

ESTUDIO UPC VAUPES

FEDESALUD

(Informe final Enero 9 de 2004)

Consultores:

Félix León Martínez Martín

Oscar Mauricio Valencia Arana

ANTECEDENTES

El estudio que a continuación se presenta fue encargado a FEDESALUD por la FACULTAD NACIONAL DE SALUD PUBLICA como parte del CONVENIO INTERADMINISTRATIVO CELEBRADO ENTRE LA GOBERNACIÓN DEL VAUPÉS Y LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA - FACULTAD NACIONAL DE SALUD PUBLICA para el estudio de la situación operativa y financiera actual del Departamento Administrativo de Salud y de la prestación pública de servicios en el Departamento de Vaupés.

El Convenio a su vez tiene origen en las dificultades financieras que atraviesa el Sistema de Seguridad Social en Salud en el Departamento, y busca mostrar mediante un análisis independiente y con credibilidad -por la seriedad de las instituciones comprometidas y por la argumentación técnica-, la problemática real surgida en relación con la implementación de la Ley 100 de 1993 y leyes sucesivas que pudieron afectar el financiamiento de los servicios de salud, en busca de argumentos para ser presentados ante el Ministerio de Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que den lugar a decisiones favorables en términos de política y de financiamiento por parte del Gobierno Nacional.

El presente estudio esta basado en gran parte en la información proporcionada por el mismo Departamento Administrativo de Salud del Vaupés (DAVS), así como por la ARS que hoy maneja la totalidad del Régimen Subsidiado en el Departamento. Dicha información fue sometida a un análisis crítico, tanto cualitativo como cuantitativo. También se tuvo en cuenta el estudio paralelo de reestructuración del DAVS y del Hospital San Antonio de Mitú, adelantados por el equipo de la Universidad de Antioquia.

Se revisaron para ello las cifras y las características de la población, con especial énfasis en la población dispersa¹, la oferta de servicios ambulatorios para atender esta

¹ En este documento se utiliza el término “población dispersa” para referirse al conjunto de la población con un importante grado de inaccesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud.

población y sus costos estimados por la División del Área Rural del DAVS, las estadísticas de atención y la oferta hospitalaria, los RIPS, la afiliación al Régimen Subsidiado, los costos de los contratos de aseguramiento y de prestación de servicios, la morbilidad, las remisiones a otros niveles y los costos de atención de estos pacientes. Todo con especial énfasis en el año 2002, primer año con una cobertura de aseguramiento que podía incluir la mayoría de la población dispersa.

Igualmente el comportamiento de los rubros presupuestales de ingresos y egresos en el periodo 1997-2002 para observar los efectos de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la transformación de recursos de la oferta a la demanda, la sustitución de rubros de ingreso y de gasto y los efectos de la Ley 715.

El documento se encuentra dividido de la siguiente manera: En la primera parte se describe las características poblacionales y la morbilidad. En la segunda se realiza un análisis de la suficiencia de la UPC subsidiada y la prima adicional frente a los costos de la operación de servicios reportados por el DASV y la ARS, analizados críticamente. En la tercera parte se hace una revisión del proceso de transformación de recursos de la oferta a la demanda y efectos de la aplicación de las leyes 344 de 1996 y 715 de 2001 sobre el financiamiento de los servicios de salud del Vaupés incluidos los efectos de la regulación y desregulación de tarifas. En la cuarta parte se presentan las conclusiones y recomendaciones.

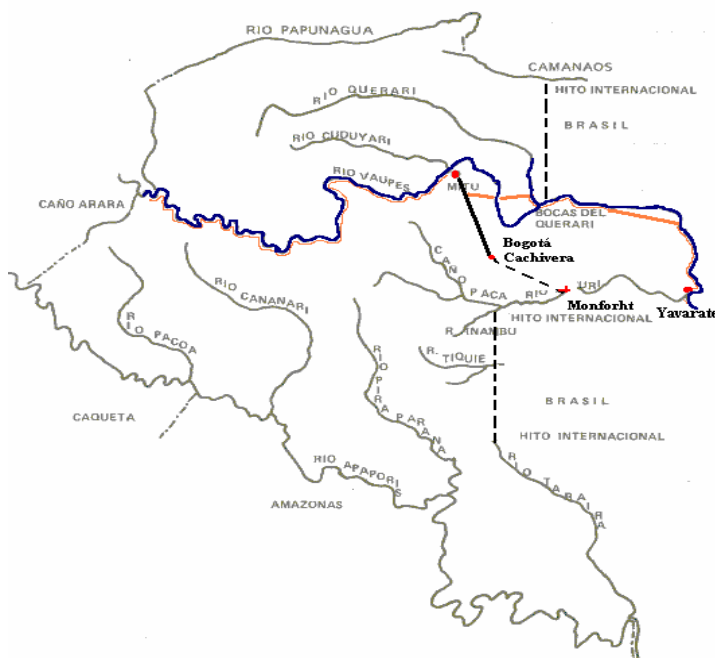
1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN Y SITUACIÓN DE SALUD

1.1. El Territorio y sus características

El Departamento del Vaupés tiene una extensión de 54.135 Kilómetros cuadrados. Se caracteriza por tener una vegetación de selva húmeda tropical, densa, exuberante, con gran biodiversidad. El clima es muy húmedo y cálido, con temperaturas que oscilan entre los 25 y los 30°C durante todo el año.

El Departamento cuenta con tres (3) Municipios: Mitú, Carurú y Taraira y, tres corregimientos departamentales: Pacoa, Pagunahua y Yavaraté. El municipio de Mitú tiene dos corregimientos de jurisdicción municipal: Acaricuara y Villafátima.

La comunicación por vía aérea entre el interior del país y el departamento se realiza desde Villavicencio y Bogotá hacia Mitú en aviones comerciales. Al interior del departamento el transporte por vía aérea es de suma importancia, puesto que es la obligada para llevar los productos del interior del país a casi todas las comunidades, incluyendo los medicamentos, material médico quirúrgico y el combustible, lo que eleva mucho el valor de dichos productos en el área rural. Además es el medio de transporte empleado por los equipos de salud para llegar a las diferentes zonas y para evacuar pacientes y muestras de laboratorio. El servicio se presta en vuelos charter en avionetas tipo Cessna y XP, desde Mitú hacia las 43 pistas distribuidas en diferentes comunidades indígenas.



Los ríos son considerados como las principales vías de comunicación dentro de las zonales, se caracterizan por su difícil navegabilidad debido a la existencia de numerosos raudales. La comunicación por vía terrestre se puede llevar a cabo entre algunas comunidades por medio de trochas y caminos vecinales. El único tramo

carreteable es el que comunica Mitú – Monforth, que tiene una extensión de 110 Km, de los cuales 35 son transitables por vehículos automotores.

En lo referente a las telecomunicaciones el departamento cuenta con una limitada red de radiofonía por medio de la cual se realizan las comunicaciones entre las comunidades. También se cuenta con una red de telefonía local en la ciudad de Mitú y con dos centros de Servicio de Atención Inmediata - SAI en los municipios de Taraira y Carurú. Recientemente la capital del departamento implementó el servicio de telefonía celular.

Ninguno de los tres municipios del departamento cuentan con luz las 24 horas del día, lo que dificulta la conservación de biológicos y muestras de suero que requieran de este medio para ser procesados y en las comunidades indígenas esta situación es más crítica puesto que no se cuenta con este servicio, ni con agua potable, por lo que hay ciertos exámenes que definitivamente no pueden realizarse en estas zonas.

1.2. La Población

Tabla No. 1: Población según DANE

Población estimada, basada en la proyección del DANE para el 2003:

▪ Municipio de Mitú:	21.781
▪ Municipio de Carurú:	2.264
▪ Municipio de Taraira:	1.208
▪ Corregimiento Departamental de Pacoa:	3.358
▪ Corregimiento Departamental de Papunahua:	929
▪ Corregimiento Departamental de Yavaraté:	2.335

Total de la población del Departamento: 31.875

Estas cifras poblacionales están seriamente cuestionadas y el mismo DANE ha hecho una revisión reciente disminuyendo tales proyecciones del Censo de 1.993.

