: Incremento de la UPC Colombia 2010 – 2017**

N°	Año	Norma	Incremento	Año	Mes	Día
1	2010	Acuerdo 009/2009	8,07%	281.836,80	23.486,40	782,88
2	2011	Acuerdo 019/2010	7,17%	302.040,00	25.170,00	839,00
3	2012	Acuerdo 030/2011	16,65%	352.339,20	29.361,60	978,72
4	2013	Res/4480/2012	17,37%	508.993,20	42.416,10	1.413,87
5	2014	Res/5522/2013	4,40%	531.388,80	44.282,40	1.476,08
6	2015	Res/5925/2014	12,90%	563.590,80	46.965,90	1.565,53
7	2016	Res/5593/2015	9,45%	616.849,20	51.404,10	1.713,47
8	2017	Res/6411/2016	8,20%	667.429,20	55.619,10	1.853,97

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información obtenida del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS 2018.

De este conjunto de datos, se encontró que la UPC, es la Unidad Monetaria del Sistema General de Seguridad Social en Salud; con la cual se comercializan las tecnologías y servicios de salud.

Estos tienen como fuente de financiación el Sistema General de Participaciones (SGP), en un **24.5%**; de los cuales el **80%** son destinados a Financiar el Régimen Subsidiado en Salud; y son agenciados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES), ver grafica 32.



**grafica 32: Distribución Recursos SGP Colombia 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. 2018.

Dichos recursos según el Ministerio de Salud y Protección Social son distribuidos por nivel de atención para financiar la cobertura del plan de beneficios del Régimen Subsidiado así; ver Tabla 19:



**Tabla 19: Distribución Estimada de la  
UPC'S Por Nivel 2017**

N°	Distribucion por Nivel de Atencion	Unidad de Pago por Capitacion Subsidiada 2017	
		Porcentaje	Valor
1	Promocion y Prevencion	6,00%	46.052,71
2	Primer Nivel de Atencion	24,00%	184.210,85
3	Segundo Nivel de Atencion	21,00%	161.184,49
4	Tercer Nivel de Atencion	17,00%	130.482,68
5	Alto Costo	25,00%	191.886,30
6	Administracion	7,00%	53.728,16
7	<b>Total Upc's</b>	<b>100,00%</b>	<b>767.545,20</b>

**Fuente:** (1) Colombia. Ministerio de Salud y Proteccion Social. Resolucion 6411 de 2016. por el se fija el valor de la UPC'S para la Cobertura del Plan de Deneeficios 2017. (2) Estimado distribucion UPC'S por EAPB.  
**Calculo:** Investigadores

De la anterior distribución estimada de la UPC'S por niveles de atención, se observó que en el ejercicio cotidiano para suscribir el acuerdo de voluntades con el HLAP, las EAPB'S del 100% de la UPC'S de los Recursos Asignados y Garantizados por el gobierno nacional para atender el portafolio de servicios del Régimen Subsidiado de salud, la cual tiene como única Misión Principal, regular el Mercado Integral de la Salud; descuentan el 8% correspondiente a la Administración, único descuento legal permitido a esta unidad monetaria; y el saldo de la UPC'S (92%) lo convierten en el nuevo 100% de los Recursos de la UPC'S para la atención de la salud, según el decreto 4747 de 2007.

Con esta medida de UPC'S nominal descontada, las EAPB'S legalmente reducen la base mensual de la UPC'S de contratación; quitándole una buena parte de los recursos a la población afiliada, y privándolos de una completa cobertura del servicio.

Acto seguidamente, con los valores de la columna cuatro de la Tabla anterior y el número de población afiliada a cada EAPB'S, según la BDUA, se calculó el valor total de la cobertura del plan de beneficiarios del régimen subsidiado de salud para el distrito de Buenaventura; y se comprobó que el valor contratado por las Administradoras con el hospital equivale al **22.85%** de los recursos garantizados por el gobierno nacional para la cobertura de la salud.

De igual manera, se tomó la información suministrada por la resolución 6411 eje

central de este estudio y se desglosa la Unidad de Pago por Capitación en la siguiente Tabla 20 como herramienta vital en el proceso de evaluación de la UPC'S Contratada por el HLAP, así:

**Tabla 20: Desglose de la Upc's Nacional Hlap 2017**

INCREMENTO UPC'S	UPC'S VS IPC	VALOR UPC'S - 2017					Norma
		Prima	Valor	Año	Día	Mes	
616.847,69	<b>UPC'S Normal</b>	8,20%	50.581,51	667.429,20	1.853,97	55.619,10	
	Inflación - IPC	5,75%	35.468,74	35.468,74	98,52	2.955,73	
	<b>Variación Upc's - IPC</b>	2,45%	15.112,77	631.960,46	1.755,45	52.663,37	<b>Artículo 11 Res. 6411</b>
	Dcto Admón.	8,00%	53.394,34	53.394,34	148,32	4.449,53	
667.429,20	UPC'S Descontada			<b>614.034,86</b>	<b>1.705,65</b>	<b>51.169,57</b>	
	<b>UPC'S Diferencial</b>	15,00%	100.114,38	767.545,20	<b>2.132,07</b>	<b>63.962,10</b>	
	Dcto Admón.	8,00%	61.403,62	61.403,62	170,57	5.116,97	<b>Artículo 13</b>
	UPC'S Descontada		-	<b>706.141,58</b>	<b>1.961,50</b>	<b>58.845,13</b>	
667.429,20	<b>UPC'S Indígena</b>	4,81%	32.103,34	699.534,17	1.943,15	58.294,51	
	Dcto Admón.	8,00%	55.962,73	55.962,73	155,45	4.663,56	<b>Artículo 15</b>
	UPC'S Neta		-	<b>643.571,43</b>	<b>1.787,70</b>	<b>53.630,95</b>	
	<b>UPC'S Indígena</b>	15,00%	104.930,12	804.465,91	2.234,63	67.038,83	
699.534,17	Dcto Admón.	8,00%	64.357,27	64.357,27	178,77	5.363,11	<b>Artículo 17</b>
	UPC'S Descontada		-	<b>740.108,64</b>	<b>2.055,86</b>	<b>61.675,72</b>	

Fuente: MSPS - Elaboración Propia/18

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de la resolución 6411 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la UPC'S 2018.

Con esta información y la población del Régimen Subsidiado debidamente afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se estimó el Costo Total de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Distrito Especial de Buenaventura así. Ver Tabla 21.

**Tabla 21:  
Recursos del SGSS Buenaventura 2017**

N°	Distribución por Nivel de Atención Upc's Diferencial	Unidad de Pago por Capitación Subsidiada para la Cobertura del Plan de Beneficios 2017		
		Porcentaje	Valor	Valor Total
1	Promoción y Prevención	6,00%	46.052,71	9.451.075.714,78
2	Primer Nivel de Atención	24,00%	184.210,85	37.804.302.859,10
3	Segundo Nivel de Atención	21,00%	161.184,49	33.078.765.001,72
4	Tercer Nivel de Atención	17,00%	130.482,68	26.778.047.858,53
5	Alto Costo	25,00%	191.886,30	39.379.482.144,90
6	Administración	7,00%	53.728,16	11.026.255.000,57
7	<b>Total Upc's</b>	<b>100,00%</b>	<b>767.545,20</b>	<b>157.517.928.579,60</b>

Fuente: (1) Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6411 de 2016. por el cual se fija el valor de la UPC'S para la Cobertura del Plan de Beneficios 2017. (2) Estimado distribución UPC'S por EAPB. Calculo: Investigadores

Del mismo modo se calculó el valor anual de pago por capitación del régimen subsidiado según la estructura de costo para los grupos etarios definido por el

gobierno nacional mediante la resolución 6411 de 2016. Ver Tabla 22.

**Tabla 22: Valor anual Nacional de pago por Estructura de Costos 2017**

Nº	GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	VALOR ANUAL UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION REGIMEN SUBSIDIADO - 2017			
			Upc Normal	Upc Diferencial Grandes Ciudades	Upc's Indigena	Upc's Diferenci Indigena
1	Menores de un Año	2,7654	1.845.709	2.122.569	1.934.492	2.224.670,0
2	1 - 4 Años	0,8179	545.890	627.775	572.149	657.972,6
3	5 - 14 Años	0,3267	218.049	250.757	228.538	262.819,0
4	15 - 18 Años Hombres	0,3847	256.760	295.275	269.111	309.478,0
5	15 - 18 Años Mujeres	0,6381	425.887	489.771	446.373	513.329,7
6	19 - 44 Años Hombres	0,6415	428.156	492.380	448.751	516.064,8
7	19 - 44 Años Mujeres	1,0154	677.708	779.365	710.307	816.854,6
8	45 - 49 Años	1,0376	692.525	796.405	725.837	834.713,8
9	50 - 54 Años	1,2973	865.856	995.736	907.506	1.043.633,6
10	55 - 59 Años	1,5738	1.050.400	1.207.963	1.100.927	1.266.068,4
11	60 - 64 Años	1,9465	1.299.151	1.494.027	1.361.643	1.565.892,8
12	65 - 69 Años	2,4125	1.610.173	1.851.703	1.687.626	1.940.774,0
13	70 - 74 Años	2,9424	1.963.844	2.258.425	2.058.309	2.367.060,4
14	75 Años y Mayores	3,6575	2.441.122	2.807.297	2.558.546	2.942.334,0
<b>Resolucion 6411 de 2017</b>			<b>Articulo 11</b>	<b>Articulo 13</b>	<b>Articulo 15</b>	<b>Articulo 17</b>

Fuente: MSPS - Elaboracion Propia: Miabla/18

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de la base de datos de la resolución 6411 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la UPC'S 2018

De igual manera, se calculó el costo total de los recursos asignados y garantizados por el gobierno nacional para la atención en salud de los 205.223 bonaverense afiliados al Régimen Subsidiado de Salud; según la UPC'S Diferencial para el Distrito de Buenaventura, relacionados en la Tabla 23 y 24.

Con este ejercicio se logró establecer que el SGSSS del Régimen Subsidiado de Buenaventura, tiene un costo total de **\$ 157.618** millones de pesos; de los cuales las EAPB'S, en condición de administradoras oficiales del aseguramiento se quedan con **\$ 12.609** millones; que dando un total de **\$ 145** mil millones de pesos como recursos para la atención en salud, equivalentes al **92%** del total recursos garantizados; y **\$ 87** mil millones de pesos como recursos para contratar con la Red Pública de hospitales de Buenaventura, los cuales equivalen al **55.20%** del total de los recursos asignados y al **60%** de los recursos para la atención en salud; es decir que de entrada las EAPB'S con este ejercicio de UPC

Descontada, se quedan con el 4.8% del total de los recursos en mención.

**Tabla 23: Recurso Asignados y Garantizados  
Upc Diferencial Buenaventura 2017**

EAPB'S	Poblacion Afiliada	%	Valor Upc'S	Recursos Asignados y Garantizados	Admon. 8%	Administracion	Recursos para la Atencion en Salud	Red Publica 60%
Asmetsalud	42.061	20,50%	767.545,20	32.283.718.657,20	61.403,62	2.582.697.492,58	29.701.021.165	17.820.612.699
Coosalud	57.085	27,82%	767.545,20	43.815.317.742,00	61.403,62	3.505.225.419,36	40.310.092.323	24.186.055.394
Emsanar	94.413	46,01%	767.545,20	72.466.244.967,60	61.403,62	5.797.299.597,41	66.668.945.370	40.001.367.222
Mallamas	2.701	1,32%	804.465,91	2.172.862.422,91	64.357,27	173.828.993,83	1.999.033.429	1.199.420.057
Otras	8.963	4,37%	767.545,20	6.879.507.627,60	61.403,62	550.360.610,21	6.329.147.017	3.797.488.210
<b>TOTAL RED</b>	<b>205.223</b>	<b>100%</b>		<b>157.617.651.417</b>		<b>12.609.412.113</b>	<b>145.008.239.304</b>	<b>87.004.943.582</b>
				<b>100%</b>		<b>8,00%</b>	<b>92%</b>	<b>55,20%</b>

FUENTE: MSPS - SDSV/18 - Calculo y Proyeccion: Investigadores

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de la resolución 6411 del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la UPC'S 2018

**Tabla 24: Recursos Asignados y Garantizados  
por Grupos de Edad 2017**

Nº	GRUPO DE EDAD	Estructura de Costo	Valor Año UPC'S Diferencial	Genero		VALOR ANUAL SGSSS BUENA VENTURA		
				Femenino	Masculino	Afiliado General	%	Recursos Asignados y Garantizados
1	Menores de un Año	2,7654	2.122.569	991	1.051	2.042	1,00%	4.334.286.915
2	1 - 4 Años	0,8179	627.775	6.358	6.647	13.005	6,34%	8.164.216.731
3	5 - 14 Años	0,3267	250.757	20.905	21.793	42.698	20,81%	10.706.823.114
4	15 - 18 Años Hombre	0,3847	295.275	-	9.630	9.630	4,69%	2.843.494.771
5	15 - 18 Años Mujeres	0,6381	489.771	9.363	-	9.363	4,56%	4.585.722.058
6	19 - 44 Años Hombre	0,6415	492.380	-	35.387	35.387	17,24%	17.423.859.773
7	19 - 44 Años Mujeres	1,0154	779.365	47.339	-	47.339	23,07%	36.894.378.517
8	45 - 49 Años	1,0376	796.405	5.611	4.302	9.913	4,83%	7.894.761.776
9	50 - 54 Años	1,2973	995.736	5.013	4.054	9.067	4,42%	9.028.341.837
10	55 - 59 Años	1,5738	1.207.963	4.221	3.580	7.801	3,80%	9.423.316.530
11	60 - 64 Años	1,9465	1.494.027	3.258	2.741	5.999	2,92%	8.962.666.372
12	65 - 69 Años	2,4125	1.851.703	2.276	1.976	4.252	2,07%	7.873.440.291
13	70 - 74 Años	2,9424	2.258.425	1.493	1.311	2.804	1,37%	6.332.623.696
14	75 Años y Mayores	3,6575	2.807.297	3.428	2.495	5.923	2,89%	16.627.617.593
				110.256	94.967	205.223	100%	151.095.549.974
<b>Base de Datos Unica de Afiliados</b>			<b>Valor Upc's</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total Bdua</b>	<b>%</b>	<b>Recursos Asignados</b>
1	Poblacion Subsidiada		767.545,20	110.740	95.451	205.223	100%	157.517.928.579,60
2	Total por Estructura de Costo							151.095.549.973,68
	Diferencia por Grupo Etario							6.422.378.605,92

Fuente: BDUa Regimen Subsidiado - Proyeccion y Calculos: Investigadores/18

Los datos del cálculo de la UPC'S Diferencial por grupos de edad promedio y su

estructura de Costos clasificados por genero del Distrito de Buenaventura, según se registró en la Tabla 24, muestran claramente, que por estructura de Costos el valor total de los recursos asignados y garantizados para la salud de Buenaventura, sin tener en cuenta el descuento legal de Administración (8%) de las EAPB´S es menor que el valor obtenido en la tabla anterior (23) en la suma de **\$ 6.422** millones; razón por la cual se continuo el ejercicio de calcular la evaluación de la UPC´S contratada por el HLAP – ESE con los datos de la tabla anterior arriba indicada.

De igual manera, se procedió a cruzar los datos registrados en la tabla 21 con los valores de los contratados suscritos por el HLAP – ESE con las EAPB`S; relación de la cual se obtuvieron los resultados registrados en las siguientes Tabla 25, 26, 27 y 28.

**Tabla 25: UPC`S Contratada con la EPS`S  
Asmetsalud Hlap 2017**

ASMETSALUD EPS - 2017								
SERVICIO	Contrato N°	Valor Base Contratación	% UPC`S Contratada	DATOS DEL CONTRATO				
				Duración	Población	Valor Upc`s	Valor Mes	Valor Anual
Recuperación	G-B37-17	51.169,57	24,70%	3	25.027	12.639,00	316.316.253	948.948.759
PyP (Dt y Pe)	G-B38-17		8,76%	3	36.307	4.485,00	162.836.895	488.510.685
Recuperación	G-B39-17		24,70%	9	25.027	12.639,00	316.316.253	2.846.846.277
Recuperación	G-B39-17		24,70%	7	7.000	12.639,00	88.473.000	619.311.000
-	-	51.169,57	33,47%	11	23.340,25	17.124,00	883.942.401	4.903.616.721

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB´S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

Como se puede apreciar, en la Tabla 25 con esta EAPB`S el HLAP suscribió contratos por valor de **\$ 4.904** millones de pesos, monto que corresponde al **27.52%** del 60% de los recursos a contratar por esta entidad con la Red Pública; al **16.51%** de los recursos del 92% destinados a la Atención en Salud; y al **15.19%** del total recursos asignados y garantizados para el aseguramiento de la población de Buenaventura afiliada a Astmesalud EPS.

**Tabla 26: UPC`S Contratada con la  
EPS`S Coosalud Hlap 2017**

<b>COOSALUD EPS - 2017</b>								
SERVICIO	Contrato N°	Valor Base Contratación	% UPC`S Contratada	DATOS DEL CONTRATO				
				Duración	Población	Valor Upc`s	Valor Mes	Valor Anual
Recuperación	Sva2017r1a011	51.169,57	22,97%	12	38.946	11.755,1	457.815.293	5.493.783.516
Recuperación	Sva2017r1a011		8,55%	12	18.700	4.374,9	81.811.565	981.738.780
Recuperación	Sva2017r1a011		4,40%	12	38.946	2.250,0	87.628.500	1.051.542.000
PyP (Dt y Pe)	Sva2017r1a011		8,53%	12	57.788	4.366,8	252.346.327	3.028.155.923
-	-	<b>51.169,57</b>	<b>44,45%</b>	<b>12</b>	<b>38.595</b>	<b>22.746,8</b>	<b>879.601.685</b>	<b>10.555.220.218</b>

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB`S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

En su relación comercial con la EPS COOSALUD, durante el año 2017 el HLAP; efectuó ventas por concepto de Atención Primaria en Salud por valor **\$ 10.555** millones de pesos (ver Tabla 26); los cuales equivalen al **43.64%** de los recursos a contratar por esta entidad con la Red Pública; al **26.19%** de los recursos destinados a la Atención en Salud; y al **24.09%** del total de los recursos que administra en Buenaventura.

**Tabla 27:  
UPC`S Contratada con la EPS`S Emssanar Hlap 2017**

<b>EMSSANAR EPS - 2017</b>								
SERVICIO	Contrato N°	Base Contratación	UPC`S Contratada	DATOS DEL CONTRATO				
				Duración	Población	Valor Upc`s	Valor Mes	Valor Anual
Recuperación	0882CS170001	51.169,57	22,25%	12	44.329	11.386,38	504.746.839	6.056.962.068
PyP (Dt/Pe)			10,38%				5.313,64	235.548.348
Recuperación	0882CS170002	51.169,57	13,46%	12	44.000	6.886,48	303.005.120	3.636.061.440
PyP (Dt/Pe)			10,38%				5.313,64	233.800.160
-	-	<b>51.169,57</b>	<b>28,24%</b>	<b>24</b>	<b>88.329</b>	<b>14.450,07</b>	<b>1.277.100.467</b>	<b>15.325.205.599</b>

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB`S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

Con EMSSANAR EPS el HLAP – ESE durante la vigencia fiscal 2017 sostuvo una relación comercial de **\$ 15.325** millones de pesos para la Atención Primaria en

Salud; según datos registrados en la Tabla 27.

Estos recursos equivalen al **38.31%** del total a contratar con la red pública; al **22.99%** de los recursos disponibles para la atención en salud y al **21.15%** del total ingresos recibidos para garantizar el aseguramiento de la población asignada del régimen subsidiado en salud.

**Tabla 28:  
UPC`S Contratada con la EPS`S Mallamas Hlap 2017**

MALLAMAS EPSI - 2017								
SERVICIO	Contrato N°	Valor Base	Upc`s Contra/da	DATOS DEL CONTRATO				
				Tiempo	Usuarios	Valor Upc`s	Valor Mes	Vr Anual
Recuperación PyP (Dt y Pe)	7610917230 3749	51.169,57	24,00%	7	2.422	12.283,04	29.749.523	208.246.660
Recuperación PyP (Dt y Pe)			9,80%	5	2.422	5.014,08	12.144.102	85.008.712
Recuperación PyP (Dt y Pe)			25,61%			13.103,12	31.735.757	158.678.783
			10,45%			5.348,84	12.954.890	64.774.452
-		51.169,57	34,93%	12	4.844	35.749,08	86.584.272	516.708.608

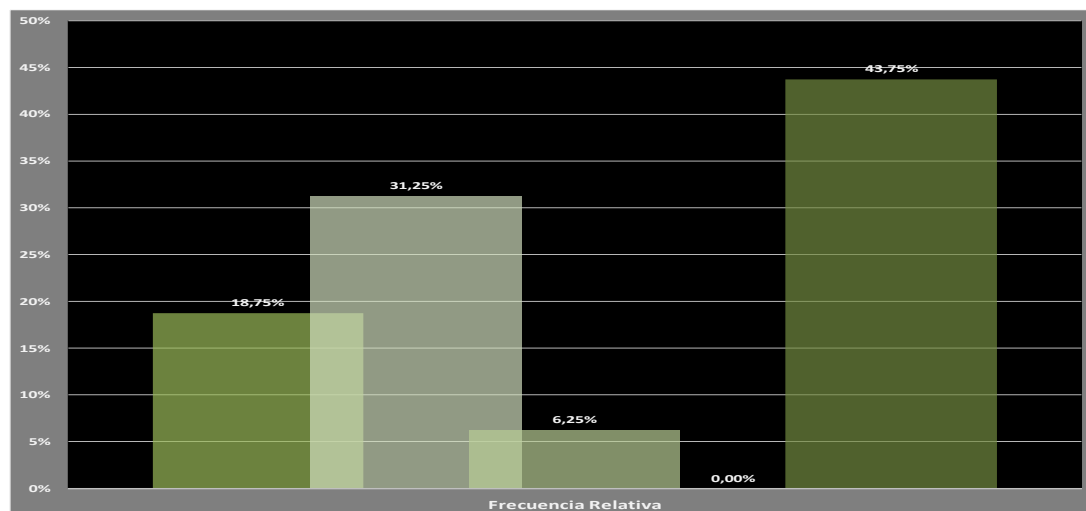
Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB`S. Oficina de Mercadeo y Contratación H LAP ESE 2018.

El intercambio comercial según registros de la Tabla 28, es el que menor ingresos le genera al H LAP – ESE, dado que esta entidad administra el **1.32%** de la población subsidiada del distrito de Buenaventura; cifra que es proporcional al **1.38%** del total recursos asignados y garantizados por el gobierno nacional para la operación del sistema.