Para 1999, según los censos del Servicio Seccional de Salud del Vaupés era de **22.492** habitantes, de la cual 90% es indígena (85% según otro informe). El 10% restante está conformado por mestizos y no indígenas, estos últimos provenientes en su gran mayoría del interior del país y se encuentran radicados principalmente en los cascos urbanos de Mitú, Carurú y Taraira. La densidad poblacional es de 0,41 habitantes por kilómetro cuadrado. La población es joven, el 42,4% es menor de 15 años, el 43,9% está entre 15 y 44 años y el 13,7% es mayor de 44 años. Aproximadamente 50% de las mujeres están en edad fértil y el 47% de los habitantes del departamento son menores de 20 años.

Más del 90% del territorio está ocupado por tres resguardos indígenas a saber; Gran resguardo del Vaupés, Bacatí – Arara – Lagos de Jamaicurú y Yaigojé - Río Apaporis.

1.3.El Estado de Salud

Morbilidad

Se presentan a continuación las primeras causas de morbilidad por consulta por egreso correspondientes al año 2000, ya que el DABS manifestó no contar con información completa más reciente.

Tabla No. 2: PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR CONSULTA MEDICA Y ODONTOLOGICA, POR GRUPOS DE EDAD, 183 CAUSAS CIE IX REVISION SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DPTO VAUPES 2000

No. ORD.	TOTAL CASOS	CAUSAS	GRUPOS DE EDAD					
			< DE 1 A.	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 Y +
1	11569	ENFERMEDADES DE LOS DIENTES Y SUS ESTRUCTURAS DE SOSTEN	5	771	3.345	6.573	648	227
2	3021	TODAS LAS DEMAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	92	549	951	1.160	139	130
3	2949	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	308	803	482	910	344	102
4	2619	OTRAS HELMINTIASIS	53	585	834	833	230	84
5	2402	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	245	647	649	547	199	115
6	1950	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	130	552	690	462	95	21
7	1362	OTRAS ENFERMEDADES DE LOS ORGANOS GENITALES	2	37	84	1.093	65	81
8	1314	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1	27	86	900	153	147
9	1283	SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	53	171	238	713	70	38
10	1036	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO URINARIO	16	90	107	601	129	93
SUBTOTAL	29505		905	4.232	7.466	13.792	2.072	1.038
D.CAUSAS	5150		265	505	821	2.587	581	391
TOTAL	34655		1.170	4.737	8.287	16.379	2.653	1.429

Fuente: Archivo maestro del Registro Individual de Atención en Consulta

Es evidente que esta morbilidad, caracterizada por enfermedades infectocontagiosas propias de deficientes condiciones sanitarias y nutricionales, aparte de las mal clasificadas, debe ser asumida fundamentalmente por el primer nivel de atención ambulatorio.

**Tabla No. 3: PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD POR EGRESO HOSPITALARIO
POR GRUPOS DE EDAD, 183 CAUSAS CIE IX REVISION
SERVICIO SECCIONAL DE SALUD DPTO DEL VAUPES
2000**

No. ORDEN	TOTAL CASOS	CAUSAS	GRUPOS DE EDAD					
			< DE 1 A.	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 Y +
1	191	PARTOS EN CONDICIONES COMPLETAMENTE NORMALES	0	0	6	183	2	0
2	101	NEUMONIAS	25	36	9	12	3	16
3	79	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	10	7	9	42	2	9
4	76	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	11	17	14	17	12	5
5	52	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	16	16	3	7	2	8
6	36	OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	2	3	0	20	3	8
7	19	HERNIAS DE LA CAVIDAD ABDOMINAL	0	0	0	8	5	6
8	19	DEFICIENCIAS NUTRICIONALES	5	7	6	0	0	1
9	18	COMPLICACIONES QUE OCURREN EN EL TRABAJO Y EL PARTO	0	0	2	15	1	0
10	18	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR TEJIDO CONJUNTIVO	2	0	5	8	1	2
SUBTOTAL	609		71	86	54	312	31	55
D.CAUSAS	366		28	31	46	210	23	28
TOTAL	975		99	117	100	522	54	83

Fuente: Archivo Maestro Registro Individual de Atención Hospitalaria

Sin duda estas características del Departamento implican unas condiciones de oferta y demanda de servicios de salud muy particulares. En primer lugar debe señalarse, según las opiniones de los funcionarios concedores del medio, que la población dispersa, en su gran mayoría indígena, demanda mínimamente servicios y que de hecho la gran mayoría no disfrutaría de ninguno de nos ser por la oferta en terreno por parte de los equipos multidisciplinarios de atención al Área Rural, así como por la labor de los promotores de salud indígenas, eslabón fundamental entre el Departamento Administrativo de Salud y las comunidades indígenas, capaz de servir de puente para superar las grandes barreras culturales y lingüísticas.

La barrera cultural ha sido históricamente tan grande que un Jefe del Servicio de Salud, en 1985 se vio obligado a construir una maloka al frente del hospital de Mitú como única manera de acercarse a las necesidades de los indígenas, pues estos rechazaban el encierro en el hospital (se escapaban por las ventanas) y además llegaban a solicitar servicios desplazándose desde su poblado con todo su núcleo familiar.

1.4. Cobertura en aseguramiento

Tabla No. 4: COBERTURA REGIMEN SUBSIDIADO EN RELACIÓN POBLACIÓN DANE Y NBI

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Afiliados R. Subsidiado	7.730	9.866	9.866	20.158	20.579	20.641
Población Dane	28.631	29.295	29.942	30.586	31.228	31.868
Población NBI	24.358	24.923	25.473	26.021	26.568	27.112
Cobertura/ pobl. Total	27,0%	33,7%	33,0%	65,9%	65,9%	64,8%
Cobertura/ pobl. NBI	31,7%	39,6%	38,7%	77,5%	77,5%	76,1%

El problema poblacional

El problema poblacional para los cálculos de recursos del Régimen Subsidiado se evidencia en los distintos informes de cobertura de la Dirección de Aseguramiento y los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ante el Congreso. En ellos se evidencian ajustes de la población NBI incluso hasta el 100% de la población realizados por el Ministerio, en busca de justificar mayores recursos de cofinanciamiento. Por ello distintos informes reportan poblaciones NBI diferentes.

Al parecer el DANE ha realizado recientemente una revisión de la población del Vaupés que ajusta hacia abajo las cifras proyectadas del censo 93, en concordancia con lo que señala el censo de vacunación del servicio. Sin embargo no ha sido posible hasta el momento conseguir dichas cifras.

En este estudio se da credibilidad al censo de vacunación realizado puerta a puerta por el mismo Departamento Administrativo de Salud, que registra 22.500 habitantes en 1999, es decir el 77% de la proyección DANE, lo que significaría 24.000 habitantes aproximadamente para el año 2002, de los cuales 16.000 (66%) corresponden a población dispersa.

En cuanto al Régimen Subsidiado implica este ajuste que cubriría para el año 2002 el 100% de la población dispersa (16000) más el 50% (4000) de la población no dispersa.

Régimen Contributivo y Regímenes especiales

Se estima un número entre 1000 y 1500 afiliados, sin embargo el informe de afiliación del 2001, de la Dirección general de Seguridad Social en Salud, tan sólo registraba 349 afiliados al Régimen Contributivo, número que resulta subestimado si se tiene en cuenta tan sólo los trabajadores del DASV y sus familiares. Adicionalmente hay en el Departamento importantes representaciones de los regímenes especiales del magisterio y las fuerzas armadas.

2. ANÁLISIS DE LA SUFICIENCIA DE LA UPC SUBSIDIADA Y LA PRIMA ADICIONAL FRENTE A LOS COSTOS DE LA OPERACIÓN DE SERVICIOS

2.1. Costos de la Atención de Primer Nivel

2.1.1. Costos de la Atención ambulatoria de primer nivel a la población dispersa

La División del Área Rural ha propuesto la constitución de 14 equipos multidisciplinarios para lograr la plena cobertura de la población dispersa, aunque en la actualidad cuenta tan sólo con 9 equipos sin tomar en cuenta la jefatura de la División.

Tabla No. 5: RECURSO HUMANO DIVISIÓN DEL AREA RURAL

CARGO		TIPO DE VINCULACIÓN			TOTAL
		PLANTA	S.S.O	CONTRATO	
COD	NOMINACION				
310	Médico	3	4	3	10
325	Odontólogo	2	5	3	10
365	Enfermero	2	6	1	9
354	Bacteriólogo		2		2
555	Auxiliar de Enfermería	17			17
541	Promotor de Salud	58			58
605	Auxiliar de Servicios Generales	4			4
TOTAL		86	17	7	110

El criterio para la conformación de los grupos es geográfico, tomando en cuenta municipios y corregimientos, así como la oferta actual de centros y puestos de salud, como también las posibilidades de comunicaciones y transporte fluvial.