Aun así, es la EAPB`S que mejores porcentajes de contratación de UPC`S realiza con el H LAP – ESE; con el cual suscribió contratos equivalentes al **43.08%** del total recursos disponibles para contratar con la Red Pública; al 25.85% de los recursos destinados para la atención en salud y al **23.78%** de los recursos que administra para garantizar la salud de la población registrada en su Base de Datos Única de Afiliados de Buenaventura.

Los valores de la UPC`S contratada con las EAPB`S, llevados a una Tabla de distribución de frecuencias de estadística, y representado gráficamente en un histograma de frecuencias relativa, ver grafica 33; mostro que el **31.25%** según el intervalo de clases, que la UPC`S contratada con las EAPB`S oscilo entre los **\$ 4.433** y los **\$ 6.617** para las actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad – P Y P; en tanto que las actividades de recuperación de la

salud o de servicios complementarios de baja complejidad, el precio de venta a UPC`S; fluctuó entre los \$ 10.983 y los \$ 13.167 para el 43.75% del total de los contratos suscritos.



**grafica 33: Distribución de Frecuencias Upc Contratada Hlap 2017**

Fuente: Elaboración, Proyección y Calculo de los investigadores con la Información de los contratos suscritos con las EAPB`S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

En general el HLAP – ESE durante el año 2017, ejecutó ventas en el sector salud de baja complejidad o primer nivel por valor de \$ 31.300 millones de pesos; según se reporta en la Tabla 29 detallada a continuación.

Del total ventas reportadas, el 15.67% se realizó con Asmetsalud Eps; el 33.72% con Coosalud Eps; el 48.96% con Emssanar y el 1.65% con la EPS Indígena Mallamas.

Dicha contratación, en relación a la vigencia inmediatamente anterior (2016) presentó un crecimiento del 26.47%; sin embargo, este incremento en las ventas registró ciertas novedades de gran interés; como la reducción del volumen de ventas con la EPS EMSSANAR en un - 7.30% y el aumento sustancial en las mismas con COOSALUD EPS, en un 41.48%.



**Tabla 29: Ventas por Capitación EAPB Hlap 2015 – 2017**

VENTAS Hlap ESE - EAPB'S 2015 VS 2017					
	2.015	2.016	2.017	Total	
UPC'S	Asmetsalud	5.236.572.000	4.629.742.812	4.903.616.721	14.769.931.533
	Coosalud	8.396.532.852	3.090.991.829	10.555.220.218	22.042.744.899
	Emssanar	11.781.253.625	16.531.939.781	15.325.205.599	43.638.399.005
	Mallamas	518.113.098	496.965.960	516.708.608	1.531.787.666
	<b>Contratacion Ipc</b>	<b>25.932.471.575</b>	<b>24.749.640.382</b>	<b>31.300.751.146</b>	<b>81.982.863.103</b>

Fuente: Hlap Mdeo - Calculo: Investigadores/19

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de los contratos suscritos con las EAPB'S. Oficina de Mercadeo y Contratación Hlap ESE 2018.

A las ventas realizadas por el Hlap – ESE durante las vigencias fiscal 2016 y 2017 se les realizó análisis horizontal, con la finalidad de determinar los cambios presentados en la negociación con las EAPB'S; como resultado del aumento o disminución en este ejercicio comercial, ver Tabla 30.

Los principales cambios registrados en la contratación 2016 vs 2017; presentados como variación absoluta en la siguiente tabla, se dieron en las ventas realizadas a Coosalud EPS; las cuales crecieron un **241.48%**, debido a la gran población afiliada que tenían contratada con otras IPS Privadas de la red de prestadores del Distrito de Buenaventura.

Otra variación significativa, se presentó en la disminución de las ventas efectuadas a EMSSANAR EPS, en un menos **7.30%**; debido en partes a la disminución de la población afiliada a esta entidad.

**Tabla 30: Análisis Ventas Hlap 2016 – 2017**

	Valor Anual Contratado 2016	%	Valor Anual Contratado 2017	%	Variacion Absoluta	Variacion Relativa
UPC'S	Asmetsalud	18,71%	4.903.616.721	15,67%	273.873.909	5,92%
	Coosalud	12,49%	10.555.220.218	33,72%	7.464.228.389	241,48%
	Emssanar	66,80%	15.325.205.599	48,96%	<b>-1.206.734.182</b>	<b>-7,30%</b>
	Mallamas	2,01%	516.708.608	1,65%	19.742.648	3,97%
	<b>Contratacion Ipc</b>	<b>24.749.640.382</b>	<b>100%</b>	<b>31.300.751.146</b>	<b>100%</b>	<b>6.551.110.764</b>

Fuente: Hlap Mdeo - Calculo: Investigadores/18

Otro factor que incidió considerablemente en la contratación del año 2017, fue el incremento real del **0.06%** de la UPC'S; cifra que en la practica condenó a los prestadores a contratar su portafolio de servicios por debajo del Índice del Precio al Consumidor del Sector; ajustes por inflación que para mayor ilustración fueron proyectados en la Tabla 31.

**Tabla 31:  
Incremento de la Upc's en relación al Ipc Salud Hlap 2017**

	Upc's Contratada 2016		Ajuste por Ipc's			Ajuste por Upc's			Incremento Real Upc's	
	Valor	%	Incremento	Valor	%	Incremento	Valor	Valor	%	
	<b>EAPB'S</b>									
Asmetsalud	16.004,00		1.302,73	17.306,73		1.312,33	17.316,33	9,60		
Coosalud	16.668,51	<b>8,14%</b>	1.356,82	18.025,33	<b>8,20%</b>	1.366,82	18.035,33	10,00	<b>0,06%</b>	
Emsanar	16.668,51		1.356,82	18.025,33		1.366,82	18.035,33	10,00		
Mallamas	18.890,68		1.537,70	20.428,38		1.549,04	20.439,72	11,33		
<b>Vr Promedio</b>	<b>17.057,93</b>	<b>8,14%</b>	<b>1.388,52</b>	<b>18.446,44</b>	<b>8,20%</b>	<b>1.398,75</b>	<b>18.456,67</b>	<b>10,23</b>	<b>0,06%</b>	

Fuente: Hlap Mdeo - Calculo y Proyeccion: Investigadores/18

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB'S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

Los datos del análisis general de la contratación de venta de servicios por capitación por parte del HLAP – ESE a las EAPB'S, registrados en la Tabla 32; demuestra que el **29.71%** del total de las ventas efectuadas se realizó por Actividades de Promoción y Prevención; a un valor promedio de UPC'S de **\$ 4.830**; de los cuales la mayor tarifa se pactó con la EPS EMSSANAR a **\$ 5.314**; y la más baja con COOSALUD EPS, a un valor UPC'S de **\$ 4.367**.

Los servicios de recuperación de la salud de baja complejidad, se negociaron a un valor promedio de UPC'S de **\$ 11.035**, que equivalen el **21.56%** de la UPC'S base de contratación.

En general, el HLAP'S – ESE efectuó ventas por un valor promedio de **\$ 15.864** por afiliado; lo que equivale al **31%** de la UPC'S destinada a la atención en salud y al **44.93%** de los recursos a contratar con la Red Pública del Distrito de Buenaventura.

**Tabla 32:  
Contratación General Detallada por Upc`s Hlap 2017**

	Generalidades		Contratacion por Unidad de Pago por Capitacion						
	EAPB'S	Modalidad	Duracion en Meses	Usuarios	Vr Upc's Mes	%	Vr Mensual Contratado	Valor Anual Contratado	%
	<b>Recuperacion de la Salud</b>	Asmetsalud	Capita	9	32.027	11.487,98	22,45%	367.925.503	4.415.106.036
Coosalud		Capita	12	57.646	10.881,16	21,26%	627.255.358	7.527.064.296	24,05%
Emssanar		Capita	12	88.329	9.144,81	17,87%	807.751.959	9.693.023.508	30,97%
Mallamas		Capita	12	2.422	12.624,74	24,67%	30.577.120	366.925.443	1,17%
<b>Subtotal</b>			<b>11</b>	<b>180.424</b>	<b>11.034,67</b>	<b>21,56%</b>	<b>1.833.509.940</b>	<b>22.002.119.283</b>	<b>70,29%</b>
<b>Promocion y Prevencion</b>	Asmetsalud	Capita	3	36.307	4.485,00	8,76%	162.836.895	488.510.685	1,56%
	Coosalud	Capita	12	57.788	4.366,76	8,53%	252.346.327	3.028.155.923	9,67%
	Emssanar	Rias Capita	12	88.329	5.313,64	10,38%	469.348.508	5.632.182.091	17,99%
	Mallamas	Capita	12	2.422	5.153,56	10,07%	12.481.930	149.783.165	0,48%
	<b>Subtotal</b>		<b>10</b>	<b>184.846</b>	<b>4.829,74</b>	<b>9,44%</b>	<b>897.013.660</b>	<b>9.298.631.863</b>	<b>29,71%</b>
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>182.635</b>	<b>15.864,41</b>	<b>31,00%</b>	<b>2.730.523.600</b>	<b>31.300.751.146</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Hlap Mdeo - Proyeccion y Calculo: Investigadores/18

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB'S. Oficina de Mercadeo y Contratación HLAP ESE 2018.

Frente al incremento de la UPC'S por el ajuste IPC Salud y el IPC Nacional; en relación con el valor de la UPC'S Contratada, se observó:

Que la UPC'S contratada en el año 2016 y ajustada para el año 2017; la contratación realizada fue del menos **14.00%**, es decir fue de menos **\$ 2.582.03** per cápita; en relación al incremento de la UPC 2017 fue de menos **\$ 2.592.26**; y comparada la contratación de la UPC 2017 con el aumento de la misma ajustada al IPC Nacional, el valor por usuario contratado fue de menos **\$ 2.174.34**.

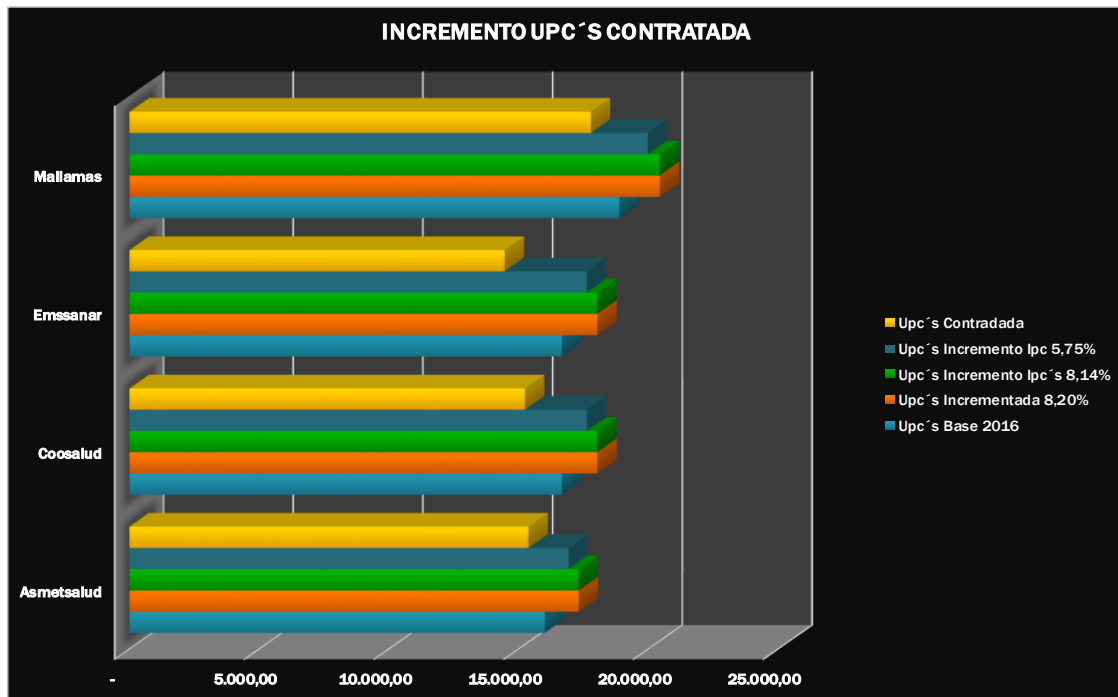
Es decir que el HLAP – ESE durante la vigencia 2017 realizo ventas por debajo del Índice de Precios al Consumidor Nacional, o sea que no sostuvo la contratación de la vigencia inmediatamente anterior ajustada por la inflación, ver resultados en la Tabla 33 e ilustración en la gráfica 34.

**Tabla 33:  
Incremento Real de la Upc´s Contratada Hlap 2017**

EAPB'S	Generalidades			Contratacion por Unidad de Pago por Capitacion					
	Valor UPC 2016 por Incremento IPC Salud			Valor UPC 2016 por Incremento UPC			Valor UPC 2016 por IPC Nacional		
	Ajustada	Contratada	Diferencia	Ajustada	Contratada	Diferencia	Ajustada	Contratada	Diferencia
Asmetsalud	17.306,73	15.972,98	- 1.333,75	17.316,33	15.972,98	(1.343,35)	16.924,23	15.972,98	(951,25)
Coosalud	18.025,33	15.247,92	- 2.777,41	18.035,33	15.247,92	(2.787,41)	17.626,95	15.247,92	(2.379,03)
Emssanar	18.025,33	14.458,45	- 3.566,88	18.035,33	14.458,45	(3.576,88)	17.626,95	14.458,45	(3.168,50)
Mallamas	20.428,38	17.778,30	- 2.650,08	20.439,72	17.778,30	(2.661,42)	19.976,89	17.778,30	(2.198,59)
<b>Vr Promedio</b>	<b>18.446,44</b>	<b>15.864,41</b>	<b>- 2.582,03</b>	<b>18.456,68</b>	<b>15.864,41</b>	<b>(2.592,26)</b>	<b>18.038,76</b>	<b>15.864,41</b>	<b>(2.174,34)</b>

Fuente: Hlap Mdeo - Calculo y Proyecciones: Investigadores/18

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB'S. Oficina de Mercadeo y Contratación Hlap ESE 2018.



**Grafica 34: Incremento UPC'S Contratada Hlap 2017**

Fuente: Elaboración y Calculo de los investigadores con la Información de la base de datos de los contratos suscritos con las EAPB'S. Oficina de Mercadeo y Contratación Hlap ESE 2018.

## **6.5. PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO.**

Los datos consolidados en la Tabla 34, son el resultado de la información obtenida de las resoluciones 1877, 2090, 1893, 2184 y 1855 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; mediante las cuales caracterizó las Empresas Sociales del Estado del país, durante el periodo comprendido entre el 2013 al 2017.

De esta clasificación, se seleccionaron las IPS del Departamento del Valle del Cauca, **53** en total, las cuales conforman la red integrada de prestadores de servicios de salud; clasificadas por área geográfica.

Como se muestra en la tabla enunciada, el **2%** de las Empresas Sociales del Estado del departamento, prestan servicios de Tercer Nivel, el **13%** de segundo nivel y el **85%** de primer nivel.

De igual manera se observó que el **18.87%** de las ESE del Valle en el año 2017 se acogieron al Programa de Gestión Integral de Riesgo – PGIR; el **7.55%** fueron categorizadas en Alto Riesgo; el **5.66%** presentaron Riesgo Medio; el **7.55%** Riesgo Bajo y el **60.38%** no presentaron Riesgo alguno.

Del grupo de Hospitales de Primer Nivel, los resultados muestran que el **66.67%** fueron clasificados Sin Riesgo, mientras que el **8.89%** registraron Riesgo Alto.

Los resultados demuestran que el Área del Pacífico, conformada por las ESE del Distrito de Buenaventura fueron las que peor gestión administrativa presentaron en la administración de los recursos públicos.

En cuanto a las Empresas Sociales del Estado de la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud de Segundo Nivel del Departamento del Valle, se observó que solo el **28.57%** no presentaron riesgo alguno.

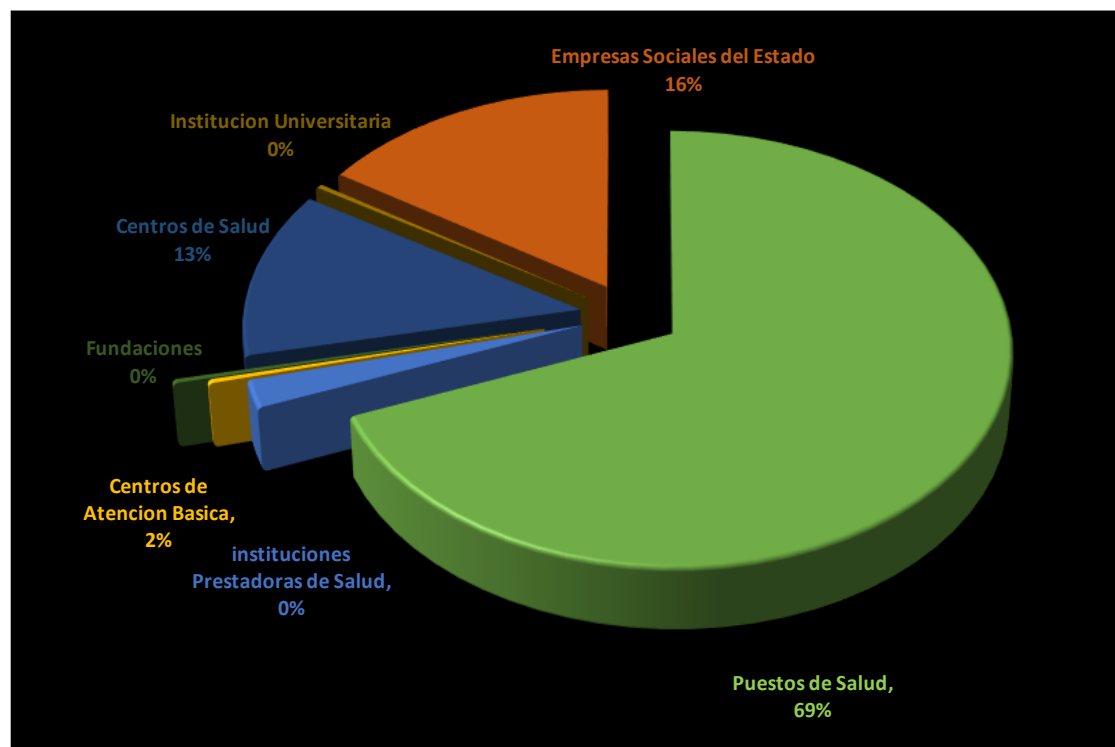
Se apreció además que el **100%** de los Hospitales Públicos Liquidados entre el año 2013 y el año 2017; fueron ESE de segundo nivel o mediana complejidad que pertenecían al Departamento; los cuales servían a tres de las principales ciudades del Valle del Cauca, Cartago, Palmira y Buenaventura.

**Tabla. 34**  
**Caracterización de Riesgo de las ESE del Valle del Cauca 2013 – 2017**

N°	Municipio	Ips - Ese - Hospital	Nivel	2013	2014	2015	2016	2017		
<b>Red Norte - Cartago:</b>										
1	Cartago	Hospital Dptal de Cartago	2							
2	Cartago	Ips del Municipio	1							
3	Alcalá	San Vicente de Paul	1							
4	Ansermanuevo	Santa Ana de los Caballeros	1							
5	Argelia	Hospital Pio XII	1							
6	El Aguila	Hospital San Rafael	1							
7	El Cairo	Hospital Santa Catalina	1							
8	Obando	Hospital Local	1							
9	Ulloa	Hospital Pedro Sáenz	1							
10	Zarzal	Hospital San Rafael	2							
11	La Victoria	Ntra. Sra. de Todo los Santos	1							
12	La Unión	Hospital Gonzalo Contreras	1							
13	Toro	Hospital Sagrada Familia	1							
14	Versalles	Hospital San Nicolás	1							
<b>Red Centro - Tuluá:</b>										
1	Tuluá	Hospital Rubén Cruz Vélez	1							
2	Tuluá	H. Dptal Tomas Uribe Uribe	2							
3	Andalucía	Hospital San Vicente Ferrer	1							
4	Boívar	Hospital Santa Ana	1							
5	Bugalagrande	Hospital San Bernabé	1							
6	Caicedonia	Hospital Santander	1							
7	El Dovio	Hospital Santa Lucia	1							
8	Río Frio	Hospital Kennedy	1							
9	Roldanillo	Hospital San Antonio	2							
10	San Pedro	Hospital Ulpiano Toscón	1							
11	Sevilla	Hospital Centenario	2							
12	Trujillo	Hospital Santa Cruz	1							
<b>Red Centro - Buga:</b>										
1	Guadal/Buga	Hospital Divino Niño	1							
2	Calima	Hospital San Jorge	1							
3	Ginebra	Hospital El Rosario	1							
4	Guacarí	Hospital San Roque	1							
5	Restrepo	Hospital San José	1							
6	Yotoco	Hospital Local	1							
<b>Red Suroriente - Palmira:</b>										
1	Palmira	Hospital San Vicente de Paul	2							
2	Palmira	Hospital Raúl Orejuela Bueno	1							
3	Candelaria	Hospital Local	1							
4	El Cerrito	Hospital San Rafael	1							
5	Florida	Hospital Benjamín Barney	1							
6	Pradera	Hospital San Roque	1							
<b>Red Sur - Cali:</b>										
1	Cali	H. Universitario Evaristo García	3							
2	Cali	H. Dptal Mario Correa Rengifo	2							
3	Cali	Hospital Isaías Duarte Cansino	2							
4	Cali	Hospital Psiquiátrico	2							
5	Cali	Hospital Geriátrico San Miguel	1							
6	Cali	Red de Salud Centro Primitivo I.	1							
7	Cali	Red de Salud Ladera	1							
8	Cali	Red de Salud Norte	1							
9	Cali	Red de Salud Oriente	1							
10	Cali	Red de Salud Suroriente	1							
11	Dagua	Hospital Rufino Vivas	1							
12	Jamundí	Hospital Piloto	1							
13	La Cumbre	Hospital Santa Margarita	1							
14	Vijes	Hospital Local	1							
15	Yumbo	Hospital La Buena Esperanza	1							
<b>Resoluciones:</b>				<b>1877</b>	<b>2090</b>	<b>1893</b>	<b>2184</b>	<b>1755</b>		
<b>Convenciones - Calculo 2017</b>				<b>Riesgo</b>	<b>Pgr</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>	<b>Sin Riesgo</b>	<b>Liquidado</b>
				<b>10</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>32</b>		

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos del Ministerio de Salud y Protección Social según resolución 1877 – 2090 – 1893 – 2184 – 1755. 2018

Las Empresas Sociales del Estado que conforman la Red Integrada de Prestación de Servicios del Valle del Cauca, según la Secretaria Departamental de Salud; están constituidas por 342 IPS públicas, distribuidas según la siguiente Grafica 35.



**Grafica 35: IPS Publicas del Valle del Cauca 2017**

Fuente: Elaboración de los autores con la información de los datos de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca/18.