“El departamento cuenta con la siguiente red de organismos: 4 centros de salud, 14 puestos de salud y 55 unidades básicas de promoción; 7 médicos, 7 odontólogos, 2 bacteriólogos, 7 enfermeros, 16 auxiliares de enfermería y 54 promotores de salud. Los profesionales conforman 7 grupos extramurales (tabla 5). Los promotores de salud están en las unidades básicas de promoción y los auxiliares de enfermería se encuentran en los centros y puestos de salud. Estas personas tienen grados variables de capacitación y en consecuencia de capacidad resolutive. El centro de referencia para la zona rural es el Hospital San Antonio de Mitú, que presta servicios de primero y segundo nivel. Esta red se apoya en una infraestructura básica constituida por una planta física y equipos de transporte fluvial (botes, deslizadoras y motores fuera de borda), comunicaciones (radios de comunicaciones) y neveras solares.”

Como se observa no se contabilizan los médicos y odontólogos de contrato en el informe anterior, por lo cual coinciden las cifras.

Separado el equipo de la jefatura de División, esta hace el siguiente análisis sobre la disponibilidad per cápita del recurso. Las comparaciones con el nivel nacional de profesionales por mil habitantes se desestiman pues en este caso se cuenta tan sólo el primer nivel de atención ambulatorio y de promoción y prevención y no todos los niveles de atención.

Tabla No. 6: RELACION FACTOR HUMANO CENSOS DASALUD/DANE, DEPARTAMENTO DEL VAUPES. 2003.

CARGO		TIPO VINCULACION			TOTAL	CENSOS DANE/ DASALUD		
		PLANTA	S.S.O	CONTRATO		FACTOR HUMANO/1000 hab DASALUD	FACTOR HUMANO/1000 hab DANE	VARIACIÓN DASALUD/DANE
COD	NOMINACION							
310	Médico	2	4	3	9	0.4243	0.3316	0.0927
325	Odontólogo	2	4	3	9	0.4243	0.3316	0.0927
365	Enfermero	2	6	1	9	0.4243	0.3316	0.0927
354	Bacteriólogo		2		2	0.0943	0.0737	0.0206
555	Auxiliar de Enfermería	17			17	0.8015	0.6263	0.1752
541	Promotor de Salud	58			58	2.7344	2.1368	0.5977

Nota: es importante anotar que si bien es cierto las variaciones DASALUD/DANE son positivas, es decir mejora la relación oferta demanda en cuanto el recurso humanoteniendo en cuenta el censo de DASALUD, esta diferencia es mínima y de igual forma no se aproxima mucho a la relación de la supersalud, esto no teniendo en cuenta que dada la dispersión geográfica y las dificultades de accesibilidad muy probablemente estos promedios nacionales deban ser ajustados a la realidad local.

Ahora bien, la cobertura de servicios lograda por la División del Área Rural parecería adecuada según las distintas cifras recopiladas²

Tabla No. 7: COBERTURAS DE VACUNACIÓN AREA RURAL AÑO 2002³

MPIO/CGTO	VOP	DPT	BCG	HB	HIB	SRP	FA	AS
MITU	100%	97,5%	100%	97%	77,7%	83,7%	75,6%	84%
CARURU	100%	95.8%	100%	100%	93.8%	100%	39.4%	74.9%
TARAIRA	100%	100%	100%	96.2%	92.3%	100%	41.1%	70.5%
PACOA	96,7%	83%	100%	86,9%	57,1%	82,7%	63,2%	89,3%

² El Departamento Administrativo manifestó no poseer estadísticas confiables del año 2002, de modo que las aportadas pertenecen al 2001, hecho que afecta el análisis. Algunas cifras como las de vacunación proporcionadas por la División de Salud Rural si corresponden al 2002. Los RIPS proporcionados por Salud Total muestran un registro muy parcial, por lo que sólo resultan útiles para determinar el peso ponderado de las principales actividades.

³ Tomado de Informe Gestión 2002 PAI presentado por Claudia Marcela García.

PAPUNAHUA	100%	100%	100%	100%	78.6%	90.9%	78.8	100
YAVARATE	100%	96%	100%	96%	84%	100%	93.8	93

**Tabla No. 8: ACTIVIDADES 5 GRUPOS EXTRAMURALES
JULIO 2002 JUNIO 2003**

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	PROGRAMADA	EJECUTADA	% DE CUMPLIMIENTO
RESULTADO ESPERADO: coberturas de al menos el 75% en los programas asistenciales de medicina y enfermería y del 40% de odontología por comunidad por desplazamiento.			
Realización de actividades asistenciales de medicina	17.038	12.740	74,77%
Realización de actividades asistenciales de odontología	14.199	13.414	94,47%
realización de actividades asistenciales de enfermería.	9.007	5.516	61,24%
Evaluación del nivel de satisfacción de las comunidades	28	27	96,43%
RESULTADO ESPERADO: Consolidación de un sistema de vigilancia de salud comunitaria.			
Talleres de salud comunitarios.	627	368	58,69%
Visitas domiciliarias con enfoque de riesgo.	324	204	62,96%
Elaboraciones de protocolos de salud interculturales.	5	6	120,00%
Elaboración de indicadores de salud comunitaria.	199	162	81,41%
Retroalimentación a la comunidad del trabajo cada desplazamiento del grupo	6	2	33,33%
Elaboración de documentos de Dx de salud participativos e interculturales	11	11	100,00%
RESULTADO ESPERADO: Identificación de factores protectores y factores de riesgo ,fortalecimiento de las practicas de salud tradicionales y adecuación de las políticas de salud institucionales.			
Talleres de salud comunitarios.	627	544	86,76%
Visitas domiciliarias con enfoque de riesgo.	2.594	2.128	82,04%
Elaboraciones de protocolos de salud interculturales.	8	4	50,00%
Elaboración de indicadores de salud comunitaria.	9	7	77,78%
Retroalimentación a la comunidad del trabajo cada desplazamiento del grupo	16	16	100,00%
Elaboración de documentos de Dx de salud participativos e interculturales	14	14	100,00%

Presupuesto

Por otra parte, el presupuesto para la atención rural fue el siguiente durante los dos últimos años, según reporta la propia División.⁴

⁴ Informe Gestión 2003-2004 de la División de Salud Rural.

Tabla No. 9: PRESUPUESTO CENTROS Y PUESTOS Y FUENTES DE FINANCIACION

FUENTE DE FINANCIACION	AÑO 2001			AÑO 2002		
	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO FINAL	% EJECUCION DEL PRESUPUESTO FINAL A 31 DE DIC.	PRESUPUESTO INICIAL	PRESUPUESTO FINAL	% EJECUCION DEL PRESUPUESTO FINAL A 31 DE DIC.
Venta de servicios	876,335,000	876,335,000			2,154,844,145	
Situado Fiscal para Salud	1,492,953,000	1,927,096,000				
Recursos de Capital				173,281,646	173,281,646	
Rentas cedidas				157,409,760	162,409,760	
Licores						
Apuestas permanentes						
Recursos Nacionales						
Cervezas						
Total	2,369,288,000	2,803,431,000	0.865073577	2,485,535,551	3,053,158,303	0.972488671

TOMADO DEL PRESUPUESTO DE INGRESOS Y GASTOS DEL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE SALUD 2001-2003 .
OFICINA TECNICO DE PRESUPUESTO

Si se toma en cuenta que la población objeto del programa asciende a 16.000 personas, el per cápita de este servicio es de 175. 214 pesos en 2001 y 190.822 pesos en 2002. Nótese que estas cifras implican que un valor prácticamente igual a la totalidad de la UPC del Régimen Subsidiado se gastaría tan sólo en la atención ambulatoria y de promoción y prevención, lo que no dejaría recursos para la atención hospitalaria ni para los otros niveles de atención. Adicionalmente, como puede observarse en el gráfico siguiente, de presupuesto la mayor parte de los costos corresponden a recurso humano.