Se observó además que esta Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado del Departamento del Valle del Cauca, según la Unidad de Pago por Capitación nominal plena; sin tener en cuenta la UPC'S diferencial que aplica para los municipios de Buenaventura, Buga, Cartago, Palmira y Tuluá entre otros de dispersión geográfica, integran un mercado de la salud que mueve más de un billón ciento cincuenta y dos mil veinte millones de pesos al año.

Esta cifra que contrasta con la situación financiera de los principales IPS – ESE del departamento. Ver Tabla 35.

**Tabla. 35**  
**Costo del Régimen Subsidiado del Valle del Cauca 2017**

Red	Poblacion Subsidiada	Valor Upc's	Valor Sgsss Regimen Subsidiado	% Red	Dcto Administracion	Recursos para la Atencion en Salud Base de Contratacion	Upc's Base Dctda Mes	Base de Contratacion con la Red Publica
Red Norte - Cartago:	170.287	667.429.210	113.654.516.180	9,87%	9.092.361.294,43	104.562.154.886	51.170	62.737.292.932
Red Centro - Tulua:	242.176		161.635.333.939	14,03%	12.930.826.715,14	148.704.507.224	51.170	89.222.704.334
Red Centro - Buga:	101.930		68.031.058.356	5,91%	5.442.484.668,48	62.588.573.688	51.170	37.553.144.213
Red Suroriente - Palmira:	215.983		144.153.360.904	12,51%	11.532.268.872,29	132.621.092.031	51.170	79.572.655.219
Red Sur - Cali:	790.458		527.574.750.574	45,80%	42.205.980.045,89	485.368.770.528	51.170	291.221.262.317
Red Pacifico - B/tura:	205.223		136.971.822.712	11,89%	10.957.745.816,93	126.014.076.895	51.170	75.608.446.137
<b>TOTAL RED</b>	<b>1.726.057</b>		<b>1.152.020.842.664</b>	<b>100%</b>	<b>92.161.667.413</b>	<b>1.059.859.175.251</b>	<b>51.170</b>	<b>635.915.505.151</b>
			<b>100%</b>		<b>8,00%</b>	<b>92%</b>		<b>60%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de datos del Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS y la Secretaria Departamental de Salud - SDSVC/2018.

Ante esta crítica situación, ver Tabla 36, el H LAP – ESE dando cumplimiento al artículo 81 de la Ley 1438 de 2011 y con la finalidad de fortalecer y racionalizar sus recursos financieros, elaboró en el 2017 el Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, con el acompañamiento del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; el cual fue viabilizado según el artículo 2.6.5.4 del decreto 1068 de 2015 y aprobado para el periodo 2018 – 2021.

De este PSFF, a la fecha de edición de este informe final se comprobó que han sido incumplida varias de las medidas implementadas concernientes a la austeridad del gasto y el incremento de los ingresos; lo que colocó al H LAP – ESE en el riesgo de ser intervenido administrativamente, a acogerse a la ley 550 de reestructuración de pasivos y una eventual posible liquidación de su razón social.

De darse esta última alternativa, sería una decisión nefasta para la salud del Distrito de Buenaventura, da su condición de principal puerto de Colombia y su relación de puerto de referencia para américa del sur.



**Tabla. 36**  
**Caracterización de Riesgo Fiscal Red Pacifico 2013 – 2017**

Nº	Municipio	Hospital Ips - Ese	Nivel	2013	2014	2015	2016	2017
<b>RED PACIFICO:</b>								
1	Buenaventura	San Agustín – Pto. Merizalde	1					PGIR
2		Luis Ablanque de la Plata	1					
3		Hospital Departamental	2					
<b>Resolución:</b>				<b>1.877</b>	<b>2090</b>	<b>1893</b>	<b>2184</b>	<b>1755</b>
<b>Convenciones</b>								
				Riesgo Alto	Riesgo Medio	Riesgo Bajo	Sin Riesgo	Liquidado

Fuente: Minsalud. – Elaboración: Investigadores/18

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos del Ministerio de Salud y Protección Social según resolución 1877 – 2090 – 1893 – 2184 – 1755. 2018

## 6.6. BASE DE DATOS ÚNICA DE AFILIADOS - BDUA

La selección de estos datos según los registros consolidados de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) 2017, del SGSSS administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se obtuvo como resultado la distribución de la población del Distrito de Buenaventura con relación a la estimación y proyección del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) de **415.770** personas. De esta población el **72,54%** presenta cobertura total del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el **27.64%** restante se registra como población sin asegurar, sin Cobertura.

La información correspondiente al aseguramiento de la población, se consolidó según la clasificación del Ministerio de Salud y protección Social en Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo, Régimen de Excepción, Población Pobre no Asegurada (PPNA); y se ilustró en la siguiente gráfica 36:

La población afiliada reportada en la BDUA, se encontró clasificada según la pirámide poblacional de Buenaventura, de cero años, a mayores de 79 años de edad; siendo las mujeres con un **51.37%** las mayores pobladoras de este distrito (ver grafica 9).

Dicha base de datos, permitió conocer la población total del Distrito de Buenaventura, clasificarla por grupos etarios, proyectar y evaluar la Unidad de Pago por Capitación.

De igual manera, se pudo establecer que el **48.91%** de la población bonaverense la constituyen personas menores de 25 años de edad; en tanto que el **5.89%** son personas adultas mayores de 65 años, factor importante al definir los grupos de alto costo en el uso de las tecnologías de la salud.



**Gráfica 36: Cobertura de Afiliación SGSSS – Buenaventura 2017**

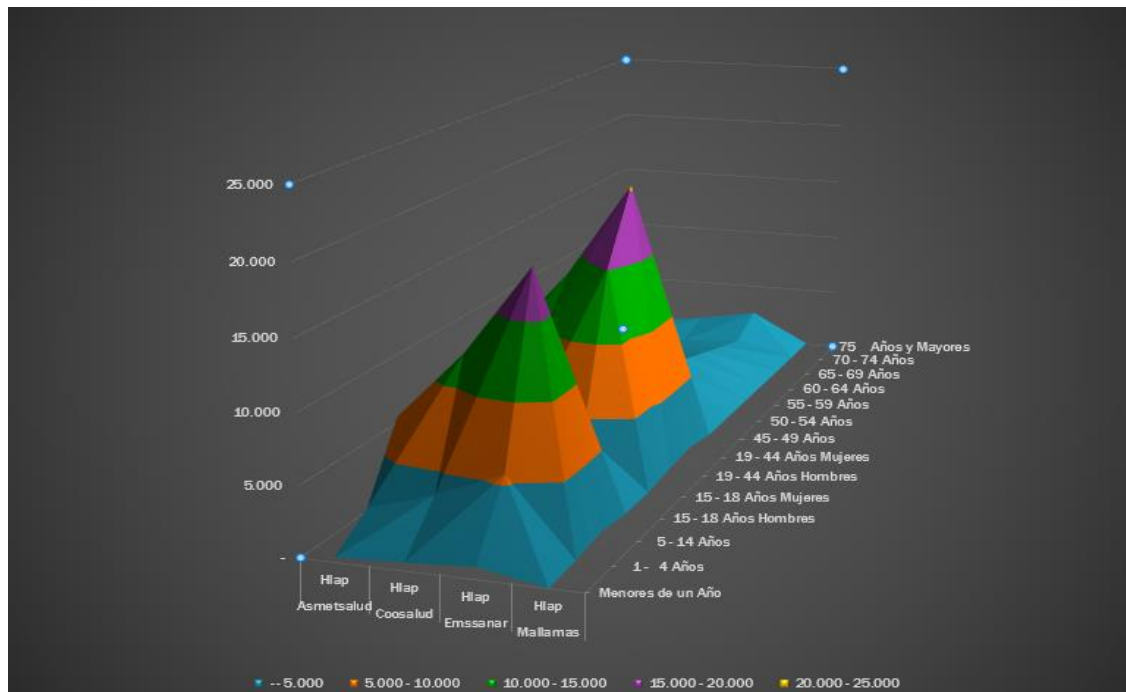
Fuente: Gobernación del Valle del Cauca. Secretaria Departamental de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social – Elaboración: Investigadores/18.

También se estableció la población subsidiada afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios vinculadas al distrito de Buenaventura; información que se consolidó en la Tabla 37 y se ilustró en la gráfica 12 y en la gráfica 37 respectivamente, donde se reagrupó la población contratada por grupos etarios, EAPB'S y precio promedio de Venta, relación que se expone a continuación:

**Tabla 37:  
Población Afiliada Eapb´s Red Pacifico 2017**

Red Pacifico	Mallamas	Sanitas	Confenalco	Cooameva	Famisanar	SOS	Nueva Eps	Nueva Eps Móvil	Medimas Móvil	Coosalud	Asmetsalud	Emssanar	Total General
B/TURA	2.701	18	1.164	2.893	1	2.690	975	5	1.217	57.085	42.061	94.413	205.223
<b>Total Red Pacifico:</b>	<b>2.701</b>	<b>18</b>	<b>1.164</b>	<b>2.893</b>	<b>1</b>	<b>2.690</b>	<b>975</b>	<b>5</b>	<b>1.217</b>	<b>57.085</b>	<b>42.061</b>	<b>94.413</b>	<b>205.223</b>

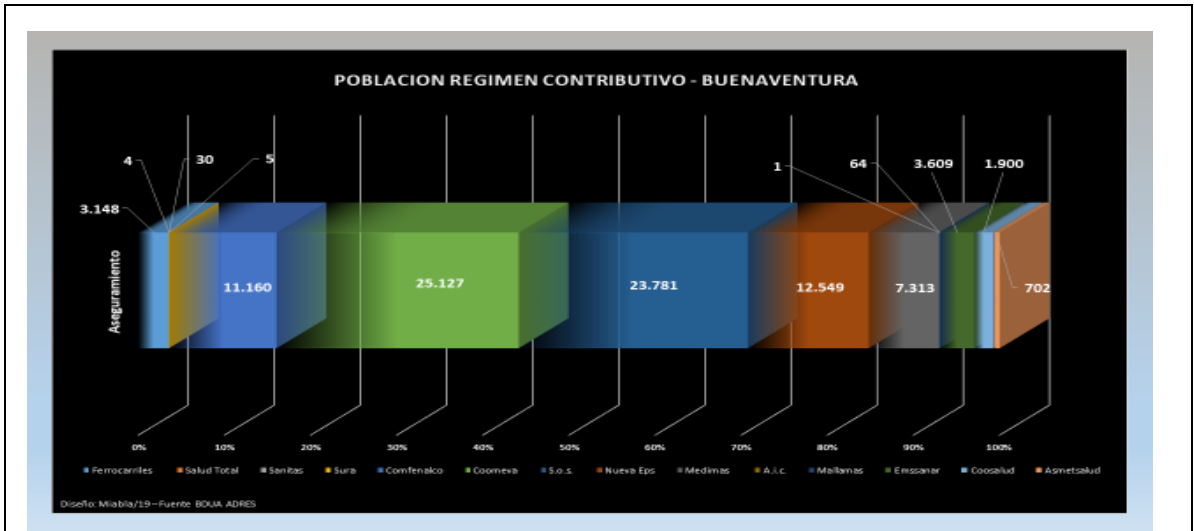
FUENTE: Ministerio de Salud y Protección Social - Consorcio FOSYGA SAYP (Afiliados BDUA Régimen Subsidiado)



**Gráfica 37: Distribución Población Contratada Hlap por Grupos de Edad 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de los contratos suscritos con las EAPB'S con el HLAP – ESE. Oficina de Mercadeo y Contratación 2018.

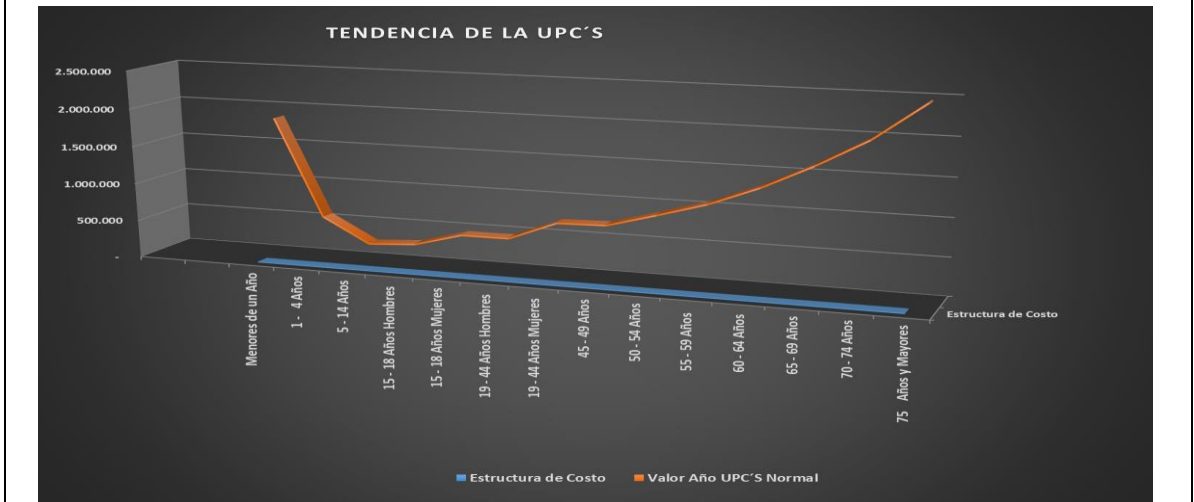
En este mismo componente se pudo determinar que la población afiliada el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad en Salud del Distrito Especial de Buenaventura se encontraba Distribuida según la gráfica 38, mercado del cual el HLAP – ESE, aún no ha conquistado:



**Gráfica 38:**  
**Distribución Cobertura Régimen Contributivo Buenaventura 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de la BDUA del Ministerio de Salud y Protección Social según el aseguramiento de Buenaventura 2018.

Dentro de este mismo componente, se determinó el valor anual de los recursos asignados y garantizados por el gobierno nacional para la atención de la población afiliada al régimen subsidiado según la estructura de costos de cada grupo de edad, la Unidad de Pago por Capitación y su tendencia al alto costo; factores que se recrean en la siguiente gráfica 39:



**Gráfica 39: Tendencia de la Upc's Nacional 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información del Ministerio de Salud y Protección Social según la tendencia la UPC'S nacional 2018.

Otro de los resultados obtenidos de la BDU A, permitió clasificar, distribuir, tabular y graficar la población afiliada al Régimen Subsidiado en salud del distrito de Buenaventura por EAPB´S, y por grupo de edad; Ver detalles discriminados en la siguiente Tabla 38:

Además, con esta misma información, se evaluó el estimado del valor a contratar con cada EAPB´S, como resultado del factor de la estructura costos de la UPC´S y el número de afiliados por grupo de edad, según el valor de la Unidad de Pago por Capitación establecida por el gobierno nacional mediante la resolución **6411**; que se utilizó en el proceso de negociación.

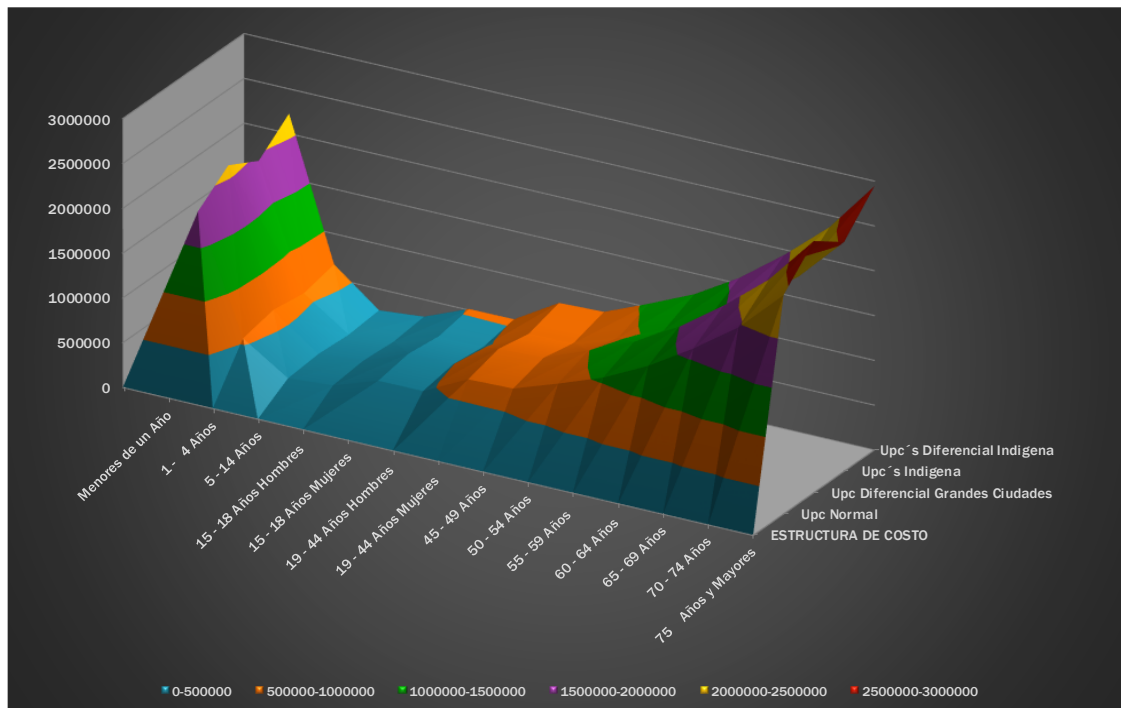
**Tabla 38:  
Población Afiliada a las EAPB´S por Grupo de Edad 2017**

Nº	GRUPO DE EDAD	Vr Estructura Costos	Asmetsalud	Coosalud	Emssanar	Mallamas	Otras	TOTAL		
								Afiliados		
1	Menores de un Año	1.845.709	417	565	935	27	89	2.033	0,99%	
2	1 - 4 Años	545.890	2.653	3.600	5.955	170	568	12.947	6,31%	
3	5 - 14 Años	218.049	8.809	11.955	19.773	566	1.886	42.988	20,94%	
4	15 - 18 Años Hombres	256.760	1.964	2.666	4.409	126	421	9.587	4,67%	
5	15 - 18 Años Mujeres	425.887	1.910	2.592	4.287	123	409	9.321	4,54%	<b>37,45%</b>
6	19 - 44 Años Hombres	428.156	7.268	9.864	16.314	467	1.556	35.469	17,28%	
7	19 - 44 Años Mujeres	677.708	9.706	13.173	21.787	623	2.078	47.367	23,08%	<b>40,36%</b>
8	45 - 49 Años	692.525	2.022	2.744	4.539	130	433	9.868	4,81%	
9	50 - 54 Años	865.856	1.850	2.510	4.152	119	396	9.026	4,40%	
10	55 - 59 Años	1.050.400	1.591	2.160	3.572	102	341	7.766	3,78%	<b>12,99%</b>
11	60 - 64 Años	1.299.151	1.224	1.661	2.747	79	262	5.972	2,91%	
12	65 - 69 Años	1.610.173	867	1.177	1.947	56	186	4.233	2,06%	
13	70 - 74 Años	1.963.844	572	776	1.284	37	122	2.791	1,36%	
14	75 Años y Mayores	2.441.122	1.208	1.640	2.712	78	259	5.896	2,87%	<b>9,20%</b>
			42.061	57.085	94.413	2.701	9.005	205.265	100%	
			<b>20,49%</b>	<b>27,81%</b>	<b>46,00%</b>	<b>1,32%</b>	<b>4,39%</b>	<b>100%</b>		

Fuente: BDU A - Elaboracion Propia: Miabla/18

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de la BDU A del Ministerio de Salud y Protección Social la resolución 6411 y la población contratada con las EAPB´S 2018.

De igual manera, se determinó que el **9.20%** del total de las personas subsidiados afiliados a las EAPB´S; son pacientes mayores de 60 años y de alto costo, riesgo que es asumido por el HLAP – ESE, el cual se representa en la siguiente gráfica 40:



**Gráfica 40: Estructura de Costos de la Upc por Edad 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información del Ministerio de Salud y Protección Social según la resolución 6411 por estructura de costos y grupos etarios y UPC'S 2018

### 6.7. VENTAS DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE APS POR CAPITACIÓN.

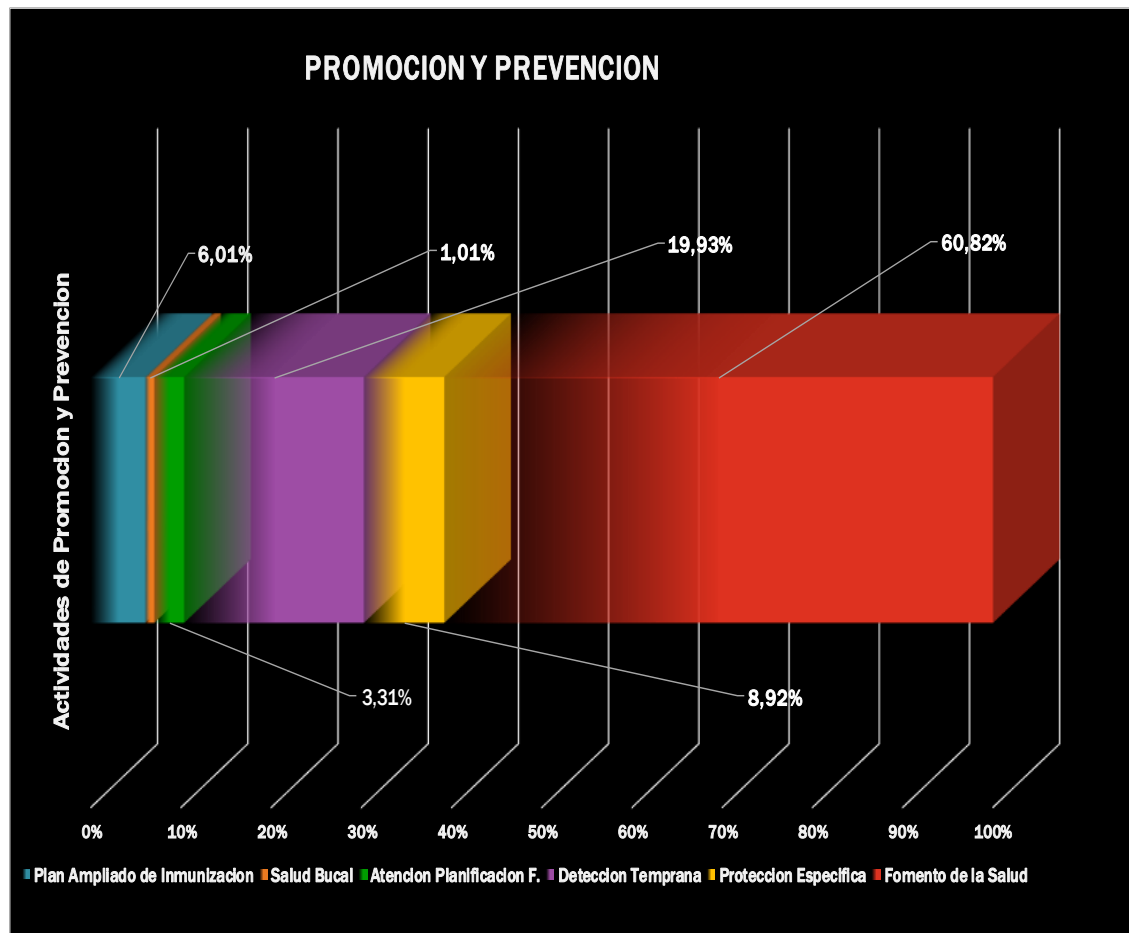
Respecto a este tema, se analizaron y se tabularon los elementos componentes del proceso de Atención Primaria en Salud; los servicios hospitalarios y las tecnologías en salud que integran el Portafolio del Hospital Luis Ablanque de la Plata, como resultado de los datos obtenidos de los contratos y sus fichas técnicas.

Los mismos, se extrajeron literalmente de estos documentos, y se promediaron según el valor de la Unidad de Pago por Capitación Contratada; el peso porcentual de cada servicio y el valor unitario en pesos de estos, los cuales, se tabularon y se graficaron según los servicios de los siguientes componentes:

- Actividades de Promoción y Prevención: Detección Temprana y Protección Específica

- Actividades de Recuperación de Baja complejidad, así:

El paquete de servicios contratados como Actividades de Promoción y Prevención, representan el **29.71%** del total de las ventas realizadas; recursos con los cuales se debe atender en general 184.846 usuarios, es decir el **90.07%** de la población total subsidiada afiliada a las EPS Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas. Ver Grafica 41 y Tabla 39 y 40.



**Grafica 41: Actividades Promoción y Prevención Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los servicios y tecnologías contratadas por el HLAP – ESE con las EAPB´S, según los contratos suscritos 2018.

**Tabla 39:  
Ventas Actividades de Promoción y Prevención Hlap Buenaventura 2017**

Servicios y/o Ruta	Vr Upc Anual		Asmet Salud		Coosalud		Emssanar		Mallamas		Total Ventas	
	667.429,20	%	Upc	Valor	Upc	Valor	Upc	Valor	Upc	Valor	Valor	%
Valor Upc's Mensual	55.619,10	100,00%									55.619,10	100,0%
Valor Upc's Mensual Descontada	51.169,57	92,00%	8,76%	51.169,57	8,53%	51.169,57	14,00%	37.954,59	13,50%	38.166,83	44.615,14	80,22%
Valor Upc's Mensual Contratada	4.828,57	8,68%		4.480,67		4.366,68		5.313,64		5.153,29	4.828,57	10,82%
<b>A. Actividades de Promoción y Prevención:</b>												
1 Plan Ampliado de Inmunización		3,876%	1,311%	73.066.386,79	1,331%	472.280.933,0			1,234%	13.688.524,4	559.035.844,20	1,79%
2 Atención Preventiva Salud Bucal		1,513%	0,199%	11.093.604,39	0,199%	70.628.497,0			1,115%	12.368.480,3	94.090.581,72	0,30%
3 Atención Planificación Familiar		2,539%	0,719%	40.068.958,56	0,720%	255.445.604,8			1,100%	12.202.088,2	307.716.651,56	0,98%
4 Dt Alteraciones Menor de 10 años		2,413%	0,657%	36.597.457,96	0,657%	233.001.228,5			1,100%	12.202.088,2	281.800.774,63	0,90%
5 Dt Alteraciones Joven de 10 a 29 Años		0,676%	0,230%	12.771.002,73	0,230%	81.758.186,1			0,215%	2.384.953,6	96.914.142,39	0,31%
6 Dt Alteraciones del Embarazo		3,864%	1,311%	72.663.916,94	1,311%	465.184.305,8			1,242%	13.777.266,9	551.625.489,61	1,76%
7 Dt Alteraciones Adulto Mayor de 45		1,603%	0,230%	12.771.002,74	0,130%	46.274.340,8			1,242%	13.777.266,9	72.822.610,38	0,23%
8 Dt Cáncer de Cuello Uterino		3,899%	1,470%	81.478.263,18	1,329%	471.741.266,3			1,100%	12.202.088,2	565.421.617,68	1,81%
9 Dt Cáncer de Seno		0,659%	0,329%	18.361.923,41	0,329%	116.902.947,6					135.264.871,05	0,43%
10 Dt Alteraciones Agudeza Visual		1,863%	0,330%	18.381.101,00	0,330%	117.242.031,3			1,203%	13.339.101,0	148.962.233,28	0,48%
11 Pe Atención del Parto		3,392%	0,985%	54.895.102,88	0,985%	349.494.940,9			1,422%	15.773.972,2	420.164.016,02	1,34%
12 Pe Atención del Recien Nacido		2,376%	0,985%	56.361.964,43	0,981%	348.144.071,1			0,410%	4.550.582,9	409.056.618,41	1,31%
13 Fomento Salud - Primera Infancia 0 - 5		3,606%						601.423.395,8	2,120%	23.516.751,8	624.940.147,65	2,00%
14 Fomento Salud - Vejez 60 y Mas Años		1,499%						603.046.077,5			603.046.077,50	1,93%
15 Fomento Salud - Infancia 6 - 11 Años		1,991%						800.977.145,0			800.977.144,97	2,56%
16 Atención Materno Perinatal		3,007%						1.207.708.842,9			1.207.708.842,91	3,86%
17 Fomento Salud - Adultez 29 - 59 Años		2,503%						804.149.152,8			804.149.152,76	2,57%
18 Fomento Salud - Adolescencia 12 - 17		2,011%						809.023.123,3			809.023.123,32	2,58%
19 Fomento Salud - Juventud 12 - 17 Años		1,503%						805.857.109,3			805.857.109,31	2,57%
<b>Subtotal Promoción y Prevención:</b>			<b>8,76%</b>	<b>488.510.685,00</b>	<b>8,53%</b>	<b>3.028.098.353,0</b>	<b>14,00%</b>	<b>5.632.184.847</b>	<b>13,50%</b>	<b>149.783.165</b>	<b>9.298.577.049,3</b>	<b>29,71%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de los servicios contratados con las EAPB'S Oficina de Mercadeo y Contratación 2018.



**Tabla 40:  
Venta Actividades de Recuperación de la Salud Hlap Buenaventura 2017**

Servicios y/o Ruta	Vr Upc Anual		Asmet Salud		Coosalud		Emssanar		Mallamas		Total Ventas	
	667.429,20	%	Upc	Valor	Upc	Valor	Upc	Valor	Upc	Valor	Valor	%
Valor Upc: \$ Mensual	55.619,10	100,00%									55.619,10	100,0%
Valor Upc: \$ Mensual Descontada	51.169,57	92,00%	25,21%	51.169,57	27,37%	51.169,57	24,09%	37.954,59	33,08%	38.166,83	44.615,14	80,22%
Valor Upc: \$ Mensual Contratada	12.167,97	21,88%		12.897,44		14.005,13		9.144,74		12.624,56	12.167,97	27,27%
<b>B. Actividades de Recuperación de la Salud</b>												
1 Atención Enfermedades de Interes en	5,856%	1,351%		236.648.886,11	1,355%	1.305.853.444,8		34.941.366,0	3,150%	34.941.366,0	1.577.443.696,92	5,04%
2 Atención Morbilidad General/Medicina	18,054%	3,500%		613.080.015,82	5,523%	1.320.874.143,2	3,60%	1.448.276.256	5,431%	60.245.037,4	3.442.475.452,42	11,00%
3 Recuperación de Salud Oral	5,532%							61.366.520,2	5,532%	61.366.520,2	61.366.520,21	0,20%
4 Urgencias en Odontología	5,021%							55.696.986,3	5,021%	55.696.986,3	55.696.986,31	0,18%
5 Laboratorio Clínico	11,918%	3,300%		578.046.872,06	2,308%	551.920.550,2	2,50%	1.005.747.400	3,810%	42.263.596,5	2.177.978.418,72	6,96%
6 Proced/ios Quirúrgicos Primer N	2,451%							27.190.689,7	2,451%	27.190.689,7	27.190.689,67	0,09%
7 Urgencias Medicas	14,228%	3,500%		613.080.015,82	2,908%	695.405.755,4	3,50%	1.408.046.360	4,320%	47.920.928,3	2.764.453.059,58	8,83%
8 Apoyo Diagnostico de Primer Nivel	6,835%	1,254%		219.711.904,86	2,219%	530.663.768,6				37.300.319,0	787.675.992,46	2,52%
9 Servicio Farmaceutico - Medicamentos	7,581%	3,200%		560.530.300,18	4,381%	1.047.784.110,7					1.608.314.410,92	5,14%
10 General Pediatrica	4,212%	1,500%		262.748.578,21	1,212%	289.906.548,3	1,50%	603.448.440			1.156.103.566,51	3,69%
11 Transporte Asistencial Basico	4,515%	2,300%		402.881.153,26	2,215%	529.708.141,0					932.589.294,26	2,98%
12 Odontología General	10,764%	3,700%		648.113.159,59	3,565%	852.455.960,5	3,50%	1.408.001.402			2.908.550.522,09	9,29%
13 General Adultos	4,983%	1,600%		280.265.150,09	1,683%	402.511.873,1	1,70%	683.908.232			1.366.685.255,21	4,37%
14 Obstetricia	0,900%							362.069.064	0,90%		362.069.064,01	1,16%
15 Enfermeria	1,180%							474.712.773	1,18%		474.712.772,81	1,52%
16 Consulta Prioritaria	1,250%							502.873.700	1,25%		502.873.700,01	1,61%
17 Radiología e Imágenes Diag.	0,300%							120.689.688	0,30%		120.689.688,00	0,39%
18 Ultrasonido	0,480%							193.103.501	0,48%		193.103.500,81	0,62%
19 Medicamentos Ambulatorios	1,184%							476.399.292	1,18%		476.399.292,40	1,52%
20 Medicamentos Hospitalarios	0,500%							201.149.480	0,50%		201.149.480,01	0,64%
21 Medicamentos Urgencias	1,000%							402.298.960	1,00%		402.298.960,01	1,29%
22 Oxigeno	1,000%							402.298.960	1,00%		402.298.960,01	1,29%
<b>Subtotal Recuperacion:</b>	<b>109,75%</b>	<b>25,21%</b>		<b>4.415.106.036</b>	<b>27,37%</b>	<b>7.527.064.295,8</b>	<b>24,09%</b>	<b>9.693.023.508</b>	<b>33,08%</b>	<b>366.925.443</b>	<b>22.002.119.283,4</b>	<b>70,29%</b>
<b>Total Ventas Hlap - 2017</b>	<b>33,96%</b>			<b>4.903.616.721</b>	<b>35,90%</b>	<b>10.555.162.649</b>	<b>38,09%</b>	<b>15.325.208.355</b>	<b>46,58%</b>	<b>516.708.608</b>	<b>31.300.696.333</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la información de los servicios contratados con las EAPB ´S Oficina de Mercadeo y Contratación 2018.

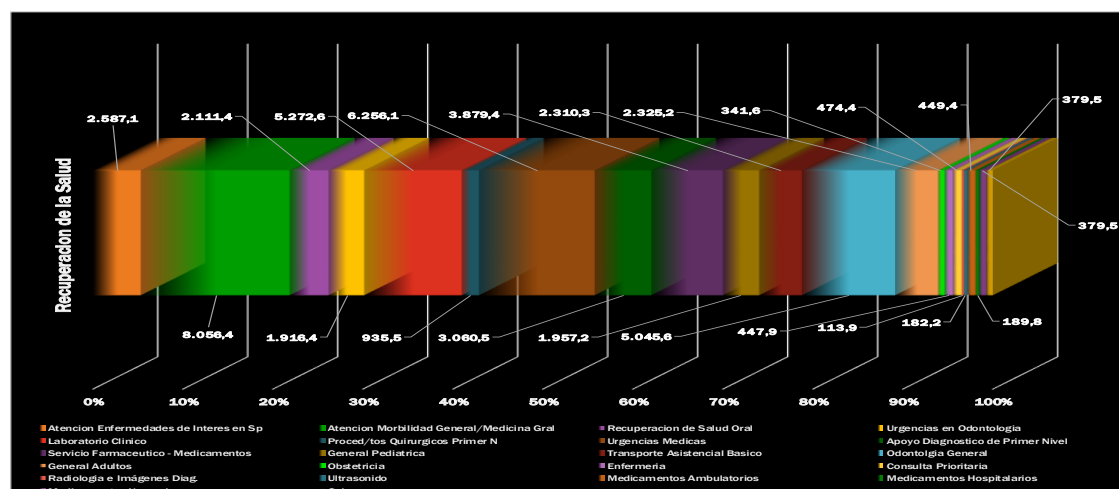
Como se puede apreciar en la Tabla 39, las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad contratadas; representan el **10.82%** de la UPC'S promedio contratada, y equivalen al **29.71%** del total ventas realizadas a las EAPB'S.

De igual manera se logró comprobar que el HLAP – ESE, según la programación de actividades, procedimientos e intervenciones de Protección Específica y de Detección Temprana contratadas de Promoción y Prevención; obtuvo una meta de cumplimiento promedio del **25%**, ver anexo 3.

En este mismo grupo de servicios se observó, además, que la Actividad de Alteraciones del Adulto mayor de 45 años de edad del subgrupo de Detección Temprana, la UPC'S contratada fue del **0.23%**; en tanto que UPC'S contratada para la atención materno perinatal fue en promedio del **2.19%**.

Del total rubro de ventas registradas en la Tabla 40, correspondientes a las actividades de Recuperación de la salud de Baja complejidad para atender **180.424** usuarios con cargo a la cápita; se logró establecer que estas corresponden al **70.29%** del total de las ventas.

Las cuales fueron clasificadas por grupos de servicios en general dando como resultado que los grupos de mayores ventas a tarifa unitaria fueron; Atención de la Morbilidad General y Medicina General a \$ **10.856**; Medicamentos de Urgencias a \$ **10.515**; Odontología General a \$ **9.073** e imágenes diagnosticas a \$ **8.629**. Ver ilustración en la gráfica 42.

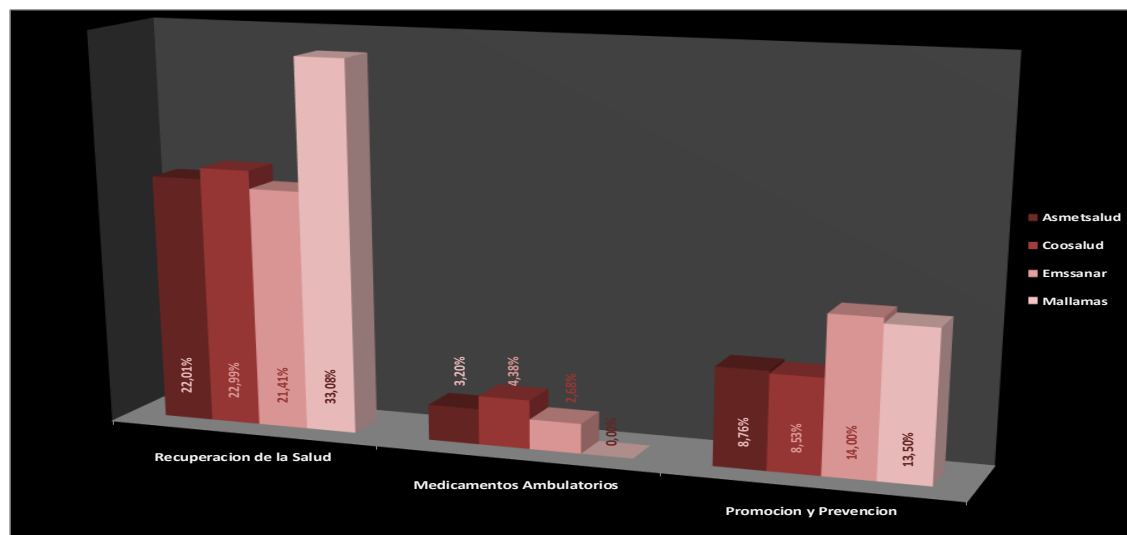


**Gráfica 42: Ventas Servicios de Recuperación de la Salud Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los servicios y tecnologías contratadas por el HLAP – ESE con las EAPB'S, según los contratos suscritos 2018.

En cuanto a las actividades de Promoción y Prevención y de recuperación de la salud; desglosadas, descritas y registradas en las tablas anteriores; se encontró que todas las EPS en general, incluyeron el cien por ciento de la población afiliada de Régimen Subsidiado en las minutas; Algunas las clasificaron y las enunciaron por grupos etarios; otras por estructuras de costos por grupo de edad; otras simplemente enunciaron las actividades contratadas; y solo una, Mallamas, registró todas las características citadas de las otras EAPB´S, y líquido y suscribió el contrato de P Y P mediante la modalidad de UPC´S por estructura de costos por Grupos de Etarios.

Fue así, como por grupos o paquetes de servicios agrupados e ilustrados en la gráfica 43, en Actividades de recuperación de la salud la EPS de mejor contratación fue MALLAMAS con un **33.08%** del total UPC´S contratada; en cuanto a el rubro de medicamentos ambulatorios, COOSALUD EPS fue la que más recursos contrato con un **4.38%** de la UPC´S; mientras que para actividades de P y P EMSSANAR EPS lidero la contratación con un **14%** del total de la contratación efectuada con el HLAP – ESE.



**Gráfica 43: Actividades Contratadas por Grupos de Servicios Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los servicios y tecnologías contratadas por el HLAP – ESE con las EAPB´S, según los contratos suscritos 2018.

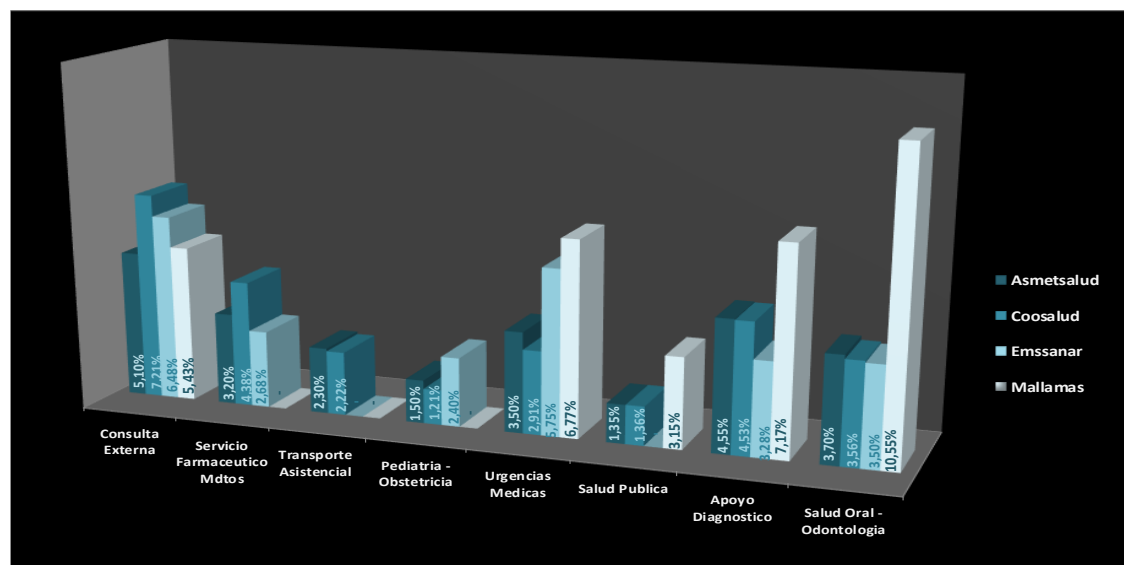
Los registros de la base de datos de la Tabla 35, conformado por veintidós actividades de recuperación de la salud contratadas, se agrupó, en ocho tipos de servicios en la gráfica 44 que se expone a continuación; esta nueva clasificación,

permitió detallar el valor porcentual contratado por servicio de cada EAPB'S con las que el HLAP – ESE realizó intercambio comercial.

Como resultado de este ejercicio, se conoció que MALLAMAS EPS indígena, dada las características propias de dispersión geográfica de su población afiliada y la naturaleza misma de su perfil epidemiológico; fue la que mejor compro los servicios de Urgencias Médicas, Salud Publica, Apoyo Diagnostico y Salud Oral; en los que invirtió un costo promedio de **\$ 14.146.49**, que equivalen al **27.65%** del total dela UPC'S negociada.

La EPS'S EMSSANAR, por su parte se convirtió en la entidad que mejor tarifa canceló para la atención de sus afiliados en el servicio de Pediatría y Obstetricia; servicio por el cual cancelo la suma de **\$ 1.228.07** por afiliado, precio que representa el **2.40%** de la UPC'S contratada con el HLAP- ESE.

En tanto, la mejor tarifa pactada en este mercado para los servicios de Consulta Externa, y servicios Farmacéutico – Medicamentos Intrahospitalarios; la pagó COOSALUD EPS a una tasa de **11.59%** de la UPC'S transada con el HLAP, que equivale a **\$ 5.929.51** per cápita.



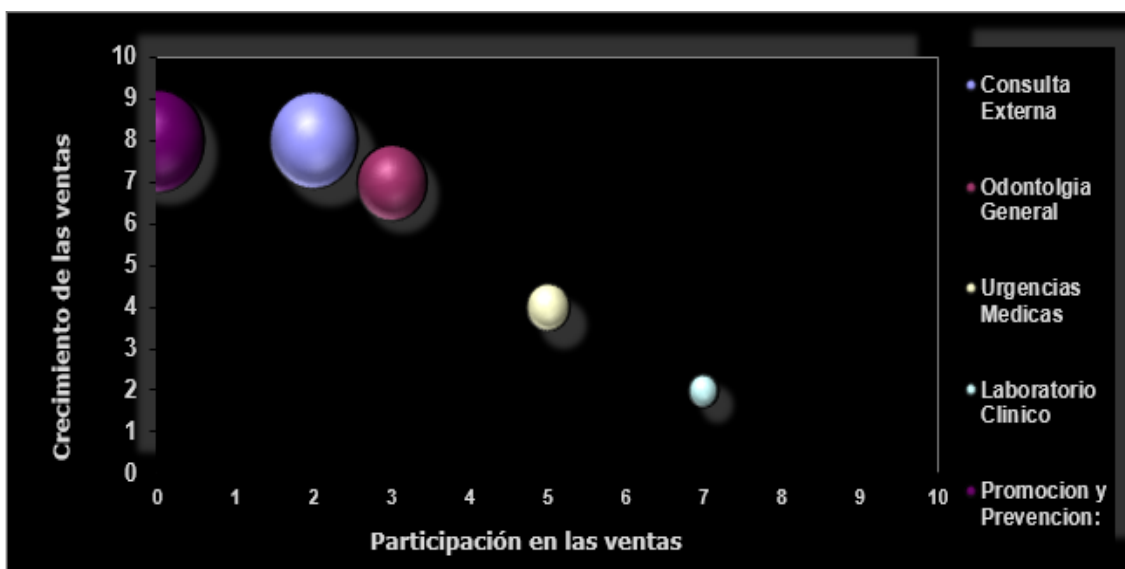
**Gráfica 44: Upc´s Contratada por Servicios Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los servicios y tecnologías contratadas por el HLAP – ESE con las EAPB'S, según los contratos suscritos 2018.