GRAFICO No 4. COMPORTAMIENTO DE LOS PRINCIPALES RUBROS DE LA DIVISION DE PRESTACION DE SERVICIOS 2001 - 2003

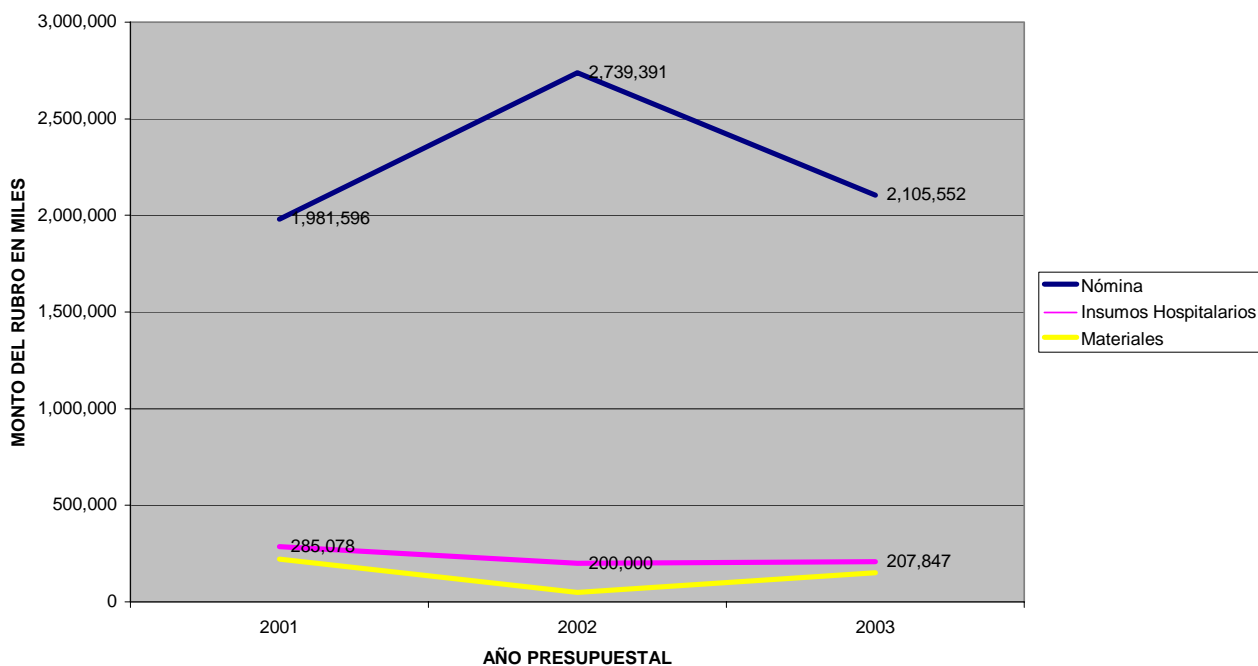


Tabla No. 10: COSTOS RECURSO HUMANO, DIVISION DE PRESTACION DE SERVICIOS POR UNIDAD DE COSTO. 2003.

Costo del Recurso Humano Área Rural

	Monto	Porcentaje
Costos Nómina Jefatura División de Prestación de Servicios por Año	117.968.530	5,02%
Costos Grupo Operativo por Nómina por Año	1.937.069.188	82,44%
Costos contratación de servicios grupo operativo x 10 meses	294.773.570	12,54%
	2.349.811.288	100,00%

NOTA: el recurso humano por contrato es pago con recursos del PAB.

La División de Servicios del Área Rural presenta un análisis de los costos para un servicio extramural óptimo distribuido en 12 áreas

Tabla No. 11: PROPUESTA DE COSTOS ATENCIÓN RURAL (MILES DE PESOS)

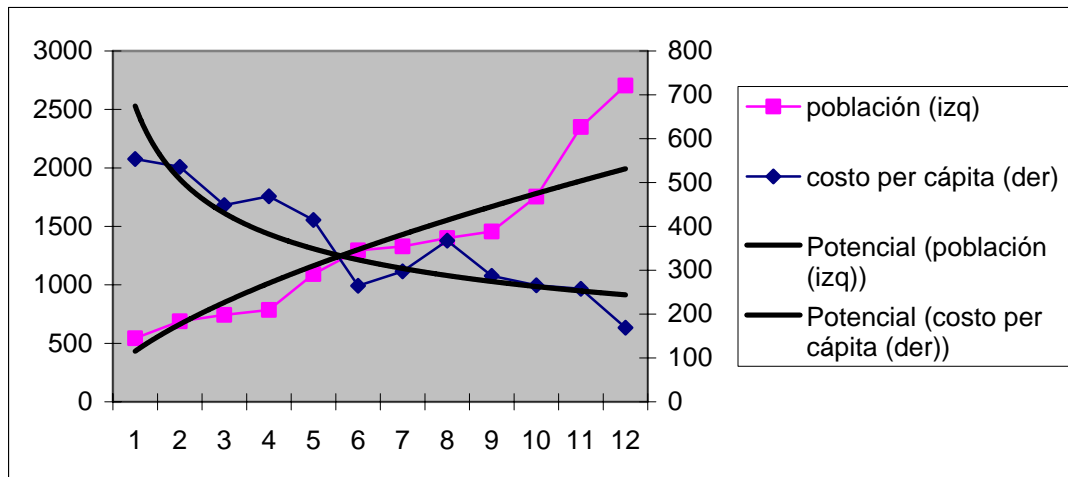
ZONAS QUE SE	TOTAL	PERCAPITA	población
CUBRIRIAN POR GRUPO			
CARURÚ	466.305	266	1.755
ACARICUARA	605.285	258	2.350
TARAIRA	300.566	554	543
BAJO VAUPÉS	452.554	414	1.092

QUERARÍ	395.344	297	1.329
VAUPÉS MEDIO	456.719	169	2.705
CUDUYARÍ	342.646	265	1.295
PIRÁ PARANÁ	514.669	368	1.400
TIQUIÉ	368.672	536	688
BAJO PAPURÍ	418.218	287	1.456
ALTO APAPORIS	367.792	469	785
PAPUNAHUA-ISANA	333.387	449	743
TOTAL CONSOLIDADO	5.022.156	314	16.000

Estas cifras (no cuestionadas en un primer análisis en términos de los componentes del costo) permiten observar un muy elevado costo per capita para estos servicios a los 16.000 habitantes que componen la población dispersa.

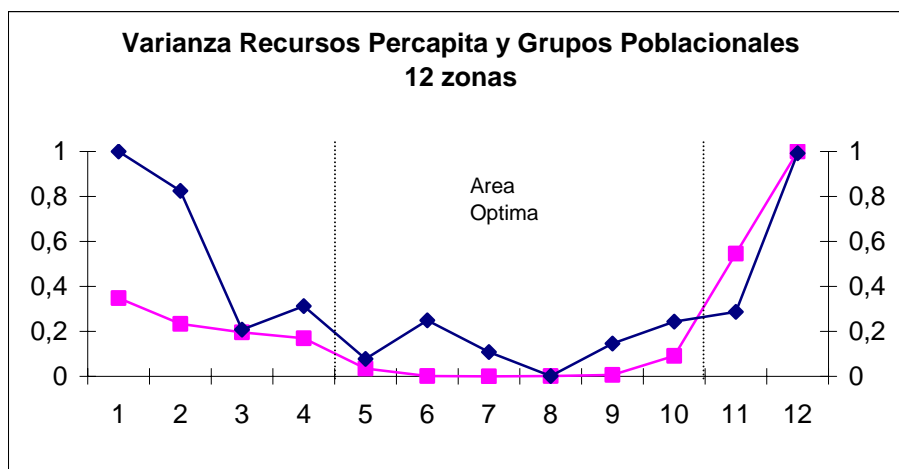
Llevados a un gráfico de dos ejes y revisadas las líneas de tendencia rápidamente se puede observar que cuando los grupos de trabajo extramurales se calculan para poblaciones menores de 1.500 habitantes los costos per cápita se disparan sobre los 500.000 pesos per cápita.

Relaciones entre costos per cápita y población en propuesta de servicios extramurales



Ello lleva a una primera conclusión, puesto que si no se pueden ni deben conformar equipos para menos de 1500 habitantes, y por otra parte es imposible pretender alcanzar el promedio de los servicios de salud urbanos, de 3000 afiliados por médico general, en las condiciones de población dispersa.