La Asociación Mutual de El Tambo, ASMETSALUD EPS, se convirtió en la

entidad que ofertó el precio más alto para el servicio de Transporte Asistencial para sus asegurados; cerrando la compra en \$ 1.176.90, es decir, un 2.30% de la Unidad de Pago pactada con la ESE – HLAP.

De igual manera, se tomaron los servicios más representativos del HLAP – ESE; y se evaluaron según los resultados obtenidos en ventas; el crecimiento de las mismas; y la participación de esta la unidad de negocio en el total ventas realizadas por UPC´S; obteniendo como resultado que el servicio de Consulta Externa, es uno de los productos estrellas del hospital, con un alto nivel de crecimiento y un alto índice de participación en ventas, tal como se refleja en la gráfica 45.



**Gráfica 45: Principales servicios por ventas Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los servicios y tecnologías contratadas por el HLAP – ESE con las EAPB´S, según los contratos suscritos 2018.

Con esta información se elaboró una Tabla (41) resumen de los servicios contratados; clasificados por EAPB´S, a los cuales se les calculó el valor en peso percapita, el neto contratado deflatado por la inflación del IPC del Sector salud (8.14%), y se le estimó como rentabilidad del ejercicio, el mismo porcentaje que el gobierno nacional reconoce por concepto de administración del sistema a las EAPB´S (8%); con este ejercicio, se obtuvo como resultado el valor neto para la atención en salud que el HLAP – ESE debe disponer en la prestación del servicio, así como la población de usuarios promedio que debe atender por EPS´S.

**Tabla 41:  
Valor Neto Estimado para la Atención en Salud Hlap 2017**

<b>Resumen General - Valor Percapita por Afiliado Contratado</b>							<i>Neto Disponible</i>
<b>Servicios y/o Ruta</b>	<b>Asmetas</b>	<b>Coosalud</b>	<b>Emssanar</b>	<b>Mallamas</b>	<b>Total</b>	<b>Admon</b>	
<b>A. Actividades de Promocion y Prevencion:</b>							
1 Plan Ampliado de Inmunizacion	2.012,46	8.172,6		5.682,22	15.867,33	1.269,39	<b>14.597,94</b>
2 Atencion Preventiva Salud Bucal	305,55	1.222,2		5.134,26	6.662,01	532,96	6.129,05
3 Atencion Planificacion Familiar	1.103,62	4.420,4		5.065,19	10.589,19	847,14	9.742,06
4 Dt Alteraciones Menor de 10 años	1.008,00	4.032,0		5.065,19	10.105,19	808,42	9.296,77
5 Dt Alteraciones Joven de 10 a 29 Años	351,75	1.414,8		990,01	2.756,56	220,52	2.536,03
6 Dt Alteraciones del Embarazo	2.001,37	8.049,8		5.719,06	15.770,28	1.261,62	<b>14.508,65</b>
7 Dt Alteraciones Adulto Mayor de 45 Años	351,75	800,8		5.719,06	6.871,57	549,73	6.321,84
8 Dt Cancer de Cuello Uterino	2.244,15	8.163,3		5.065,19	15.472,64	1.237,81	<b>14.234,83</b>
9 Dt Cancer de Seno	505,74	2.023,0		5.537,17	8.065,87	645,27	7.420,60
10 Dt Alteraciones Agudeza Visual	506,27	2.028,8		6.547,91	9.083,01	726,64	8.356,36
11 Pe Atencion del Parto	1.511,97	6.050,0		1.888,98	9.451,00	756,08	8.694,92
12 Pe Atencion del Recien Nacido	1.552,37	6.023,3		9.762,00	17.337,70	1.387,02	<b>15.950,69</b>
13 Fomento Salud - Primera Infancia 0 - 5 Años			6.808,91		6.808,91	544,71	6.264,19
14 Fomento Salud - Vejez 60 y Mas Años			6.827,28		6.827,28	546,18	6.281,09
15 Fomento Salud - Infancia 6 - 11 Años			9.068,12		9.068,12	725,45	8.342,67
16 Atencion Materno Perinatal			13.672,86		13.672,86	1.093,83	<b>12.579,03</b>
17 Fomento Salud - Adultez 29 - 59 Años			9.103,99		9.103,99	728,32	8.375,67
18 Fomento Salud - Adolescencia 12 - 17			9.159,21		9.159,21	732,74	8.426,47
19 Fomento Salud - Juventud 12 - 17 Años			9.123,36		9.123,36	729,87	8.393,50
<b>Subtotal Promocion y Prevencion:</b>	<b>13.455,00</b>	<b>52.401,12</b>	<b>63.763,72</b>	<b>62.176,23</b>	<b>191.796,07</b>	<b>15.343,69</b>	<b>176.452,38</b>
<b>B. Actividades de Recuperacion:</b>							
1 Atencion Enfermedades de Interes en Sp	7.389,04	22.652,98		14.504,51	44.546,53	3.563,72	<b>40.982,81</b>
2 Atencion Morbilidad General/Medicina Gral	19.142,60	22.913,54	16.396,26	25.008,32	83.460,72	6.676,86	<b>76.783,86</b>
3 Laboratorio Clinico	18.048,74	9.574,31	11.386,29	17.544,04	56.553,38	4.524,27	52.029,11
4 Urgencias Medicas	19.142,60	12.063,38	15.940,81	19.892,46	67.039,25	5.363,14	<b>61.676,11</b>
5 Apoyo Diagnostico de Primer Nivel	6.860,21	9.205,56		15.483,74	31.549,51	2.523,96	29.025,54
6 Servicio Farmaceutico - Medicamentos	17.501,80	18.176,18			35.677,99	2.854,24	<b>32.823,75</b>
7 General Pediatrica	8.203,97	5.029,08	6.831,78		20.064,83	1.605,19	18.459,64
8 Transporte Asistencial Basico	12.579,42	9.188,98			21.768,41	1.741,47	20.026,93
9 Odontologia General	20.236,46	14.787,43	15.940,30		50.964,19	4.077,14	<b>46.887,05</b>
10 General Adultos	8.750,90	6.982,48	7.742,68		23.476,06	1.878,08	21.597,97
11 Recuperacion de Salud Oral				25.473,86	25.473,86	2.037,91	23.435,95
12 Urgencias en Odontologia				23.120,38	23.120,38	1.849,63	21.270,75
13 Proced/tos Quirurgicos Primer N				11.287,13	11.287,13	902,97	10.384,16
14 Obstetricia			4.099,07		4.099,07	327,93	3.771,14
15 Enfermeria			5.374,33		5.374,33	429,95	4.944,38
16 Consulta Prioritaria			5.693,15		5.693,15	455,45	5.237,69
17 Radiologia e Imágenes Diag.			1.366,36		1.366,36	109,31	1.257,05
18 Ultrasonido			2.186,17		2.186,17	174,89	2.011,27
19 Medicamentos Ambulatorios			5.393,42		5.393,42	431,47	4.961,95
20 Medicamentos Hospitalarios			2.277,26		2.277,26	182,18	2.095,08
21 Medicamentos Urgencias			4.554,52		4.554,52	364,36	4.190,16
22 Oxigeno			4.554,52		4.554,52	364,36	4.190,16
<b>Subtotal Recuperacion:</b>	<b>137.855,75</b>	<b>130.573,92</b>	<b>109.736,90</b>	<b>152.314,42</b>	<b>530.481,00</b>	<b>42.438,48</b>	<b>488.042,52</b>
<b>Total Ventas Per Capita - Anual</b>	<b>151.310,75</b>	<b>182.975,04</b>	<b>173.500,62</b>	<b>214.490,65</b>	<b>722.277,06</b>	<b>57.782,17</b>	<b>664.494,90</b>
<b>Ipe Salud - Inflacion 8,14%</b>	12.316,69	14.894,17	14.122,95	17.459,54	58.793,35		
<b>Margen Neto Ventas</b>	138.994,05	168.080,87	159.377,67	197.031,12	663.483,71		
<b>Rentabilidad - y/o Admon 8%</b>	11.119,52	13.446,47	12.750,21	15.762,49	53.078,70		
<b>Recursos Netos para Atencion en Salud</b>	<b>127.874,53</b>	<b>154.634,40</b>	<b>146.627,46</b>	<b>181.268,63</b>	<b>610.405,01</b>		
<b>Usuarios Promedio a Atender</b>	<b>27.388,04</b>	<b>48.751,69</b>	<b>74.648,24</b>	<b>2.035,88</b>	<b>152.823,85</b>		

Fuente: Hlap Mdeo - Proyeccion y Calculo: Investigadores/2018



## 6.8. ANÁLISIS COMPARATIVO RED VALLE – HLAP

Con la información general registrada en las tablas anteriores, se efectuó análisis comparativo de la Unidad de Pago por Capitación contratada por el HLAP – ESE con las EAPB'S; y el valor total general de ventas reportado por la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Regimen Subsidiado del Departamento del Valle del Cauca; a la Secretaria Departamental de Salud del Valle, en cumplimiento de la resolución 2193; según registros consolidados en la Tabla 42 y 43, de la misma fuente y el anexo 2.

**Tabla 42:  
Contratación Red Publica HLAP – ESE 2017**

Nº	Nivel de Atención por Complejidad	Recursos Garantizados Red Publica de Salud del Pacifico		Recursos Estimados Red		Contratacion Red Publica HLAP ESE		
		Valor Contratado	%	Valor Facturado	%	Valor Deflatado Ipc	Recursos Contratados Neto Facturado	%
1	Alta Complejidad				0,00%	-	-	0,00%
2	Mediana Complejidad			-	0,00%	-	-	0,00%
3	Baja Complejidad	31.300.751.146	19,87%	31.300.751.146	19,87%	1.799.793.191	29.500.957.955	18,73%
	<b>Total</b>	<b>31.300.751.146</b>	<b>19,87%</b>	<b>31.300.751.146</b>	<b>19,87%</b>	<b>1.799.793.191</b>	<b>29.500.957.955</b>	<b>18,73%</b>
4	Recursos Red Publica	86.949.896.576	55,20%					
5	<b>Diferencia 60%</b>	<b>- 55.649.145.430</b>	<b>-35,33%</b>	<b>- 55.649.145.430</b>	<b>-35,33%</b>		<b>57.448.938.620</b>	<b>36,47%</b>
6	Recursos Atención en Salud	157.517.928.580	100%					
	<b>Saldo</b>	<b>126.217.177.433</b>	<b>80,13%</b>	<b>126.217.177.433</b>	<b>80,13%</b>	<b>155.718.135.389</b>	<b>128.016.970.624</b>	<b>81,27%</b>

Fuente: Contratacion HLAP 2017. Calculo y Proyecciones: Investigadores

**Tabla 43:  
Contratación Red Publica del Valle del Cauca 2017**

Nº	Nivel de Atención por Complejidad	Recursos Garantizados de la Salud		CONTRATACION RED PUBLICA DEL VALLE DEL CAUCA		Valor Recursos Estimados Red		
		Valor Contratado	%	Valor Facturado	%	Valor Ipc	Recursos Estimados Red Neto Facturado	
1	Alta Complejidad	73.900.600.000	5,82%	56.937.590.609	4,48%	3.273.911.460	53.663.679.149	4,22%
2	Mediana Complejidad	86.554.571.493	6,81%	112.684.267.097	8,87%	6.479.345.358	106.204.921.739	8,36%
3	Baja Complejidad	167.628.042.729	13,19%	190.080.915.836	14,96%	10.929.652.661	179.151.263.175	14,10%
	<b>Total</b>	<b>328.083.214.222</b>	<b>25,82%</b>	<b>359.702.773.542</b>	<b>28,31%</b>	<b>20.682.909.479</b>	<b>339.019.864.063</b>	<b>26,68%</b>
4	Recursos Red Publica	762.320.661.817	60,00%					
5	<b>Diferencia 60%</b>	<b>- 434.237.447.595</b>	<b>-34,18%</b>	<b>402.617.888.275</b>	<b>31,69%</b>		<b>423.300.797.753</b>	<b>33,32%</b>
6	Recursos Atención en Salud	1.270.534.436.361	100%					
	<b>Saldo</b>	<b>942.451.222.139</b>	<b>74,18%</b>	<b>910.831.662.819</b>	<b>71,69%</b>	<b>1.249.851.526.882</b>	<b>931.514.572.298</b>	<b>73,32%</b>

Fuente: Reporte 2193. Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca  
Calculo y Proyecciones: Investigadores

De estos registros, se logró determinar que los Recursos de Atención de la Salud

del Distrito de Buenaventura equivalen al **13.37%** del total Recursos reportados por la Red Pública del Departamento; cifra que permitió corroborar la gran dimensión del Mercado Integral de la Salud de Esta Región.

No obstante, Las ventas registradas por el HLAP – ESE representan el **2.66%** de los recursos del mercado de la red pública de prestadores del Valle del Cauca y el **18.73%** neto de los recursos garantizados por el MSPS para garantizar la salud de la población subsidiada del Distrito de Buenaventura; mientras que el **81.27%** del total de los recursos garantizados se desconoce en que en otros niveles de complejidad fueron invertidos o con que otras IPS públicas o privadas fueron contratados; a diferencia del reporte de la resolución 2193 el **71.23%** de estos recursos no fueron invertidos en la Red Pública.

#### **6.9. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y GIRO DIRECTO**

En cuanto a las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado de Salud del distrito de Buenaventura; se pudo verificar y consolidar mediante el registro de liquidación mensual de afiliados por EPS y entidad territorial periodo diciembre enero de 2017; que la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social – ADRES; giro a las EPS vinculadas a este ente territorial recursos por valor de **\$ 153.711.698.577,85**.

La principal fuente de financiación de estos recursos se terminó que eran, el Sistema General de Participaciones con un **41.36%** y los Aportes del Presupuesto General de la Nación con un **51.86%**; siendo los recursos de Esfuerzo Propio del Ente territorial o Distrito los de menor aporte de participación con un **1.66%**.

De estos recursos el **96.14%**, fueron girados a las EPS Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas; y el **3.86%** restante a 14 EPS que comparten junto con las citadas el Mercado Integral de Salud. Ver Tabla 44.

De los recursos girados por ADRES a las EPS Asmetsalud, Coosalud, Emssanar y Mallamas; estas según el reporte de giro directo a IPS, giraron al HLAP la suma de **\$ 28.482.545.485,00** (ver Tabla 45 y grafica 46), por concepto de venta de servicios de Atención Primaria en Salud modalidad Cápita; recursos que equivalen al **19.27%** del total recursos recibidos de ADRES.

De igual manera los recursos girados por las EPS a La IPS HLAP equivalen al



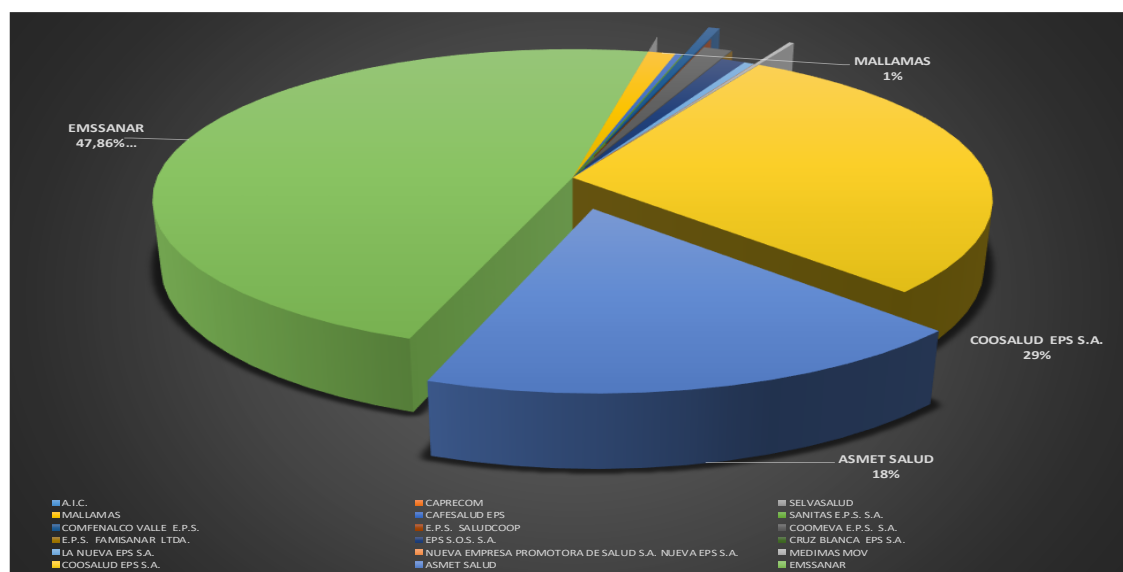
**91.00%** del total de los contratos suscritos (**\$ 31.300.751.146**); y al **18.08%** del Total de los recursos Asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social para la cobertura del Plan de Beneficios del Distrito de Buenaventura, para la atención en salud; y al **32.76%** de los recursos bases de contratación con la Red Pública.

**Tabla 44:  
Reporte Giro Directo IPS HLAP 2017**

Mes de Proceso	Tipo Contratación	Cód. EPS	Nombre EPS	Giro Total	
Enero - Diciembre 2017	Capitación	ESS062	ASMET SALUD	5.057.071.469,00	17,75%
Enero - Diciembre 2017	Capitación	ESS024	COOSALUD	8.455.334.266,00	29,69%
Enero - Diciembre 2017	Capitación	ESS118	EMSSANAR	14.456.660.871,00	50,76%
Enero - Diciembre 2017	Capitación	EPSI05	MALLAMAS	513.478.879,00	1,80%
<b>TOTAL GIRO DIRECTO</b>				<b>28.482.545.485,00</b>	<b>100%</b>

Fuente: ADRES/18

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos del giro directo de ADRES – MSPS 2018.



**Gráfica 46: Fuentes de Financiación Giro Directo EAPB'S Hlap 2017**

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos del giro directo de ADRES – MSPS 2018.

**Tabla 45:  
Fuente de Financiación ADRES Hlap 2017**

DANE	DEPTO	MUNICIPIO	CODIGO EPS	NOMBRE EPS	RECURSOS ESFUERZO PROPIO A GIRAR POR ENTIDADES TERRITORIALES	ESFUERZO PROPIO MUNICIPIO	RECURSOS ESFUERZO PROPIO GIRADO ADRES - COLIJUEGOS*	RECURSOS ESFUERZO PROPIO GIRADO FOSYGA - FONPET*	RECURSOS SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES	APORTES DEL PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACION Y/O ADRES	TOTAL LIQUIDACION EN ENERO 2017	TOTAL LIQUIDACION EN ENERO 2017
76106	VALLE		EPSI03	A.I.C.	3.452	3.452	2.404	16.516	84.460	27.649	137.933	0,00%
76107	VALLE		EPS020	CAPRECOM	-	-	-	-	-	(5.613.628)	(5.613.628)	0,00%
76108	VALLE		EPS031	SELVASALUD	-	-	-	-	-	(4.026.730)	(4.026.730)	0,00%
76109	VALLE		EPSI05	MALLANAS	31.267.009	31.267.009	21.462.308	42.576.556	780.148.547	977.120.702	1.883.842.131	1,23%
76109	VALLE		EPSM03	CAREXALUD EPS	8.017.284	8.017.283	5.390.617	18.832.954	202.321.047	236.797.720	479.376.905	0,31%
76109	VALLE		EPS005	SANITAS E.P.S. S.A.	195.727	195.727	130.949	260.853	4.869.236	6.135.995	11.788.488	0,01%
76109	VALLE		EPSS12	COMFENALCO VALLE E.P.S.	13.491.977	13.491.977	9.299.571	18.493.628	335.728.425	422.279.825	812.785.403	0,53%
76110	VALLE		EPSS13	E.P.S. SALUDCOOP	-	-	-	-	-	(173.240)	(173.240)	0,00%
76109	VALLE		EPSS16	COOMEVA E.P.S. S.A.	32.468.991	32.468.991	22.107.633	41.678.699	810.504.190	1.018.245.428	1.957.473.932	1,27%
76110	VALLE		EPSS17	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	1.137	1.137	611	-	27.815	37.207	67.907	0,00%
76109	VALLE		EPSS18	EPS S.O.S.S.A.	27.023.761	27.023.761	18.549.078	35.133.380	671.383.548	849.511.553	1.628.625.081	1,06%
76110	VALLE		EPSS23	CRUZ BLANCA EPS S.A.	-	-	-	-	-	(191.788)	(191.788)	0,00%
76109	VALLE		EPSS37	LA NUEVA EPS S.A.	11.534.128	11.534.128	7.917.844	15.323.159	286.915.394	361.749.765	694.974.418	0,45%
76110	VALLE		EPSS41	NUEVA EMPRESA PROMOTIC	13.415	13.416	17.676	152.595	328.269	(385.674)	139.697	0,00%
76109	VALLE		EPSS44	MEDIMAS MOV	5.946.716	5.946.716	4.273.997	-	145.515.156	199.402.699	361.085.284	0,23%
76109	VALLE		ESS024	COOSALUD EPS S.A.	736.259.488	736.259.487	509.299.572	1.026.823.978	18.340.022.116	23.005.231.778	44.353.896.419	28,86%
76109	VALLE		ESS062	ASMET SALUD	464.396.688	464.396.688	320.950.745	652.693.593	11.566.861.412	14.506.956.903	27.976.256.028	18,20%
76109	VALLE		ESS118	EMSSANAR	1.221.039.177	1.221.039.176	843.718.652	1.709.182.089	30.423.626.326	38.142.648.919	73.561.254.339	47,86%
<b>TOTL GENERAL</b>					<b>2.551.658.949,00</b>	<b>2.551.658.947,38</b>	<b>1.763.121.657,00</b>	<b>3.561.168.000,00</b>	<b>63.568.335.940,00</b>	<b>79.715.755.084,47</b>	<b>153.711.698.577,85</b>	<b>100%</b>
					<b>1,66%</b>	<b>1,66%</b>	<b>1,15%</b>	<b>2,32%</b>	<b>41,36%</b>	<b>51,86%</b>	<b>100%</b>	

\* NOTA: A partir del mes de octubre de 2013 los recursos que mensualmente giraba COLIJUEGOS a los municipios, se giran a través del Mecanismo Unico de Recaudo y Giro del Régimen Subsidiado (FOSYGA) directamente a las EPS e IPS y por consiguiente las entidades territoriales deben ejecutarlos como esfuerzo propio sin situacion de fondos.