Un análisis más detallado de los costos promedio requiere tomar en cuenta la varianza de estos grupos para seleccionar el área óptima de análisis.



En el gráfico se puede observar que los grupos externos presentan gran variación por lo que no son tomados para el costo promedio, que se fija en estos grupos en 1388 habitantes y 316.175 pesos per cápita.

A partir de esta mediana se puede construir la siguiente tabla de costos per cápita población estandarizada con una variación equivalente de 18.000 pesos por cada 100 habitantes más o menos en el centro del grupo. Se construye arriba y abajo del promedio (80% gasto fijo y 20% gasto variable)

Tabla No. 12: Costo per cápita atención ambulatoria de primer nivel para población dispersa, según tamaño de grupo poblacional asignado a grupo extramural

población	fijos	variables	per capita
2.688	130.208	63.235	193.443
2.588	135.240	63.235	198.475
2.488	140.675	63.235	203.910
2.388	146.566	63.235	209.801
2.288	152.972	63.235	216.207
2.188	159.963	63.235	223.198
2.088	167.625	63.235	230.860
1.988	176.056	63.235	239.291
1.888	185.381	63.235	248.616
1.788	195.749	63.235	258.985
1.688	207.346	63.235	270.581
1.588	220.403	63.235	283.638
1.488	235.215	63.235	298.450
1.388	252.161	63.235	315.396
1.288	271.739	63.235	334.974
1.188	294.613	63.235	357.848
1.088	321.691	63.235	384.926
988	354.251	63.235	417.486
888	394.144	63.235	457.379
788	444.162	63.235	507.397

688	508.721	63.235	571.956
588	595.238	63.235	658.473
488	717.213	63.235	780.448

Como quiera que este promedio es inferior al mínimo deseable queda una única alternativa de conformar los grupos extramurales, bien por cada 1500 a 2000 habitantes, para un costo promedio de 258.985 pesos per cápita o entre 1500 y 2500 habitantes a un costo promedio de 239.291 pesos per cápita. O promediando los anteriores nos quedamos con el valor intermedio de 248.616 pesos per cápita para 1888 habitantes promedio por grupo multidisciplinario del área rural. Al suprimir algunos costos correspondientes a atención hospitalaria y remisiones y ajustar otros a los mínimos señalados en el cálculo de la División del Área Rural se puede establecer un per cápita cerrado de 200.000 pesos para los 16.000 habitantes que constituyen la población dispersa, lo que coincide con los cálculos presupuestales de la misma División.

El costo del recurso humano sería similar al actual si se incluye el equipo de dirección de los servicios del área rural. Sin duda similar a los 3.000 millones presupuestados en el año 2002, lo que equivale a 190.000 pesos per cápita. Si se aceptan las deficiencias de suministros, combustible y otros elementos, que limitan la eficiencia del trabajo extramural, podría redondearse el gasto necesario en 3.200 millones o 200.000 pesos per cápita.

Esto se traduciría en ocho grupos encabezados por médico general y odontólogo indispensables para atender esta población en el primer nivel ambulatorio y promoción y prevención. Estos grupos incluyen la atención en los centros de salud, lo que podría significar, si la distribución geográfica de los mismos fuera adecuada, cuatro equipos en centros de salud y cuatro equipos móviles a partir de los mismos, en busca de reducir los altos costos derivados de tener todos los equipos móviles con sede en la capital del departamento.

Ahora bien, cabe señalar que parte de las acciones de estos grupos deben ser financiadas vía PAB, en función que las actividades correspondientes también las desempeñan los equipos del área rural.⁵

Recursos del PAB

Al analizar la ejecución presupuestal del 2002 se observa que el total de recursos correspondientes al PAB y a promoción y promoción, junto con otros programas especiales financiados por el Ministerio de Protección Social ascienden a 2.141 millones.

De estos recursos se puede estimar que un 80% se dedican a acciones directas⁶, descontada administración y generales). Se estima de este modo los recursos para la población dispersa que constituye un 75% de la población y el per cápita correspondiente.

⁵ Cabe señalar que dentro de la UPC subsidiada se incluye el costo de las actividades de promoción y prevención, a diferencia del Régimen Contributivo.

⁶ En la actualidad un mayor porcentaje de los recursos del PAB se destina a financiar 20 personas del área de Salud Pública en el DASV, proporción que no resulta aceptable y que debe ser sustituida por rentas cedidas de conformidad con la Ley 715.

Tabla No. 13: VAUPÉS RECURSOS DEL PAB APLICABLES A POBLACIÓN DISPERSA 2002

	Valor presupuestado	acciones directas	porcentaje población dispersa
		80%	75%
Participaciones			
Salud Pública VAUPES	1.297.531.927,00	1.038.025.542	830.420.433
MITU	353.181.232	282.544.986	226.035.988
CARURU	128.823.874	103.059.099	82.447.279
TARAIRA	117.750.026	94.200.021	75.360.017
Programas nacionales			
control vectores	158.585.920	126.868.736	101.494.989
TBC	30.400.000	24.320.000	19.456.000
lepra	5.000.000	4.000.000	3.200.000
salud rural	50.000.000	40.000.000	32.000.000
Total	2.141.272.979,00	1.713.018.383	1.370.414.707
Per cápita para 16.000			85.651

El resultado de la operación es que con recursos del PAB se podrían financiar 85.000 pesos per cápita, por lo que el POS debería financiar para la atención ambulatoria y promoción y prevención 115.000 pesos per cápita aproximadamente.

Este valor representaría más del 50% de la UPC para zonas especiales y aún sería superior al 53% que ha pagado la ARS por la totalidad de los servicios ambulatorios y hospitalarios para cada afiliado (111.315 en el 2002).

Tabla No. 14: VALOR UPC RÉGIMEN SUBSIDIADO 2000-2003

	2000	2001	2002	2003
UPC	141.480	155.520	168.023	180.623
UPC ZONAS	176.850	194.400	210.029	225.779

2.1.2. Costos de la Atención Hospitalaria de I Nivel

En cuanto a la atención hospitalaria, esta se encuentra a cargo de la ESE Hospital San Antonio, única institución hospitalaria en el Departamento, que corresponde a un primer nivel de atención hospitalario, por no contar con especialidades, pero que por la razón de su ubicación debe atender casos quirúrgicos y ginecoobstétricos permanentemente.

Tabla No. 15: ESE HOSPITAL SAN ANTONIO PRODUCCIÓN HOSPITALARIA 2002

	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	
DATO					TOTAL
	MEDICINA	CIRUGIA	OBST	PEDIATRIA	
CAMAS	15	6	3	10	34
EGRESOS	245	197	181	268	891
DIAS CAMA OCUPADA	2048	619	389	1525	4581
DIAS CAMA DISPONIBLES	5420	2220	1115	3655	12410
DIAS ESTANCIA EGRESOS	1972	526	395	1490	4383

Según el estudio de la Universidad de Antioquia sobre la institución, es fundamental desarrollar plenamente el segundo nivel de atención, con las especialidades básicas de cirugía y anestesia, ginecología, medicina interna y pediatría, además de ortopedia que agrupa la mayoría de las remisiones actuales al segundo y tercer niveles de atención⁷:

“En la sede central además de los servicios de primer nivel que viene prestando, debe iniciar a la brevedad posible la oferta de servicios especializados en las áreas de Anestesia y Reanimación, Cirugía General y Pediatría y en la medida en que la demanda y su situación financiera lo permitan, se debe implementar el servicio de Ginecología y Obstetricia”.

“La prestación de servicios de salud de primer y segundo nivel en la E.S.E. Hospital San Antonio, es una necesidad manifiesta ante las evidentes dificultades de desplazamiento de pacientes urgentes hacia otras ciudades. Estos desplazamientos además de incrementar los costos en la atención de pacientes, aumentan los riesgos y en no pocas oportunidades disminuyen las posibilidades de sobrevivir, siendo mayor el riesgo de morir por la demora en la atención requerida. Es así como una atención que en Mitú sólo pudiera requerir de una cirugía con tres o cuatro días de hospitalización, se puede convertir en una atención en unidad de cuidados intensivos con muchos días de hospitalización, menos probabilidades de sobrevivir y costos mucho mayores.”

Como típica institución hospitalaria de los antiguamente denominados territorios nacionales, su productividad es reducida y sus costos por unidad de servicio resultan elevados. Las razones de la baja productividad están dados desde luego por la necesidad de mantener abiertos una serie de servicios para una población reducida, pero que por razones geográficas y de comunicaciones no podría acceder a otro servicio. Igualmente ha contado en su desarrollo la política de fronteras y presencia del Estado, de tal modo que no se puede hablar en principio de una entidad sobredimensionada sino dimensionada (al igual que otras similares), para condiciones muy específicas de estos territorios y sus poblaciones.

No quiere decir lo anterior, que a las necesarias ineficiencias (costos muertos) que determina el tener servicios abiertos para poblaciones reducidas, no se sumen ineficiencias administrativas propias, lo que se evidencia con facilidad al revisar las cifras de productividad⁸.

En la tabla siguiente puede apreciarse la situación de productividad para el 2002 del Hospital San Antonio, frente a una situación que consideramos ideal en el análisis en términos de mínimos disponibles (10 camas en medicina interna, cinco para hombres y

⁷ Informe de Salud Total sobre remisiones desde Mitú y costo de las mismas para 2002.

⁸ Cifras del Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, para el Hospital San Antonio.

cinco para mujeres) para un porcentaje ocupacional que supere el 50%, seis camas en cirugía, un mínimo para cualquier contingencia, máxime por la situación de orden público, aunque no se alcance el 30% de porcentaje ocupacional, siete camas en pediatría para alcanzar el 40% de ocupación y garantizar que pueda ser atendida una mínima condición epidémica y las camas actuales en obstetricia.

Tabla No. 16: SITUACIÓN ACTUAL

	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	SERVICIO	
DATO / INDICADOR					TOTAL
	MEDICINA	CIRUGIA	OBST	PEDIATRIA	
CAMAS	15	6	3	10	34
EGRESOS	245	197	181	268	891
DIAS CAMA OCUPADA	2.048	619	389	1.525	4.581
DIAS CAMA DISPONIBLES	5.420	2.220	1.115	3.655	12.410
DIAS ESTANCIA EGRESOS	1.972	526	395	1.490	4.383
% OCUPACIONAL	37,79	27,88	34,89	41,72	36,91
GIRO CAMA	16,33	32,83	60,33	26,80	26,21
PROMEDIO DIA ESTANCIA	8,05	2,67	2,18	5,56	4,92

Tabla No. 17: SITUACIÓN IDEAL

EGRESOS	245	197	181	268	891
CAMAS	10	6	3	7	26
DIAS CAMA OCUPADA	2.048	619	389	1.525	4.581
DIAS CAMA DISPONIBLES	3.600	2.160	1.080	2.520	9.360
% OCUPACIONAL	0,57	0,29	0,36	0,61	0,49
GIRO CAMA	24,5	32,83	60,33	38,29	34,27

Resulta obvio que el nivel de productividad alcanzado seguirá dejando mucho que desear aún si se suprimen ocho camas de las actuales, pero suprimir más significa un riesgo para la población.

Por demás, 891 egresos representan menos del 4% del total de habitantes y el número de remisiones hospitalarias de los asegurados en el 2002 al Régimen Subsidiado no alcanzan 300⁹, por lo que apenas se superaría una tasa de hospitalización del 5%, la mitad de la esperada en la población asegurada en el Régimen Contributivo. Ello demuestra que la población dispersa, indígena, utiliza el hospital la mitad de las veces que la población urbana del país (10%), o lo que es igual se hospitaliza en condiciones más difíciles o específicas que la población general, dado el problema cultural y de comunicaciones. No es que no se requieran las camas para ese número de habitantes.

⁹ Informe de Salud Total sobre remisiones desde Mitú y costo de las mismas para 2002

También al observar la composición de la nómina, se puede comprobar que se trabaja con mínimos en el personal asistencial para las necesidades del hospital y la población (sin hablar de la falta de especialistas), al mismo tiempo que se aprecia la ineficiencia, con un porcentaje muy elevado de funcionarios administrativos.

Tabla No. 18: HOSPITAL SAN ANTONIO. COMPOSICIÓN DE LA NÓMINA 2003

FUNCIONARIOS ASISTENCIALES	55
FUNCIONARIOS ADMINISTRATIVOS	41
TOTAL	96
Porcentaje funcionarios Adm.	43%

Sin embargo es necesario partir de que una institución requiere siempre mantener un número de camas y de otros recursos disponibles y no ocupados para enfrentar situaciones de incremento de la mortalidad por distintas causas en su población. Cuanto menor es la población a cubrir ese margen “muerto” indispensable representa una mayor proporción del total de recursos. Esto resulta fácil de apreciar al observar la totalidad de la nómina asistencial.

Tabla No. 19: HOSPITAL SAN ANTONIO VAUPÉS NÓMINA ASISTENCIAL 2003

	planta	rural	total
médicos	5	2	7
odontólogos	2	1	3
bacteriólogos	1	2	3
Enfermeras	4	0	4
Terapista	2	0	2
Nutricionista	1	0	1
Sicólogo	1	0	1
Técnico Radiología	1		1
Auxiliares de enfermería	23		23
Auxiliares de laboratorio	2		2
Auxiliar odontología	3		3
Auxiliar trabajo social	1		1
Promotores de salud	3		3
Auxiliar higiene oral	1		1
Total			55

El número de cargos asistenciales no resulta en absoluto excesivo para enfrentar los servicios durante las 24 horas (cuatro turnos como mínimo con los correspondientes descansos), menos de dos médicos por turno, menos de un bacteriólogo por turno, menos de seis auxiliares de enfermería por turno (incluye auxiliares de esterilización).

El análisis y la propuesta de reestructuración que hace parte de este estudio suprime personal administrativo sobrante, pero incrementa personal asistencial relacionado con las especialidades quirúrgicas y pediatría. En conclusión no se logra una disminución global de costos de la nómina del hospital sino un incremento.

Tabla No. 20: HOSPITAL SAN ANTONIO VAUPÉS GASTO ESTIMADO

Gasto hospital	
actual	
presupuesto ejecutado 2002	2.830.760.000
costo EPD	319.220
costo per cápita	125.812
ideal	
presupuesto estimado	3.400.775.540
costo EPD	383.499
costo per cápita	151.146
promedio	
presupuesto estimado	3.115.767.770
costo EPD	351.359
costo per cápita	138.479

Para efectos prácticos se toma el promedio para el análisis de gasto per cápita en este primer nivel hospitalario, que no obstante incluye algunas actividades de segundo nivel, todas ellas desde luego contempladas en el POS Subsidiado, por su características maternoinfantiles o quirúrgicas de baja complejidad.

El denominador para el cálculo per cápita fue la población total, de 24.000, según la proyección del Censo de vacunación del Departamento Administrativo de Salud.

Por otra parte, el total de presupuesto de oferta para el Vaupés por concepto de participaciones ascendió a 2.920.632.182, de los cuales corresponden al primer nivel tan sólo 756.209.814 (1.076.218.000 corresponden a aportes patronales, que cubren a todo el personal incluida la Dirección Seccional y el equipo de atención rural) y 1.088.204.368 a servicios distintos del primer nivel.

Se deduce del presupuesto del Departamento Administrativo de Salud que la totalidad de estos recursos correspondientes al primer nivel (y denominados de oferta en la Distribución de Participaciones del DNP), no son contemplados en ingresos de oferta sino en venta de servicios a vinculados o venta a los distintos municipios y corregimientos para los que se destinan tales participaciones del I Nivel.

**Tabla No. 21: PARTICIPACIONES OFERTA I
NIVEL 2002**

MITU	95.683.411
CARURU	50.595.315
CORREG. PACOA	153.132.946
TARAIRA	26.843.089

CORREG. PAPANAU	59.916.049
CORREG. YAVARATE	63.405.856
CORREG. VILLA FATIMA	109.017.656
CORREG. ACARICUARA	197.615.492
Total	756.209.814

Por tanto se pueden restar los 756 millones al presupuesto estimado del hospital para el cálculo del per cápita faltante, al igual que la proporción de los aportes patronales que correspondería al hospital, que se estima según la distribución de funcionarios por falta de la cifra exacta.