El recurso de esfuerzo propio girado por FOSYGA - FONPET, obedece al desahorro de los recursos FONPET reconocidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para cada entidad territorial.

En este mismo orden, en el presupuesto de ingresos por concepto de ventas de servicios y tecnologías en salud; se encontraron hallazgos concernientes a la planeación, ejecución, control, manejo y vigilancia de las finanzas públicas; lo que dejó entrever que el Hospital Luis Ablanque de la Plata no empleó las Herramientas de Administración y de Gestión Financiera adecuadas, entre ellas el Plan Operativo Anual de Inversiones y el Plan Anualizado de Caja; desconociendo que estas herramientas “contienen elementos conceptuales, y propuestas normativas que facilitan a los funcionarios, elaborar y adoptar un presupuesto que se ajuste a la necesidad” del Hospital, respetando los lineamientos legales y técnicos relacionados con la Ley de Responsabilidad fiscal.

Parte de este débil sistema de gestión financiera se ilustra en la Tabla 46 y 47, que se relaciona a continuación; en la cual con los datos del Sistema de Información Hospitalario - SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social; se observó que el HLAP – ESE, confeccionó y definió un presupuesto de ingresos para el año 2017 por valor de **\$ 61.166** millones de pesos, de los cuales, el **53,66%** correspondían a las ventas de servicios de salud del régimen subsidiado, y el **43,34%** restante lo dejó al vaivén de otros aportes no ligados a la venta de servicios y otros nichos de mercado poco explorados por la empresa.

De este total presupuestado, se reconoció el **88,96%** de ingresos y de estos, el **40,42%** siguió siendo apalancado por fuentes de financiación provenientes de mercados poco explorados por el hospital.

Del valor presupuestal reconocido de ingresos, el HLAP – ESE recaudó recursos equivalentes al **75,71%**; siendo el renglón de venta de servicios y tecnologías del régimen subsidiado en salud por capitación, el que más ingresos aportó con un **73,86%** del total recaudados generado.

Es decir, que el HLAP – ESE recaudó el **97,21%** del total de las ventas realizadas a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado de primer nivel de complejidad durante el año 2017; que fueron de **\$ 31.300** millones de pesos, en gran parte debido al Giro Directo realizado por la agencia Administradora de los Recursos de la Salud – ADRES, y no a una excelente gestión de cartera y cobranza.

Sobre el presupuesto inicial definido de ventas, el HLAP – ESE, realizó contratación por valor de **\$ 34.649** millones pesos; de este rubro, la principal fuente generadora de ingresos la constituyó la venta de servicios de salud del

régimen subsidiado de baja complejidad o Atención Primaria en Salud con un **90,36%** del total ventas.

Sin embargo, como se refleja en la tabla 45, el hospital realizó facturación por favor de **\$ 37.160** millones de pesos; presentando un incremento en facturación del **7.24%** debido al reajuste de la Unidad de Pago por Capitación del primer trimestre del año.

Cabe señalar, que este incremento real en la facturación de los servicios, fue causado por el envío oportuno de las entidades pagadoras de las facturas proforma, mediante la cual liquidaban y presentaban al hospital los valores a cobrar en el respectivo mes.

**Tabla 46:  
Ingresos Hospital Luis Ablanque de la Plata 2017**

N°	Concepto	Definido	Reconocido	Recaudo	Recaudo Vigencias Anteriores
1	Disponibilidad Inicial	2.012.191.236,00	2.012.191.236,00	2.012.191.236,00	-
2	Ingresos Corrientes	54.354.498.719,00	49.981.041.055,00	39.047.253.778,00	2.285.169.738,00
3	Venta de Servicios de Salud	39.010.972.077,00	38.228.987.424,00	33.145.032.778,00	2.285.169.738,00
4	Régimen Subsidiado	32.820.779.162,00	32.421.595.868,00	30.426.512.455,00	2.064.149.568,00
5	Régimen Contributivo	112.000.000,00	53.632.331,00	-	52.200,00
6	Atención a PUNA	4.109.525.104,00	4.083.468.977,00	2.152.050.872,00	193.650.833,00
7	PP no afiliada al Régimen Subsidiado	4.109.525.104,00	4.083.468.977,00	2.152.050.872,00	193.650.833,00
8	Serv/tec sin cobertura en el POS al R/S	-	-	-	-
9	SOAT (diferentes a ECAT)	54.860.425,00	54.860.425,00	23.236.544,00	16.359.516,00
10	ADRES (Antes FOSYGA)	-	-	-	-
11	Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	1.370.581.884,00	1.183.631.613,00	473.452.645,00	-
12	Otras ventas de servicios de Salud	543.225.502,00	431.798.210,00	69.780.262,00	10.957.621,00
13	Cuotas de recuperación (Vinculados)	43.225.502,00	40.095.600,00	40.095.600,00	-
14	Cuotas moderadoras y copagos	-	-	-	-
15	Otras ventas de servicios de salud	500.000.000,00	391.702.610,00	29.684.662,00	10.957.621,00
16	Total Aportes (No ligados a vía de servicios)	15.343.526.642,00	11.752.053.631,00	5.902.221.000,00	-
17	Aportes de la nación No ligados a vía de s/vicios	15.343.526.642,00	11.752.053.631,00	5.902.221.000,00	-
18	Otros Aportes de la Nación no ligados a venta SS	15.343.526.642,00	11.752.053.631,00	5.902.221.000,00	-
19	Otros Ingresos	165.215.409,00	135.823.914,00	135.823.914,00	-
20	Cuentas por cobrar Otras vigencias	4.634.932.267,00	2.285.169.738,00	-	2.285.169.738,00
<b>Total de Ingresos</b>					
		<b>61.166.837.654,00</b>	<b>54.414.225.966,00</b>	<b>41.195.268.951,00</b>	<b>2.285.169.738,00</b>
		<b>100%</b>	<b>88,99%</b>	<b>75,71%</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de SIHO – MSPS 2018

**Tabla 47:  
Facturación Hospital Luis Ablanque d la Plata 2018**

Codigo	Concepto	Contratado	Facturado	Recaudo	Recaudo Vigencias Anteriores	Total Recaudo
53	Régimen Contributivo	-	60.186.704	-	52.200	52.200
54	Régimen Subsidiado	31.309.176.344	32.365.797.390	30.426.512.455	2.064.149.568	32.490.662.023
55	Pop/Pbre en lo Cubierto con Subsidio a demanda	2.157.090.000	2.811.849.115	2.152.050.872	193.650.833	2.345.701.705
56	Poblacion Pobre no afiliada al Régimen Subsidiado	2.157.090.000	2.811.849.115	2.152.050.872	193.650.833	2.345.701.705
57	Serv/tec sin Cobertura en el POS a los Afiliados R/S	-	-	-	-	-
58	SOAT (diferentes a ECAI)	-	61.681.421	23.236.544	16.359.516	39.596.060
59	ADRES (Antes FOSVGA)	-	-	-	-	-
409	Plan de Intervenciones Colectivas (antes PAB)	1.183.631.613	1.443.457.563	473.452.645	-	473.452.645
60	Otras Ventas de Servicios de Salud	-	417.296.849	69.780.262	10.957.621	80.737.883
61	<b>Total Ventas Servicios de Salud</b>	<b>34.649.897.957</b>	<b>37.160.269.042</b>	<b>33.145.032.778</b>	<b>2.285.169.738</b>	<b>35.430.202.516</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de SIHO – MSPS 2018

## 6.10. HALLAZGOS

En el desarrollo del proceso investigativo de este informe final, se pusieron a prueba múltiples conceptos teóricos que permitieron validar y sustentar la idea central de esta propuesta investigativa; y obtener diferentes hallazgos, como resultado del proceso metodológico desarrollado en esta labor académica.

Estos, son expuestos a continuación, como el resultado del ejercicio de Evaluar la UPC'S contratada por el HLAP – ESE con las EAPB'S vinculadas al Distrito de Buenaventura durante el año 2017; los cuales inciden en la generación de ingresos por conceptos de venta de servicios, bajo la modalidad de Capitación.

- El HLAP – ESE, realizó ventas al **40%** de las EAPB'S del Régimen Subsidiado vinculadas al distrito de Buenaventura; dejando de percibir ingresos de un mercado de **\$ 6.879** millones como recursos Asignados y Garantizados por el MSPS para la APS de la población bonaverense.
- Se encontró que el HLAP – ESE, presentó servicios de Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo Habilitados; pero que no fueron contratados, ni ofertados en el Portafolio de Servicios a las EAPB'S.
- Se encontró Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo que son necesarios para los grupos de riesgos y ruta materna perinatal según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la guía práctica clínica no habilitados.
- Se identificó Tecnologías que fueron facturadas por el HLAP – ESE como servicios prestados a los usuarios contratados afiliados a las EAPB'S pero que no fueron contratados con estas.
- Se encontró que el HLAP – ESE, alcanzó una meta de cumplimiento del **25%** promedio de la programación de actividades, procedimientos e intervenciones de Protección Específica y Detección Temprana de Promoción y Promoción, contratadas con las EAPB'S.
- El HLAP – ESE realizó venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud y Servicios complementarios, por debajo del incremento del IPS del Sector Salud, desconociendo el efecto de la inflación en la pérdida del poder adquisitivo de la UPC'S.

## 7. CONCLUSIONES

El estudio realizado sobre la **“Evaluación de la Unidad de Pago por Capital contratada por el Hospital Luis Ablanque de la Plata Empresa Social del Estado con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado del Distrito de Buenaventura durante la vigencia Fiscal 2017”** compilado en este informe; después de analizar, contrastar, confrontar y evaluar la composición de los resultados de los datos obtenidos y consolidados, con diferentes fuentes de información; ha permitido validar los objetivos propuestos y llegar a las siguientes conclusiones que se exponen a continuación:

### **FRENTE AL OBJETIVO GENERAL:**

Desde esta perspectiva, las EAPB'S vinculadas al Distrito Especial Portuario, Biodiverso y Ecoturístico de Buenaventura; contrataron con el HLAP – ESE, para la prestación de servicios medico asistenciales de APS, mediante la modalidad de capitación, el **19.87%**, del Total de los Recursos Asignados y Garantizados por el gobierno nacional a la Red Pública de Salud del Pacifico del Valle del Cauca mediante la UPC'S Diferencial asignada a Buenaventura en el año 2017; los cuales equivalen al **21.59%** del subtotal de los recursos para la atención en Salud de la Unidad de Pago por Capitalización Descontada, y al **35.98%** de los recursos que por ley las EPS'S deben contratar con la Red Pública.

### **FRENTE A LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

La UPC'S contratada por las EAPB'S con el HLAP - ESE durante el año 2017, fue de **\$ 16.996.54** mensuales por usuario y de **\$ 566.55** diarios, que equivalen al **24.27%** de la UPC'S Diferencial nominal reglamentada por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 6411 de 2016.

La **Caracterización de Riesgo Alto** del HLAP – ESE; efectuada por el Ministerio de Salud y Protección social en ejercicio de sus facultades legales, (...) “teniendo en cuenta sus condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera, a partir de sus indicadores financieros sin perjuicios de la evaluación de los indicadores de salud (...) y la (...) información presupuestal y financiera reportada por el HLAP – ESE, consolidada, validada y presentada por los entes territoriales de salud (...); no es resultado del valor nominal o porcentual de la Unidad de Pago por Capitalización contratada con las EAPB'S vinculadas al Distrito



de Buenaventura.

Es decir, la UPC´S contratada con las EAPB´S, no tuvo ***Incidencia*** directa en la caracterización del Riesgo Financiero Alto del HLAP – ESE; esta calificación asignada, se debió al mal manejo dado a los Recursos obtenido por concepto de Venta de servicios por parte de los mandatarios de turnos que presentó el hospital en los últimos seis años (2012 – 2018); periodo en el cual, registró **1.5** gerentes por año.

El Valor Real Promedio de la UPC´S contratado por el HLAP – ESE con las EAPB´S durante el año 2017 fue de **\$ 16.996.54**; mientras que el Valor Promedio Ponderado contratado fue de **\$ 17.098.39** per cápita.

Según los registros analizados, el HLAP – ESE, contrató con las EAPB´S la Atención de Salud del **80.72%** de la población total subsidiada del Distrito de Buenaventura; a un valor percapita promedio de **\$ 16.996.54** UPC´S.

En cuanto al portafolio de Servicios y Tecnologías de APS ofertado por el HLAP – ESE; las principales ventas por UPC´S realizadas por afiliado, fueron:

Recuperación de la Salud:

Atención Morbilidad General/Medicina Gral. a **\$ 2.685,48** c/u

Recuperación de Salud Oral a **\$ 2.111,43** c/u

Servicio Farmacéutico – Medicamentos a **\$ 1.939,69** c/u

Urgencias Médicas a **\$ 1.564,03** c/u

Laboratorio Clínico a **\$ 1.318,14** c/u

Promoción y Prevención:

Atención Materno Perinatal. a **\$ 1.141,29** c/u

Fomento Salud - Adultez 29 - 59 Años a **\$ 950,00** c/u

Fomento Salud - Adolescencia 12 – 17 a **\$ 763,27** c/u

Dt Cáncer de Cuello Uterino a **\$ 617,43** c/u

Plan Ampliado de Inmunización a **\$ 607,62** c/u

De igual manera, Los resultados obtenidos al analizar las bases de datos suministradas por la EAPB´S, como soporte de los contratos suscritos con el HLAP – ESE, muestran que los principales grupos etarios clasificados por

quinquenios dentro de la población contratada durante el año 2017, fueron:

Hombres y Mujeres de 19 a 44 años de edad el **40.38%**

Menores de edad de 5 a 14 años el **20.94%**

Hombres y Mujeres de 15 a 18 años de edad el **9.21%**

Menores de edad de 1 a 4 años el **6.31%**

Adultos de 45 a 49 años de edad el **4.81%**

#### **FRENTE A LA RED INTEGRADA DE IPS PUBLICAS DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA:**

De acuerdo a la información obtenida de la Secretaria Departamental de Salud del Valle del Cauca, se realizó análisis comparativo de la UPC'S contratada por las EAPB del Régimen Subsidiado, con el HLAP – ESE y el valor total contratado con la Red Integrada de Prestadores de Servicios de Salud del Régimen Subsidiado del Departamento del Valle del Cauca; se logró determinar que los Recursos Asignados y Garantizados para la Atención en Salud del Distrito de Buenaventura representaron el **13.37%** del Total de los Recursos Asignados y Garantizados para la Atención del régimen subsidiado del resto del departamento.

Que las EPS'S solo invirtieron en la Red Pública de Hospitales del Valle para la atención de la baja, mediana y alta complejidad el **28.77%** del valor neto del Total de los recursos garantizados para la atención en salud, en tanto que por el mismo concepto invirtieron en la Red Pacífico el **18.73%**.

Del mismo modo se observó, que mientras en el departamento del Valle del Cauca las EPS'S se están quedando con el **71.23%** neto de los recursos destinados a la atención de la salud del pueblo vallecaucano, para colocarlos o invertirlos en otras IPS Particulares; en el Distrito de Buenaventura se están quedando con el **81.27%**.

#### **FRENTE AL MERCADO INTEGRAL DE SALUD:**

El Proceso de compraventa de Servicios y Tecnologías de Salud en el Mercado Integral de Salud, mueve la economía del mercado del SGSSS del Distrito Especial de Buenaventura; a través de un amplio, surtido y variado Portafolio de Servicios de Atención Primaria y de Servicios Complementarios que ofertan las IPS'S a las EAPB'S mediante la suscripción de un pacto solemne denominado Acuerdo de Voluntades; es una carta de intención mañosa de descapitalización

de la Red de Hospitales públicos de la región mediante el sistema de contratación de **Población Compartida**.

Mecanismo con el cual las EAPB'S contratan con el HLAP – ESE el **100%** de la población afiliada registrada en la BDUA, con los servicios más demandados por los usuarios y de menor precio o tarifa del mercado, (P y P); y el **50%** de la población afiliada, a un valor unitario en promedio menor o inferior al **50%** (**\$ 6.905.72**) de los servicios más costos del mercado.

El Proceso de Venta de servicios de APS del HLAP – ESE con las EAPB'S, durante el año 2017, fue adelantado mediante la modalidad de contratación por Capitación; sistema que representó la mayor fuente de ingresos del hospital, y le permitió garantizar el cumplimiento de su objeto social.

La Posición dominante que tiene el HLAP por ser una ESE, ha impedido que fortalezca las ventajas competitivas que le brinda el Mercado Integral de la Salud del Distrito de Buenaventura; situación que lo ha conducido a ignorar la competencia y a posicionarse como una marca sólida en la región.

El HLAP – ESE, desconoce el **Nivel de Competitividad** que tienen cada uno de los productos de su Portafolio de Servicios y Tecnologías que oferta a la comunidad bonaverense a través de las EAPB'S; situación que lo ha llevado a desaprovechar la gran **Ventaja Competitiva Estructural** que le brinda contar con la mayor y mejor red hospitalaria de la Red Pacífico del Departamento del Valle del Cauca; como resultado de las decisiones tomadas por la alta dirección que lo han inducido a un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, y a la pérdida de la credibilidad que ofrece su **Ventaja Competitiva Funcional**.

## 8. RECOMENDACIONES

Finalizado el estudio investigativo “Evaluación de la Unidad de Pago por Capitación Contratada por el Hospital Luis Ablanque de la Plata con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios del Régimen Subsidiado 2017”; y analizados los resultados y Hallazgos encontrados, que permitieron validar los objetivos trazados y llegar a la conclusión que, la Caracterización de Riesgo Alto del HLAP como Empresa Social del Estado; efectuada por el Ministerio de Salud según la información presupuestal y financiera reportada; **No** es resultado del valor nominal o porcentual de la UPC´S contratada con las EAPB´S vinculadas al Distrito de Buenaventura.

Particular respecto del cual se recomendó adelantar las siguientes acciones:

Aprovechar como ventaja competitiva que le brinda el Mercado Integral de la Salud, las directrices del artículo 31 de la Ley 1122 de 2007 que prohíbe la Prestación de Servicios Asistenciales de Salud a los Entes Territoriales; para así, incrementar las fuentes de ingresos por concepto de contratación de las Actividades del Plan de Intervenciones Colectivas; en aras de mejorar la sostenibilidad y viabilidad financiera del HLAP – ESE y fortalecer el flujo de efectivo de caja.

Cumplir como Institución Prestadora de Servicios de Salud con los requisitos mínimos de contratación; como mecanismo para negociar y exigir a las Entidades Pagadoras una mejor contratación, con tarifas y precios nominales y porcentuales de la UPC´S igual o superior al 60% del valor a contratar con la red pública, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud.

Analizar la producción y los costos de prestación de los servicios de salud a la población contratada por capitación; debido a que existen gran diferencia, entre el consumo de los servicios demandados por los usuarios de las EAPB´S; y la distribución porcentual o nominal de la UPC´S negociada con las Entidades pagadoras.

Realizar estudio comparativo entre el precio de venta de los servicios negociados con las EAPB´S; el precio con el cual se transan dichos servicios a tarifa SOAT; y el costo de producción y venta real del HLAP – ESE; para determinar el valor de oportunidad del mercado.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Álzate Gómez Juan Gonzalo, Mercadeo Integral en servicios de salud, Editorial Ces 2007, Página 19, marzo 15 de 2018.
2. Castaño Ramón Abel, Mecanismos de Pago en salud, Editorial Ecoe Ediciones 2014, Página 1, marzo 15 de 2018.
3. Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 1755 de 2017, Por la cual se efectúa la categorización del riesgo de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial para la vigencia 2017 y se dictan otras disposiciones, Bogotá, Minsalud, marzo de 2018.
4. Estupiñán Gaitán Rodrigo, Estado de flujos de efectivo y de otros flujos de fondos, Editorial Ecoe Ediciones 2009, Página 3, diciembre 15 de 2018.
5. Martínez Mauricio Leuro, Facturación y Cartera por ventas de servicios de salud, Bogotá, Grupo Ecomedios 2005, página 13, marzo 2018.
6. Mejía García Braulio, Gerencia de Procesos para la organización y el control interno de empresas de salud, cuarta edición, Bogotá, Editorial Ecoe Ediciones 2004, marzo de 2018, página 1.
7. Riaño Gamboa German, Auditoria de la Gestión en Salud un reto a la excelencia en el nuevo milenio, Bogotá 2004, Grupo Ecomedios, pagina 7, marzo 2018.
8. Martínez Mauricio Leuro, Auditoria de Cuentas Medicas, Bogotá 2005, Grupo Ecomedios, página 14, marzo 2018.
9. Mejía García Braulio, Auditoria Medica, para la garantía de la calidad, Editorial Ecoe Ediciones 2004, página 3, marzo de 2018.
10. Restrepo Diego A., López Luis E., La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia 2012. Marzo 2018.
11. Nates Solano Félix Régulo, Unidad de Pago por Capitación, Upc. Junio 2018, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Viceministerio de Protección Social. Página 12, marzo 2018.
12. Aportes en Línea. Soluciones que Transforman. Histórico Unidad de Pago por Capitación Adicional, diciembre 2018.

13. Restrepo Diego A., López Luis E., La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia 2012. Marzo 2018 pagina 1.
14. Caicedo Hurtado María Isabel: Redes de contratación de servicios de salud en Colombia: Universidad del Valle Departamento de Economía 2013. Marzo 2018.
15. Giraldo Velásquez Leopoldo A. La contratación por capitación en el régimen subsidiado en 8 empresas sociales del estado de primer nivel de atención en Antioquia. 2006. marzo 2018, página 32.
16. Vega Vargas William Javier, Lo nuevo en la compra de servicios de salud, acuerdos de voluntades para la prestación de servicios salud. Bogotá 2007, marzo 2018, página 5, 165.
17. Comisión de Regulación en Salud – CRES, Estudio técnico para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado para la unificación de los planes de beneficios del grupo de 18 a 59 años, 2012. Bogotá, marzo 2018.
18. Mejía García Braulio, Auditoria Medica, para la garantía de la calidad, Editorial Ecoe Ediciones 2004, Bogotá, marzo de 2018, página 14.
19. Caicedo Hurtado María Isabel: Redes de contratación de servicios de salud en Colombia: Universidad del Valle Departamento de Economía 2013. Marzo 2018
20. Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz, Ramírez Moreno Jaime; Proyecto Determinación de los precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al Sistema general de seguridad social de salud. marzo 2018, página 3, 20, 269.
21. Arroyave Zuluaga Iván Darío, La Organización de la Salud en Colombia, publicación del Periódico el Pulso, Hospital Universitario San Vicente de Paul 2009, marzo de 2018, página 15.
22. Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud. - Primer Informe sobre la Situación actual de las EPS, publicado en 2011.
23. Toro Torres Dilian Francisca, Lesmes Duque María Cristina, Red Integrada de Prestadores de Servicio de Salud para la Atención Integral

de Usuarios del Régimen Subsidiado Departamento del Valle del Cauca, Editorial Cimpretics 2018, marzo 2018.