Tabla No. 22: DISTRIBUCIÓN PERSONAL DE PLANTA DASV Y ESTIMACIÓN PROPORCIÓN DE APORTES PATRONALES

Grupo	Numero	Porcentaje	Proporción A. patronales
hospital	96	37,35%	402.011.393
Área Rural	103	40,08%	431.324.724
Otros DAS	58	22,57%	242.881.883
Total	257	100,00%	1.076.218.000

En consecuencia, al restar los recursos de oferta puede estimarse la necesidad de financiamiento por demanda de la atención hospitalaria de vinculados o subsidiados en aspectos no POS.

Tabla No. 23: GASTOS HOSPITAL A FINANCIAR POR DEMANDA

Promedio	
presupuesto estimado	3.115.767.770
costo EPD	351.359
costo per cápita	138.479
Menos recursos de oferta	
Servicios primer nivel	756.209.814
Aportes patronales hospital (est.)	402.011.393
A financiar por demanda	1.957.546.563
costo per cápita	87.002

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el hospital presta los servicios ambulatorios para la población no dispersa, por lo que es necesario estimar este costo exclusivo para los 8.000 habitantes que constituyen la población no dispersa, ya que el de los equipos extramurales se asignó a la población dispersa.

Para este cálculo se utiliza la metodología Equivalente Paciente Día, EPD, que unifica la producción total del hospital en este indicador, equivalente a un día de hospitalización, dos urgencias o cuatro consultas ambulatorias.

Tabla No. 24: CÁLCULOS EPD

HOSPITALARIOS Y AMBULATORIOS

EPD 10.087 consultas /4	2.522	28,44%
EPD 3.530 urgencias /2	1.765	19,90%
EPD días cama ocupados	4.581	51,66%
Total	8.868	100,00%
EPD hospitalización y urgencias	6.346	71,56%

Las consultas ambulatorias significan según el cálculo por la metodología EPD el 28% de la producción hospital y por tanto del gasto, consultas que sólo se pueden atribuir a la población no dispersa. La producción de hospitalización y urgencias equivale al 71,56%, que se estimará para el total de la población de Vaupés.¹⁰

En consecuencia, el gasto se distribuye en la siguiente forma para estimar el costo per cápita de los servicios de urgencia y hospitalarios, tomando como denominador la población total, de 24.000 personas. Igualmente el ambulatorio, para calcular el costo per cápita atribuible a la población no dispersa.

Tabla No. 25: DISTRIBUCION GASTO HOSPITALARIO POR EPD

Gasto hospitalario total	3.115.767.770
Gasto hospitalario EPD 71,56%	2.229.643.416
Gasto ambulatorio EPD 28,44%	886.124.354
Per cápita hospitalario	92.902
Per cápita ambulatorio población no dispersa	110.766

Como quiera que parte del gasto hospitalario se financia por oferta, se establece esta misma distribución para los recursos restantes que debe lograr vía demanda.

Tabla No. 26: DISTRIBUCIÓN GASTO HOSPITALARIO A FINANCIAR POR DEMANDA

Gasto hospitalario a financiar por demanda	1.957.546.563
Gasto hospitalario EPD 71,56%	1.400.820.320
Gasto ambulatorio EPD 28,44%	556.726.242
Per cápita hospitalario	58.368
Per cápita ambulatorio población no dispersa	69.591

2.2. Gasto en segundo, tercer y cuarto nivel de atención

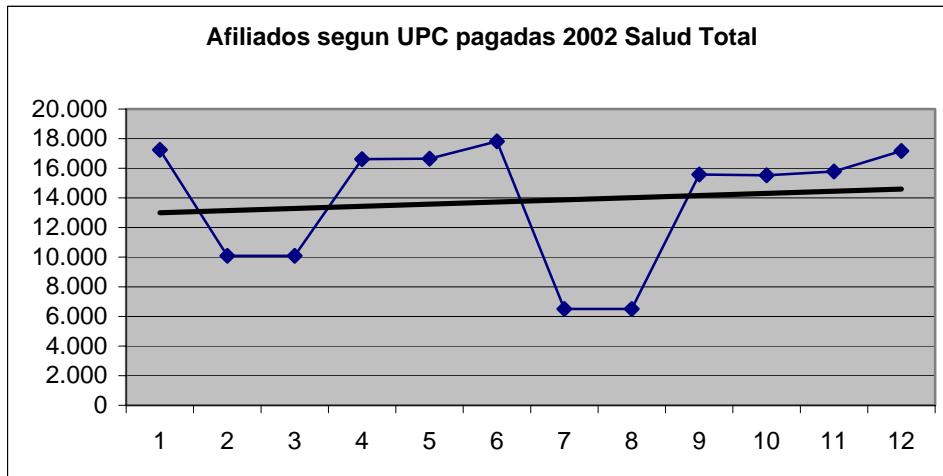
De conformidad con las cifras entregadas por Salud Total para la vigencia del 2002, los servicios de segundo, tercer y cuarto nivel causaron los siguientes gastos.

¹⁰ Aunque los servicios de urgencias se definen tradicionalmente como servicios ambulatorios, para este caso específico de asignación se agrupan con los hospitalarios, dado que en la práctica es la única vía de acceso para la población dispersa.

**Tabla No. 27: GASTO AFILIADOS SALUD TOTAL RÉGIMEN SUBSIDIADO
FUERA DE VAUPÉS AÑO 2002**

Nivel	Tipo de evento	valores	% UPC
1 N A	CONSULTA MEDICINA GENERAL	512.144	0,02%
	DROGAS	5.486.458	0,19%
	ECOGRAFIA	3.215.232	0,11%
	LABORATORIO CLINICO	19.974.271	0,69%
	MEDICAMENTOS	924.681	0,03%
	ODONTOLOGIA	1.137.641	0,04%
	PROMOCION	73.985	0,00%
	RAYOS X	4.604.466	0,16%
Total 1 N A		35.928.878	1,24%
1 N H	HX MEDICA 1N	7.172.389	0,25%
	PARTOS	19.244.158	0,66%
	URGENCIAS	54.232.861	1,87%
Total 1 N H		80.649.407	2,78%
2 Y 3 A	BIOPSIAS	1.230.563	0,04%
	CONSULTA MD ESPECIALIZADA	10.802.331	0,37%
	CONSULTA PARAMEDICA	1.271.352	0,04%
	ENDOSCOPIA	1.750.843	0,06%
	MEDICINA NUCLEAR	587.340	0,02%
	OPTOMETRIA	839.067	0,03%
	OTROS PROCEDIMIENTOS	19.642.121	0,68%
	RESONANCIA MAGNETICA	1.937.422	0,07%
	SERVICIOS DE OXIGENO	1.660.833	0,06%
	SUMINISTROS	4.415.617	0,15%
	TOMOGRAFIA	2.324.751	0,08%
Total 2 Y 3 A		46.462.239	1,60%
2 Y 3 H	CESAREAS	14.628.403	0,50%
	CX AMBULATORIA	55.825.444	1,93%
	CX HOSPITALARIA	73.677.989	2,54%
	HX MEDICA 2N 3N	111.085.678	3,83%
Total 2 Y 3 H		255.217.514	8,81%
4 N	UCI	157.441.134	5,43%
	UCIM	20.519.568	0,71%
	CANCER	29.864.129	1,03%
	DIALISIS	41.405.488	1,43%
	NCX	4.568.104	0,16%
	QUEMADOS	11.881.741	0,41%
	REEMPLAZO	3.022.912	0,10%
	CXCV	641.134	0,02%
Total 4 N		269.344.209	9,29%
OTROS	AMBULANCIAS	10.223.947	0,35%
	OTROS	705.765	0,02%
Total OTROS		10.929.712	0,38%
Total general		698.531.960	24,10%

Estas cifras y porcentajes sobre la UPC están expresados sobre 13.800 afiliados promedio año según las mismas cifras de afiliación suministradas por Salud Total, que muestran unas caídas muy importantes de carnetizados en dos periodos.



Aunque el número de afiliados de los contratos del 2002 se acercó a los 20.000, el promedio resultante en la práctica dada la interrupción de estos en algunos periodos, es de 13.800 afiliados, lo que significaría un gasto per cápita de 50.618 pesos, al que deben agregarse costos de transportes aéreos de más de 300 pacientes y costos de albergues, informados igualmente por la entidad.

Tabla No. 28: TOTAL GASTOS AFILIADOS R. SUBSIDIADO REMITIDOS DE VAUPÉS AÑO 2002

Gasto médico	698.531.960
Transporte	13.250.600
Albergues	249.490.670
Total	961.273.230
Per cápita	69.657

Para la población vinculada y los servicios no POS el gasto ejecutado en prestación de servicios del tercer nivel es de 528.246.000.