24. Beltrán López Ulahy, Contratación de servicios y tarifas en salud en el 2015 en Colombia, Contratación de servicios y tarifas en salud en el 2015. Opinión y Salud, marzo 2018.
25. Méndez A. Carlos E. Metodología, guía para elaborar diseños de investigación en ciencias económicas, contables, administrativas, Mc Graw Hill 1992, página 65, marzo 2018.
26. Cerda Hugo, Los Elementos de la Investigación, editorial el Búho 2000, página 170, marzo de 2018.
27. Honorable Concejo Municipal de Buenaventura, Acuerdo 015 de 1998 mediante el cual crea El Hospital Municipal Luis Ablanque de la Plata, Gaceta Municipal, Buenaventura 1998, pagina 1, marzo 2008.
28. Fernando Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz, Ramírez Moreno Jaime, Precios y contratos en salud Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos; Bogotá, Colombia Marzo 2008, Ministerio de la Protección Social – MPS, pagina 52, 133, marzo de 2018.
29. Castro Marco, Gómez Xinia, Monestel Pamela, Poveda Karla; Mercadeo Social en Salud, Costa Rica. Ministerio de Salud, Primera edición San José, Costa Rica: 2014, marzo 2018.
30. Merlano Porras Carlos Andrés, Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura, marzo 2018.
31. Miller Frank, Deal Michel, Gaviria Juan Felipe, Modelo de Control Interno para entidades del Estado 2004, Usaid Casals y Assciatrd inc Eafit, Impresol Ediciones Ltda. Página 15 el 24/03/2018 a las 21:17 pm.
32. Icontec, Guía Básica para la Acreditación en Salud, Bogotá 2005, Legis s.a., marzo 2018.
33. Donabedian, Avenís, The seven of quality, Arch Pathol lab med 1990, articulo Volumen 1, marzo 2018.
34. Kerguelén Carlos Alfonso, Calidad en Salud ¿Qué es?, Centro de Gestión Hospitalaria 2003, página 14, marzo 2018.
35. Tabla Guillermo, Guía para Implementar la Norma Iso 9000 para

empresas de todos tipos y tamaños, México 1998, Mcgraw-Hill, marzo 2018.

36. Peña Álzate Oscar. 1994 Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Página 13 - 24/03/2018 a las 22:10 pm.
37. Arroyave Zuluaga Iván Darío, La Organización de la Salud en Colombia, publicación de el Periódico el Pulso, Hospital Universitario San Vicente de Paul 2009, marzo de 2018, página 3, 15.
38. Nates Solano Félix Régulo, Unidad de Pago por Capitación, Upc. Junio 2018, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Viceministerio de Protección Social. Página 12, marzo 2018.
39. Nates Solano Félix Régulo, Unidad de Pago por Capitación, Upc. Junio 2018, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Viceministerio de Protección Social. Página 12, marzo 2018.
40. Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud, Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para el año 2017. Marzo 2018.
41. Nates Solano Félix Régulo, Unidad de Pago por Capitación, Upc. Junio 2018, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud Viceministerio de Protección Social. Página 12, marzo 2018.
42. Fernando Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz, Ramírez Moreno Jaime, Precios y contratos en salud Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos; Bogotá, Colombia Marzo 2008, Ministerio de la Protección Social – MPS, página 133, 309, marzo de 2018.
43. Muñoz Paredes Carlos Felipe, Reenfoco Estratégico, Transición del Sistema de Salud, 2018, Consultorsalud, Asohosval, Colombia 2018.
44. Núñez Jairo, Gonzalo Zapata Juan, Castañeda Carlos, Fonseca Sandra Milena, Ramírez Jaime, La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano, Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro, La imprenta editores s.a. Bogotá 2012, página 9, 69, marzo 2018



45. Castaño Ramón Abel, Mecanismos de Pago en salud, Editorial Ecoe Ediciones 2014, marzo de 2018.
46. Camero Nader Lina María, fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud, Ministerio de Salud y Protección Social, junio 2016, página 9, marzo 2018.
47. Departamento del Valle del Cauca, Secretaria Departamental de Salud, Organización de prestadores de servicios de salud públicos del departamento del Valle del Cauca, Modelo de Red de Servicios, 2016.
48. Toro Torres Dilian Francisca, Lesmes Duque María Cristina, Red Integrada de Prestadores de Servicio de Salud para la Atención Integral de Usuarios del Régimen Subsidiado Departamento del Valle del Cauca, Editorial Cimpretics 2018, Pagina 10, marzo 2018.
49. Alcaldía Distrital de Buenaventura, Distrito Especial, Portuario, Eco turístico, y Biodiverso, Análisis de Situación Modelo de los Determinantes Sociales de Salud, Secretaria de Salud Pública, marzo 2018.
50. Ministro de Salud y Protección Social, Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2016, Pagina 11, marzo 2018.
51. Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz, Ramírez Moreno Jaime, Precios y contratos en salud Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos, Ministerio de Salud y Protección Social, Ladiprint Editorial Ltda. Página 18, 19, marzo 2018.
52. Ramírez Moreno Jaime, Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz; Proyecto Determinación de los precios de mercado de las actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos e insumos que se prestan a los afiliados al Sistema general de seguridad social de salud. marzo 2018.
53. Kotler Philip, Gerald Zaltman, Marketing social: un enfoque para el cambio social planificado, Practice-Hall, Madrid 1971. Marzo de 2018.
54. Ruiz Gómez Fernando, Amaya Lara Liliana, Garavito Beltrán Liz, Ramírez Moreno Jaime, Precios y contratos en salud Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos, Ministerio de Salud y Protección Social, Ladiprint Editorial Ltda. Página 132, 133 marzo 2018.

55. Castro Marco, Gómez Xinia, Monestel Pamela, Poveda Karla; Mercadeo Social en Salud, Costa Rica. Ministerio de Salud, Primera edición San José, Costa Rica: 2014, marzo 2018.
56. Mendive, D. E. (2008). Marketing social. Manual práctico. Buenos Aires: De los cuatro vientos.
57. Madueño Dávila Miguel, Alarcón Villaverde Jorge, Sanabria Montañez Cesar, análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo, Partners for Health Reformplus. PHRplus, Perú. Lima, 2003, página 63. marzo 2018.
58. Riaño Gamboa German, Auditoria de la Salud, un reto a la excelencia en el nuevo milenio, casa editorial grupo ecomedios. Bogota 2004, página 16. marzo 2018.
59. El Congreso de la Republica de Colombia, ley número 1122 de 2007 enero 9, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Bogotá 2007, marzo 2018.
60. El Congreso de la Republica de Colombia, ley número 1438 del 19 de enero de 2011, Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones', Bogotá 2011, marzo 2018.
61. Acosta, Paula; García, Fabián; González, José Luis; Mujica, Ana Virginia; Pinto, Diana; Prada, Carlos Felipe; Rodríguez, Anwar; Roza, Sandra; Santa María, Mauricio; Uribe, María José; Vásquez, Tatiana. Efectos de la Ley 100 en salud Propuestas de reforma, Fedesarrollo, Bogotá, D.C., 2010, página 449, 450, marzo 2018.
62. Peña Álzate Oscar. 1994 Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Página 13 - 24/03/2018 a las 22:10 pm.
63. Ministerio de Salud y Protección Social, Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS junio de 2016. Página 9. marzo 2018.
64. Giedion Úrsula, Bitrán Ricardo, Tristao Ignez, Escobar Liliana, Cañón Oscar, Molins Silvia, Alonso Lucía, Fernández Jorge, Panopoulou Giota, González-Pier Eduardo, Prieto A. Lorena, Cid Camilo, Montañez Vilma, Sabignoso Martin, Bolaño Prado Luis, Planes de beneficios en salud de América Latina: Una comparación regional, Banco Interamericano de

desarrollo división de protección social y salud 2014, página 5, marzo 2018.

65. Gaviria Uribe Alejandro, Adriana Marcela Caballero Otálora, Adriana Cuellar Vargas, Alida Marlen Saavedra González, Claudia Yohana Carvajal Bautista, Danilo Bonilla Morales, Darío Mauricio Díaz Salamanca, Dolores Amparo Valderrama Báez, Dwigth Ospina Agredo, Félix Regulo Nates Solano, Genny Torres Ovalle, Giovanni Cortes, Giovanni Esteban Hurtado Cárdenas, Gustavo Rodríguez Benavides, Juan Carlos Linares Cifuentes, María Vianney Motavita García, Rocio Rodríguez Carrero, Sergio López Calvachi. estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan de beneficios en salud para el año 2016. Bogotá, pagina 13 marzo 2018.
66. Peersman, G. Sinopsis: Métodos de recolección y análisis de datos en la evaluación de Impacto, Síntesis metodológica n.º10, Centro de Investigaciones de UNICEF 2014, Florencia. Marzo 2018.
67. Observatorio Iberoamericano de la Ciencia, la Tecnología y la Sociedad (OCTS-OEI), Red Iberoamericana de Indicadores de Ciencia y Tecnología (RICYT); Manual Iberoamericano de Indicadores de Vinculación de la Universidad con el Entorno Socio económico, Manual de Valencia, 2017. Marzo 2018.
68. Castro Marco, Gómez Xinia, et al 2014, Mercadeo Social en Salud, Ministerio de Salud, Primera edición. Cita a Moshe, E. (03 de Enero de 2008). Youtube. Recuperado el 17 de Enero de 2013, de <http://www.youtube.com/watch?v=kLN3ub3qIJc>. Pagina 27.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1. PLAN DE MEJORAMIENTO:

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES - ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO		Versión: Fecha:							
<b>Proceso/ Subproceso Auditado:</b> Mercado y Contratación - Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías									
<b>Objetivo del Proceso:</b> Establecer las Acciones que permitan mejorar el Proceso de Mercado y Contratación y su Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud en cumplimiento de los preceptos y mandatos que la constitución Nacional y la ley le imponen al Hospital al HLAP como Empresa Social del Estado									
<b>Auditor:</b> Miguel Angel Blandon Bejarano		<b>Rúben Rario Agudelo Loaiza</b>							
<b>Objetivo de la Auditoría:</b> Fortalecer la Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud y de Servicios Complementarios del HLAP - ESE.									
<b>Alcance de la Auditoría:</b> Generar Estrategias para la Implementación eficiente y eficaz del Proceso de Mercado y Contratación de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud del HLAP dentro del Modelo Integral de Planeación de Gestión que le permita mejorar el flujo de ingresos y garantizar su Viabilidad y Sostenibilidad Financiera									
ITEM	¿QUE?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIEN?	¿CUANDO?	EVALUACION				
Componente	Oportunidad de Mejora Descripción/Hallazgo	Acciones de Mejoramiento	Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción ¿Por qué?	Responsable de la Acción	Proceso a Mejorar	Fecha	Seguimiento
7.10.1	Control Estratégico: Hallazgo Administrativo. * El HLAP – ESE, realizó intercambio comercial solo con el 40% de las EPS del Régimen Subsidiado vinculadas al distrito de Buenaventura, dejando de percibir ingresos de un mercado que administra \$ 6.879 millones como recursos Asignados y Garantizados por el MSPS para la Atención Primaria en salud de la población bonaerense, registrada en la BDUA.	Incluir en el Proceso de Comercialización y Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud, todas las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio que Administran los recursos del Régimen Subsidiado del Distrito de Buenaventura	Exigir a todas las EAPB del Régimen Subsidiado vinculadas al Distrito de Buenaventura el cumplimiento del Artículo 16 de la Ley 1122 del 2007 que las obliga a contratar un porcentaje mínimo del 60% de la UPC'S con las ESE DEBIDAMENTE HABILITADA DEL MUNICIPIO.	Numero de EAPB nuevas con las que se suscribieron Acuerdos de Voluntades del Régimen Subsidiado del Distrito de Buenaventura bajo la modalidad de Unidad de Pago por Capitalación.	Mejor las Ventas de Servicios y Tecnologías de APS por Contratación Capital con las EAPB del Régimen Subsidiado de Buenaventura	Lider Proceso de Mercado y Contratación	Gestión Comercial de Ventas	19/02/2020	Subgerencia Administrativa y Financiera
7.10.2	Control Estratégico. Hallazgo Administrativo: * Se encontró que el HLAP – ESE, durante el 2017 presentó servicios de Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo Habilitados; pero que no fueron contratados, ni ofertados en el Portafolio de Servicios a las EAPB'S.	Solicitar al líder del Proceso de Mercado, la Actualización permanente del Portafolio de Servicios y Tecnologías, Según los servicios abiertados y contratados por el Proceso de Gestión de Calidad.	Establecer el procedimiento interno para que el Jefe de Mercado actualice y oferte permanentemente el Portafolio de Servicios y de Tecnologías del HLAP - ESE según los servicios habilitados por el Proceso de Gestión de Calidad.	Portafolio Servicios actualizado y ofertado según los servicios debidamente habilitados por el HLAP - ESE	Comercializar, ofertar y vender todos los servicios debidamente habilitados por el HLAP - ESE.	Lider del Proceso de Mercado	Proceso de Mercado	19/02/2020	Lider Proceso de Mercado y Contratación
<b>Fecha de Ejecución de la Auditoría :</b>		<b>Fecha de Elaboración del Plan:</b>		<b>Fecha de Presentación del Plan:</b>		19/02/2020			

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES - ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD HOSPITAL LUIS ABLANQUE DE LA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESO		Version: Fecha:							
Proceso/ Subproceso Auditado: Mercado y Contratación - Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías		Ruben Rario Agudelo Loaiza							
Objetivo del Proceso: Establecer las Acciones que permitan mejorar el Proceso de Mercado y Contratación y su Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud en cumplimiento de los preceptos y mandatos que la constitución Nacional, y la ley le imponen al Hospital al H-LAP como Empresa Social del Estado									
Auditor: Miguel Angel Blandon Bejarano									
Objetivo de la Auditoría: Fortalecer la Gestión Comercial de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud y de Servicios Complementarios del H-LAP - ESE.									
Alcance de la Auditoría: Generar Estrategias para la implementación eficiente y eficaz del Proceso de Mercado y Contratación de Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud del H-LAP dentro del Modelo Integral de Planeación de Gestión que le permita mejorar el flujo de ingresos y garantizar su Viabilidad y Sostenibilidad Financiera									
ITEM	¿QUE?	¿COMO?	¿CUMPLIMIENTO?	¿QUIEN?	¿CUANDO?	EVALUACION			
Componente	Oportunidad de Mejora Descripción/Hallazgo	Acciones de Mejoramiento	Acción a implementar - Descripción de la Acción de Mejora	Indicadores de la Acción de Mejora	Meta de la Acción ¿Por qué?	Responsable de la Acción	Proceso a Mejorar	Fecha	Seguimiento
7.10.3	Control Estratégico: Hallazgo Administrativo: • Se encontró que El H-LAP – ESE, presenta servicios de Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo que son necesarios para los grupos de riesgos y ruta materna perinatal según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la guía práctica clínica; y reportarlos al área de Mercado y Contratación para ser incluidos en el Proceso de Comercialización y Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud.	Solicitar al líder del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad del H-LAP - ESE; la Habilitación de los Servicios de Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo que son necesarios para los grupos de riesgos y ruta materna perinatal según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la guía práctica clínica; y reportarlos al área de Mercado y Contratación para ser incluidos en el Proceso de Comercialización y Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud.	Solicitar al líder del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad de todos los nuevos Servicios y Tecnologías del Plan de Beneficios de Salud aprobados según los delimitamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la guía práctica clínica; incluyendo los necesarios para los grupos de riesgos y Ruta Materna Perinatal.	Indicadores de la Acción de Mejora Incluidos en el Proceso de Comercialización y Venta de Servicios y Tecnologías de APS	Brindar a las EAPB S un Portafolio de Servicios y Tecnologías Integral, que minimice el riesgo en los grupos de Alto Costo y Ruta Materna Perinatal de los usuarios del H-LAP - ESE	Lider del Proceso del Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad. Lider Proceso de Mercado y Contratación	Sistema de Gestión de Garantía de la Calidad	19/02/2020	Subgerencia Administrativa y Financiera
7.10.4	Control Estratégico. Hallazgo Administrativo: • Se identificaron Tecnologías que fueron facturadas por el H-LAP ESE como servicios prestados a los usuarios contratados afiliados a las EAPB'S pero que no fueron contratados con estas.	Solicitar al líder del Sistema de Gestión de Información, Comunicación y Tecnología del H-LAP - ESE, la parametrización en el programa SIFYMED de todos los contratos de Venta de Servicios suscritos con las EAPB'S, con sus respectivas características y variables: Población, Duración, Servicios y Tecnologías, grupos etarios, y estructura de Costos por EPS'S.	Exigir al Jefe de Facturación, socializar con los Auxiliares Administrativos de Caja y Facturación, personal a su cargo, la validación de derechos del usuario y la verificación de los servicios y tecnologías contratados con la EPS'S de su afiliación, según el contrato suscrito.	Servicios y Tecnologías contratados con las EPS'S, debidamente contratados SOCIALIZADOS con los Auxiliares de Caja y Facturación del H-LAP - ESE; y PARAMETRIZADOS en el sistema.	Evitar que se presten a los usuarios contratados con las EPS'S, atenciones de servicios y tecnologías que no fueron contratadas con estas.	Lider del Proceso de Mercado Lider del Proceso de Facturación	Proceso de Facturación. Proceso de Auditoría de Cuentas Médicas	19/02/2020	Lider Proceso de Mercado y Contratación

Fecha de Ejecución de la Auditoría :

Fecha de Elaboración del Plan:

Fecha de Presentación del Plan:

19/02/2020

**HOSPITAL LUIS ABLANQUE DELA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION**

Componente: PLANES DE MEJORAMIENTO  
Elemento: PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL  
Formato: Plan de Mejoramiento Institucional  
N.º:

OBJETIVO: Mejorar el Desempeño del Proceso de Mercadeo y Contratación del Hospital y garantizar la Gestión Eficiente, Eficaz y Efectiva en la generación de Ingresos de Recursos Públicos que garanticen la Sostenibilidad y Viabilidad Fiscal y Financiera del H LAP - ESE

PERIODO DE EJECUCION

Macro Proceso	Proceso	Area Organizacional Responsable	Observaciones HALLAZGO	Causas	Acciones de MEJORA	Medidas de CUMPLIMIENTO	Responsable de Ejecución	Recursos	Cronograma de Ejecución	Observaciones
Gestión Estratégica	Mercadeo y Contratación	Ventas	7.10.1 - Hallazgo Administrativo. Por inconsistencia presentada en la gestión comercial de Venta de Servicios y Tecnologías del Regimen Subsidado de Salud; al realizar intercambio comercial solo con un grupo selecto de EPS; dejando de percibir ingresos de los recursos Asignados y Garantizados por el MSPS para la Atención en Buenaventura.	El H LAP - ESE históricamente ha centrado su proceso de Contratación y Venta de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud y Servicios Complementarios en las cuatro grandes EAPB'S (Asmetsalud, Coosalud, Ensanar y Mallamás) Administradoras del Regimen Subsidado; excluyendo literalmente a las demás EPS de su proceso de negociación.	Exigir a todas las EAPB del Regimen Subsidado vinculadas al Distrito de Buenaventura el cumplimiento del Artículo 16 de la Ley 1122 del 2007 que las obliga a contratar un porcentaje mínimo del 60% de la HABILITADA DEL MUNICIPIO.	1	Lider Proceso de Mercadeo y Contratación	Humanos Portafolio de Servicios y Tecnología	19/02/2020	Ejercicio Académico
Gestión Estratégica	Mercadeo y Contratación	Mercadeo	7.10.2 - Hallazgo Administrativo: Por que el H LAP - ESE, dejó de percibir ingresos por venta de Servicios y Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo, por no tenerlos incluidos en su Portafolio de Servicios.	Se incumple con el Objeto social de Venta de Servicios y Tecnologías de generación de Ingresos que garanticen la Viabilidad y Sostenibilidad financiera del H LAP - ESE, según los delimitamiento del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero; al no tener actualizado y comercializar el Portafolio de Servicios y de Tecnologías de Atención Primaria en Salud.	Establecer el procedimiento interno para que el Jefe de Mercadeo actualice y otiene permanentemente el Portafolio de Servicios y de Tecnologías del H LAP - ESE según los servicios habilitados por el líder de Gestión de la Calidad.	1	Lider Proceso de Mercadeo	Brochure	11/11/2020	Ejercicio Académico
<b>Elaborado por: Miguel Angel Blandon Bejarano</b>										
<b>Revisado por: Ruben Dario Agudelo Loaiza</b>										
<b>Aprobado por: Ruben Dario Agudelo Loaiza</b>										

Fecha: 31/03/2020

Fecha: 31/03/2020

Fecha: 31/03/2020

**HOSPITAL LUIS ABLANQUE DELA PLATA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION**

Componente: PLANES DE MEJORAMIENTO  
Elemento: PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL  
Formato: Plan de Mejoramiento Institucional  
N°:

OBJETIVO: Mejorar el Desempeño del Proceso de Mercadeo y Contratación del Hospital y garantizar la Gestión Eficiente, Eficaz y Efectiva en la generación de Ingresos de Recursos Públicos que garanticen la Sostenibilidad y Viabilidad Fiscal y Financiera del H LAP - ESE

PERIODO DE EJECUCION

Macro Proceso	Proceso	Area Organizacional Responsable	Observaciones HALLAZGO	Causas	Acciones de MEJORA	Medidas de CUMPLIMIENTO	Responsable de Ejecución	Recursos	Cronograma de Ejecucion	Observaci
Gestión Estratégica	Mercadeo y Contratación	Ventas	7.10.3 - Hallazgo Administrativo. Por que El H LAP – ESE, no tiene HABILITADO los Servicios de Tecnologías de Gestión del Riesgo y Alto Costo necesarios para los grupos de riesgos y ruta materna perinatal según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y la guía práctica clínica, no habilitados.	Desconocimiento de las nuevas normas que reglamentan el Sistema Nacional de Salud y el incumplimiento de los lineamientos del Plan de Beneficios; han conlelado al H LAP - ESE a no mantener actualizado su portafolio de Servicios y Tecnologías de Atención Primaria en Salud y por ende en la no inscripción y Habilitación oportuna de dichos servicios de su competencia	Activar protocolo de manejo para que el Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad, inscriba ante la Secretaría Distrital de Salud todos los nuevos servicios de Complejidad del H LAP - ESE, que por normas son habilitados en el país.	1	Sistema de Gestión y Garantía de la Calidad	Humanos	11/1/2017	Ejercic Academ
Gestión Estratégica	Mercadeo y Contratación	Ventas	7.10.4 - Hallazgo Administrativo. Por Facturar a los usuarios contratados afiliados a las EPS'S servicios y tecnologías no contratadas con estas.	La no socialización y parametrización oportuna de los contratos SUSCRITOS con las EPS'S, por la FIRMA tardía de estos.	Efectuar campaña institucional de Capacitación, Socialización, Sencibilización y Parametrización de los s servicios y tecnologías contratados; en la cual se informe a los Auxiliares de Caja y Facturación y a quienes ejerzan las funciones de Atención al Usuario y líderes de procesos, respecto de los servicios a los que tienen derecho los usuarios afiliados a las EPS'S con las que se suscribió contrato; y su incidencia ECONOMICA en la prestación de servicios no contratados.	1	Jefe de Sistemas Jefe de Facturación Jefe de Auditoría.	Humanos Equipos Contratos	11/1/2017	Ejercic Academ
Elaborado por: Miguel Ange l Blandon Bejarano										Fecha: 31/03/2020
Revisado por: Ruben Dario Agudelo Loaiza										Fecha: 31/03/2020
Aprobado por: Ruben Dario Agudelo Loaiza										Fecha: 31/03/2020

## ANEXO 2: COSTO REGIMEN SUBSIDIADO RED VALLE

N°	Municipio	Poblacion Subsidiada	Valor Upc - S	Valor Sgss Regimen Subsidiado	% Red	% General	Dcto Administracion	Base de Contratacion	
<b>Red Norte - Cartago:</b>									
1	Cartago	60.201		40.179.905.269	35,35%	3,49%	3.214.392.422	36.965.512.848	
2	Alcala	8.525		5.689.833.930	5,01%	0,49%	455.186.714	5.234.647.216	
3	Ansermanuevo	12.372		8.257.434.062	7,27%	0,72%	660.594.725	7.596.839.337	
4	Argelia	4.217		2.814.548.936	2,48%	0,24%	225.163.915	2.589.385.021	
5	El Aguila	6.656		4.442.408.755	3,91%	0,39%	355.392.700	4.087.016.055	
6	El Cairo	5.172		3.451.943.822	3,04%	0,30%	276.155.506	3.175.788.317	
7	Obando	6.512		4.346.298.950	3,82%	0,38%	347.703.916	3.998.595.034	
8	Ulloa	2.620		1.748.664.504	1,54%	0,15%	139.893.160	1.608.771.344	
9	Zarzal	20.702		13.817.119.298	12,15%	1,20%	1.105.369.544	12.711.749.755	
10	La Victoria	7.295		4.868.896.014	4,28%	0,42%	389.511.681	4.479.384.333	
11	La Union	19.664		13.124.327.789	11,55%	1,14%	1.049.946.223	12.074.381.566	
12	Toro	10.282	667.429,20	6.862.507.034	6,04%	0,60%	549.000.563	6.313.506.472	
13	Versalles	6.069		4.050.627.815	3,56%	0,35%	324.050.225	3.726.577.590	
<b>Subtotal Red</b>				<b>170.287</b>	<b>113.654.516.180</b>	<b>100%</b>	<b>9,87%</b>	<b>9.092.361.294</b>	<b>104.562.154.886</b>
<b>Red Centro - Tulua:</b>									
1	Tulua	101.757		67.915.593.104	42,02%	5,90%	5.433.247.448	62.482.345.656	
2	Andalucia	9.730		6.494.086.116	4,02%	0,56%	519.526.889	5.974.559.227	
3	Bolivar	9.772		6.522.118.142	4,04%	0,57%	521.769.451	6.000.348.691	
4	Bugatagrande	10.474		6.990.653.441	4,32%	0,61%	559.252.275	6.431.401.166	
5	Calcedonia	18.582		12.402.169.394	7,67%	1,08%	992.173.552	11.409.995.843	
6	El Dovio	9.516		6.351.256.267	3,93%	0,55%	508.100.501	5.843.155.766	
7	Rio Frío	10.513		7.016.683.180	4,34%	0,61%	561.334.654	6.455.348.525	
8	Roldanillo	20.217	667.429,20	13.493.416.136	8,35%	1,17%	1.079.473.291	12.413.942.845	
9	San Pedro	6.713		4.480.452.220	2,77%	0,39%	358.436.178	4.122.016.042	
10	Sevilla	30.510		20.363.264.892	12,60%	1,77%	1.629.061.191	18.734.203.701	
11	Trujillo	14.392		9.605.641.046	5,94%	0,83%	768.451.284	8.837.189.763	
<b>Subtotal Red</b>				<b>242.176</b>	<b>161.635.333.939</b>	<b>100%</b>	<b>14,03%</b>	<b>12.930.826.715</b>	<b>148.704.507.224</b>
<b>Red Centro - Buga:</b>									
1	Buga	48.548		32.402.352.802	47,63%	2,81%	2.592.188.224	29.810.164.577	
2	Callima	10.228		6.826.465.858	10,03%	0,59%	546.117.269	6.280.348.589	
3	Ginebra	10.799		7.207.567.931	10,59%	0,63%	576.605.434	6.630.962.496	
4	Guacarí	14.326		9.561.590.719	14,05%	0,83%	764.927.258	8.796.663.462	
5	Restrepo	10.134		6.763.727.513	9,94%	0,59%	541.098.201	6.222.629.312	
6	Yotoco	7.895		5.269.353.534	7,75%	0,46%	421.548.283	4.847.805.251	
<b>Subtotal Red</b>				<b>101.930</b>	<b>68.031.058.356</b>	<b>100%</b>	<b>5,91%</b>	<b>5.442.484.668</b>	<b>62.588.573.688</b>
<b>Red Suroriente - Palmira:</b>									
1	Palmira	112.130		74.838.836.196	51,92%	6,50%	5.987.106.895.68	68.851.729.300	
2	Candelaria	29.229		19.508.288.087	13,53%	1,69%	1.560.663.046.94	17.947.625.040	
3	El Cerrito	22.747		15.182.012.012	10,53%	1,32%	1.214.560.960.99	13.967.451.051	
4	Florida	29.413		19.631.095.060	13,62%	1,70%	1.570.487.604.77	18.060.607.455	
5	Pradera	22.464		14.993.129.549	10,40%	1,30%	1.199.450.363.90	13.793.679.185	
<b>Subtotal Red</b>				<b>215.983</b>	<b>144.153.360.904</b>	<b>100%</b>	<b>12,51%</b>	<b>11.532.268.872</b>	<b>132.621.092.031</b>
<b>Red Sur - Cali:</b>									
1	Cali	668.464		446.152.392.749	84,57%	38,73%	35.692.191.420	410.460.201.329	
2	Dagua	25.308		16.891.298.194	3,20%	1,47%	1.351.303.855	15.539.994.338	
3	Jamundi	45.854		30.604.298.537	5,80%	2,66%	2.448.343.883	28.155.954.654	
4	La Cumbre	7.383		4.927.629.784	0,93%	0,43%	394.210.383	4.533.419.401	
5	Vijes	4.966		3.314.453.407	0,63%	0,29%	265.156.273	3.049.297.135	
6	Yumbo	38.483		25.684.677.904	4,87%	2,23%	2.054.774.232	23.629.903.671	
<b>Subtotal Red</b>				<b>790.458</b>	<b>527.574.750.574</b>	<b>100%</b>	<b>45,80%</b>	<b>42.205.980.046</b>	<b>485.368.770.528</b>
<b>Red Pacifico - Buenaventura:</b>									
1	Buenaventura	205.223	667.429,20	136.971.822.712	100%	11,89%	10.957.745.817	126.014.076.895	
<b>Subtotal Red</b>				<b>205.223</b>	<b>136.971.822.712</b>	<b>100%</b>	<b>11,89%</b>	<b>10.957.745.817</b>	<b>126.014.076.895</b>
<b>Total Red Valle</b>				<b>1.726.057</b>	<b>1.152.020.842.664</b>	<b>100%</b>	<b>92,161.667.413</b>	<b>1.059.859.175.251</b>	

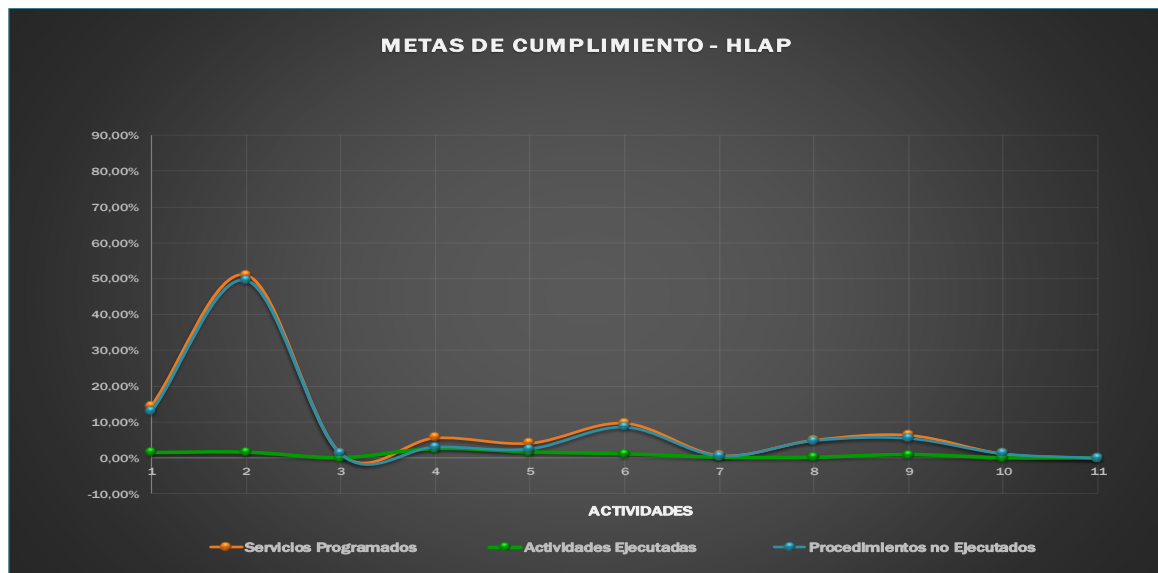


## ANEXO 3: METAS DE CUMPLIMIENTO P Y P – PE Y DT EAPB’S

### 3.1. EAPB’S – COOSALUD:

N°	Programa	PROGRAMACION ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA					
		Servicios Programados		Actividades Ejecutadas		Procedimientos no Ejecutados	
1	Programa - Plan Ampliado de Inmunizacion	57.423	14,54%	5.782	1,46%	51.641	13,08%
2	Programa - Salud Bucal	201.623	51,05%	6.154	1,56%	195.469	49,49%
3	Programa - Atencion del Parto y Recien Nacido	4.964	1,26%	262	0,07%	4.702	1,19%
4	Programa - Control Prenatal	22.372	5,66%	10.082	2,55%	12.290	3,11%
5	Programa - Planificacion Familiar	16.624	4,21%	6.424	1,63%	10.200	2,58%
6	Programa - Crecimiento y Desarrollo	38.545	9,76%	4.420	1,12%	34.125	8,64%
7	Programa - Adulto Joven	3.143	0,80%	728	0,18%	2.415	0,61%
8	Programa - Alteracion del Adulto Mayor	19.992	5,06%	743	0,19%	19.249	4,87%
9	Programa - Deteccion de Cancer de Cuello Uterino	25.360	6,42%	3.632	0,92%	21.728	5,50%
10	Programa - Alteracion de la Agudeza Visual	4.892	1,24%	151	0,04%	4.741	1,20%
<b>Total de Ingresos</b>		<b>394.938</b>	<b>100%</b>	<b>38.378</b>	<b>10%</b>	<b>356.560</b>	<b>90%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB’S 2018.

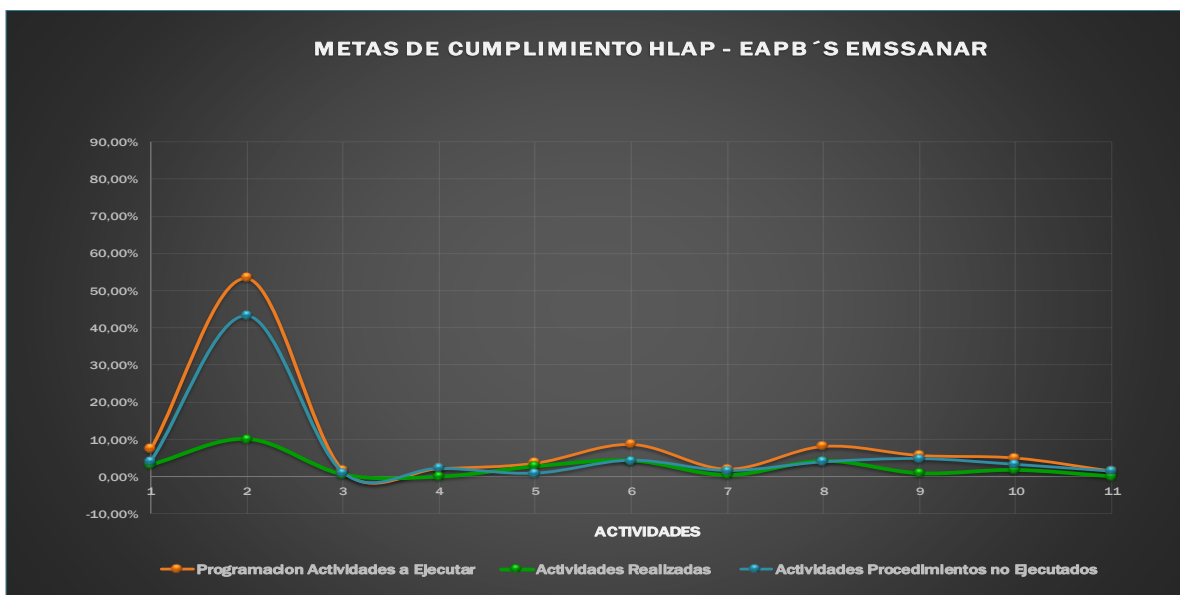


Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB’S 2018.

### 3.2. EAPB'S – EMSSANAR:

N°	Programa	PROGRAMACION ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA					
		Programacion Actividades a Ejecutar		Actividades Realizadas		Actividades Procedimientos no Ejecutados	
1	Programa - Plan Ampliado de Inmunizacion	11.626	7,42%	5.159	3,29%	6.467	4,13%
2	Programa - Salud Bucal	83.602	53,36%	15.776	10,07%	67.826	43,29%
3	Programa - Atencion del Parto	2.696	1,72%	976	0,62%	1.720	1,10%
4	Programa - Atencion del Recien Nacido	3.536	2,26%	77	0,05%	3.459	2,21%
5	Programa - Planificacion Familiar	5.784	3,69%	4.369	2,79%	1.415	0,90%
6	Programa - Alteracion Menor de 10 Años	13.714	8,75%	6.823	4,36%	6.891	4,40%
7	Programa - Alteracion del Joven	3.306	2,11%	759	0,48%	2.547	1,63%
8	Programa - Alteracion del Embarazo	12.877	8,22%	6.679	4,26%	6.198	3,96%
9	Programa - Alteracion del Adulto Mayor	9.078	5,79%	1.520	0,97%	7.558	4,82%
10	Programa - Deteccion de Cancer de Cuello Uterino	7.978	5,09%	2.876	1,84%	5.102	3,26%
11	Programa - Alteracion de la Agudeza Visual	2.465	1,57%	227	0,14%	2.238	1,43%
<b>Total de Ingresos</b>		<b>156.662</b>	<b>100%</b>	<b>45.241</b>	<b>29%</b>	<b>111.421</b>	<b>71%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB'S 2018.

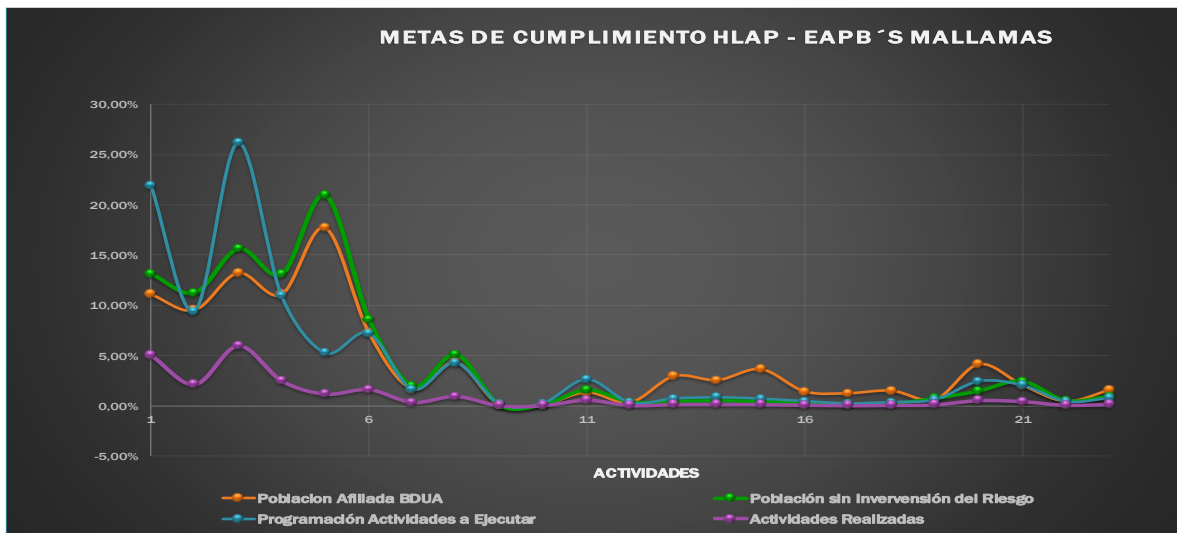


Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB'S 2018

### 3.3. EAPB'S – MALLAMAS:

N°	Programa	PROGRAMACION ACTIVIDADES PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIONES PROTECCION ESPECIFICA Y DETECCION TEMPRANA					
		Poblacion Afiliada BDUA		Población sin Inversión del Riesgo		Programación Actividades a Ejecutar	
1	Aplicación de Fluor de 5 a 19 Años	1.080	11,11%	1.080	13,12%	2.160	21,94%
2	Aplicación de Sellanates de 3 a 15 Años	926	9,53%	926	11,25%	926	9,41%
3	Control de Placas Bacterianas > = 2 a 19 Años	1.287	13,24%	1.287	15,63%	2.574	26,15%
4	Control de Placas Bacterianas > = 20 Años	1.078	11,09%	1.078	13,09%	1.078	10,95%
5	Detrastraje Supragingival > = 12 Años	1.725	17,75%	1.725	20,95%	518	5,26%
6	Consulta de Planificacion Familiar 1ra Vez de 10 a 59 Años	711	7,31%	711	8,63%	711	7,22%
7	Consulta de Control Planificacion Familiar según metodo	163	1,68%	163	1,98%	163	1,66%
8	Consulta de Crecimiento y Desarrollo de 1ra por Medico en < 10 años	420	4,32%	420	5,10%	420	4,27%
9	Consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo en < 1 años	5	0,05%	5	0,06%	20	0,20%
10	Consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo en 12 Meses	9	0,09%	9	0,11%	27	0,27%
11	Consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo de 2 a 7 Años	130	1,34%	130	1,58%	260	2,64%
12	Consulta de Control de Crecimiento y Desarrollo de 8 a 10 Años	32	0,33%	32	0,39%	32	0,33%
13	Consulta de Control Desarrollo del Joven por Medico de 10 a 13 Años	286	2,94%	36	0,44%	72	0,73%
14	Consulta de Control Desarrollo del Joven por Medico de 14 a 16 Años	248	2,55%	41	0,50%	83	0,84%
15	Consulta de Control Desarrollo del Joven por Medico de 17 a 21 Años	354	3,64%	35	0,43%	71	0,72%
16	Consulta de Control Desarrollo del Joven por Medico de 22 a 24 Años	139	1,43%	23	0,28%	46	0,47%
17	Consulta de Control Desarrollo del Joven por Medico de 25 a 29 Años	121	1,24%	12	0,15%	24	0,24%
18	Hemoglobina para Mujeres de 10 a 13 años	146	1,50%	18	0,22%	37	0,38%
19	Consulta Medica Dt Alteraciones del Adulto de 45 Años cada 5 años	61	0,63%	61	0,74%	61	0,62%
20	Citología Cervico Uterina; Mujeres de 25 a 69 Años	402	4,14%	121	1,47%	241	2,45%
21	Dt delas Alteraciones de la Agudeza Visual 4 - 11 - 16 - y 45 Años	201	2,07%	201	2,44%	201	2,04%
22	Consulta de Oftalmología para la Dt de la Agudeza Visual	43	0,44%	43	0,52%	43	0,44%
23	Mamografía para mujeres > = 50 Años	153	1,57%	77	0,94%	77	0,78%
<b>Total de Ingresos</b>		<b>9.720</b>	<b>100%</b>	<b>8.234</b>	<b>100%</b>	<b>9.845</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB'S 2018



Fuente: Elaboración de los investigadores con la Información de los datos de Evaluación de Gestión Actualizada de las EAPB'S 2018

#### 4. GLOSARIOS

<b>ADRES.</b>	Administradora De los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>ASIS.</b>	Análisis de Situación de Salud
<b>BDUA.</b>	Base de datos única de afiliados
<b>CNSSS.</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
<b>CRES.</b>	Comisión Reguladora de Salud
<b>DANE.</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DNP.</b>	Departamento Nacional de Planeación
<b>DSS.</b>	Determinantes Sociales de la Salud
<b>EAPB.</b>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
<b>EPS.</b>	Entidad Promotora de Salud
<b>ESE.</b>	Empresa Social del Estado
<b>ESS.</b>	Empresa Solidaria de Salud
<b>HLAP.</b>	Hospital Luis Ablanque de la Plata
<b>IPC.</b>	Índice de Precios al Consumidor
<b>IPS.</b>	Institución Prestadora de Servicio de Salud
<b>INS.</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>MSPS.</b>	Ministerio de Salud y de la Protección Social
<b>NBI.</b>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<b>OMS.</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS.</b>	Organización Panamericana de Salud
<b>PIB.</b>	Producto Interno Bruto
<b>RAP.</b>	Riesgo Atribuible Poblacional
<b>RIPS.</b>	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
<b>SGSSS.</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SISBEN.</b>	Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios para Programas Sociales
<b>SISMED.</b>	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
<b>SISPRO.</b>	Sistema Integral de Información de la Protección Social
<b>SIVIGILA.</b>	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
<b>SOAT.</b>	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
<b>SSSI.</b>	Sistema de Seguridad Social Integral
<b>UCM.</b>	Universidad Católica de Manizales
<b>UPC.</b>	Unidad de Pago por Capitación
<b>UVR.</b>	Unidad de Valor Relativo