2.3. Gasto per cápita en todos los niveles de atención

Considerados los gastos necesarios en la atención del Primer Nivel más los gastos reales en otros niveles se requeriría una UPC 1.36 veces mayor de la actualmente existente para territorios nacionales (1.70 sobre la UPC no especial) para la población dispersa.

Tabla No. 29: CÁLCULO PRELIMINAR DE UPC POBLACIÓN DISPERSA

Primer nivel ambulatorio	115.000
Primer nivel hospitalario	58.368
Remisiones a otros niveles	69.657
Total	243.025
Administración	42.887

Total UPC necesaria	285.911
Relación con UPC zona especial 2002	1,36
Relación con UPC 2002 no especial	1,70

administración en 15% UPC vigente 2002

Ahora bien, si se tiene en cuenta el nuevo porcentaje de administración permitido en el Régimen Subsidiado, el resultado sería tan sólo un 1,44 sobre la UPC de zonas especiales y 1,80 sobre la UPC general del Régimen Subsidiado.

**Tabla No. 30: CÁLCULO PRELIMINAR DE UPC
POBLACIÓN DISPERSA**

Primer nivel ambulatorio	115.000
Primer nivel hospitalario	58.368
Remisiones a otros niveles	69.657
Total	243.025
Administración	27.003
Total UPC necesaria	270.027
Relación con UPC zona especial 2002	1,29
Relación con UPC 2002 no especial	1,61

administración en 10% UPC vigente 2003

Para la población no dispersa no se incluye el costo del primer nivel ambulatorio pues está implícito en los costos de la entidad hospitalaria donde recibe su atención. De tal modo que para esta población del Régimen Subsidiado (20%) el gasto total estaría en la suma del costo per cápita del primer nivel hospitalario más el costo per cápita de remisiones

**Tabla No. 31: CÁLCULO PRELIMINAR DE UPC
POBLACIÓN NO DISPERSA**

Primer nivel ambulatorio en Hospital	69.591
Primer nivel hospitalario	58.368
Remisiones a otros niveles	69.657
Total	197.615
Administración	34.873
Total UPC necesaria	232.489
Relación con UPC zona especial 2002	1,11
Relación con UPC 2002 no especial	1,38

administración en 15% UPC vigente 2002

Igualmente se calcula con el costo de administración vigente en el 2003

**Tabla No. 32: CÁLCULO PRELIMINAR DE UPC
POBLACIÓN NO DISPERSA**

Primer nivel ambulatorio en Hospital	69.591
Primer nivel hospitalario	58.368
Remisiones a otros niveles	69.657

Total	197.615
Administración	21.957
Total UPC necesaria	219.573
Relación con UPC zona especial 2002	1,05
Relación con UPC 2002 no especial	1,31

administración en 10% UPC vigente 2003

Finalmente se estima la UPC necesaria, teniendo en cuenta la proporción de cada uno de estos dos grupos de distinto costo en el Régimen Subsidiado.

**Tabla No. 33: TOMANDO EN CUENTA 80%
POBLACIÓN DISPERSA PARA R. SUBSIDIADO
VAUPÉS**

UPC necesaria población dispersa (80%)	285.911
UPC necesaria población no dispersa (20%)	232.489
UPC promedio Vaupés	275.227
Relación con UPC zona especial 2002	1,31
Relación con UPC 2002 no especial	1,64

administración 15% vigente 2002

Con el costo de administración limitado en el 2003 al 10%, el resultado definitivo para el Vaupés sería 1,55 UPC regular del Régimen Subsidiado o 1,24 veces la actual UPC para zonas especiales.

**Tabla No. 34: TOMANDO EN CUENTA 80%
POBLACIÓN DISPERSA PARA R. SUBSIDIADO
VAUPÉS**

UPC necesaria población dispersa (80%)	270.027
UPC necesaria población no dispersa (20%)	219.573
UPC promedio Vaupés	259.936
Relación con UPC zona especial 2002	1,24
Relación con UPC 2002 no especial	1,55

administración en 10% UPC vigente 2003

Es claro que este valor depende de la proporción de población dispersa en el Régimen Subsidiado en cada territorio que se estudie. Las variables de población dispersa con sobrecostos de atención primaria, y la de población no dispersa con sobrecostos en la atención ambulatoria institucional, definen el sobrecosto a financiar por demanda, mientras el costo hospitalario atribuible a toda la población define el sobrecosto a financiar vía oferta.

2.4. Otras miradas al problema del mayor costo de atención de la población del Vaupés

Al relacionar la venta de servicios que logró el Departamento Administrativo de Salud a la ARS Salud Total por un 53% de la UPC por la modalidad de capitación para el año 2002, se pueden obtener las relaciones entre este valor y los gastos estimados como ideales de la prestación de servicios en el primer nivel.

Tabla No. 35

Costo servicios en relación con recaudo por venta de servicios pob. dispersa	
Valor UPC 2002	210.029
venta de servicios al 53%	111.315
Costo servicios ambul. y hosp.. I Nivel población dispersa	173.368
Relación	1,56
Diferencia	62.052
Pérdida para 16.000 habitantes	992.834.294
Costo servicios en relación con recaudo por venta de servicios pob. No dispersa	
Valor UPC 2002	210.029
venta de servicios al 53%	111.315
Costo servicios ambul. y hosp. I Nivel población no dispersa	87.002
Relación	0,78
Diferencia	-24.313
Utilidad para 4000 habitantes R. Subsidiado población no dispersa	-97.253.202
Pérdida total en venta de servicios al R. Subsidiado	895.581.091

Como se puede apreciar, el sobrecosto de los servicios ambulatorios para el primer nivel de atención ambulatoria en el 2002 se estima aproximadamente en 62.000 pesos para la población dispersa.

Por otra parte, dado que el Vaupés administra el primer nivel de atención completo, mediante contrato de capitación, la cifra aproximada de 70.000 pesos del costo de los servicios en los niveles de complejidad superiores, evidencia que el costo administrativo lo gana la ARS por manejar en realidad tan sólo un tercio de la UPC, lo que significa que el DASV en realidad ha perdido injustificadamente el 10% de costo administrativo hasta el 2002 y el 6.66% a partir del 2003.¹¹

Sobre una cifra ideal de 20.000 afiliados ello significaría 741 millones para 2002 sobre el 15% de administración y 467 millones si se estima el 10% de administración vigente a partir de 2003.

En caso de que se incrementara la UPC hasta la cifra estimada de 270.000 pesos del 2002, para cubrir el mayor costo de los servicios ambulatorios a la población dispersa, los servicios de segundo nivel hacia arriba tan sólo representarían el 25% del costo y el desperdicio de gasto administrativo, cuando el Departamento asume el 75% de los servicios, sería mucho mayor.

No parece por tanto tener mucho sentido un sistema de aseguramiento costoso que tan sólo se encarga de un tercio de los servicios, mientras el pagador se encarga de

¹¹ Para el año 2003 el contrato de capitación ascendió del 53 al 60% de la UPC, de tal modo que se comprueba cómo, restado el 10% de administración, el DASV descuenta por la derecha dos tercios del costo del costo de prestación de servicios del Régimen Subsidiado y se encarga de estos servicios, pero paga la administración como si contratara el 100% de los mismos.

los otros dos tercios. Menos aún si se reajustara al futuro en consecuencia con los altos costos de la atención ambulatoria, la UPC para la población dispersa y el asegurador tan sólo se encargara del 25% de los servicios y cobrara la administración de todos ellos.

Más grave resulta la práctica de este aseguramiento, si se observa, como en el caso del Vaupés, que los periodos cortos de interrupción de contratos son pagados o reconocidos con posterioridad, sin que hayan representado carnetización efectiva o prestación efectiva de servicios, hecho que acaba por convertirse en una simple apropiación de los recursos.

Adicionalmente el hecho de que se disponga de un solo asegurador y un solo prestador señala la ausencia absoluta de condiciones de mercado, por lo que el aseguramiento en este caso no se traduce en adecuación de precios ni garantía de la calidad de los servicios, resultados que teóricamente se obtienen gracias a la competencia, en condiciones de mercado.

Por lo anterior, es pertinente cuestionar el aseguramiento del primer nivel de atención en el Vaupés y departamentos similares, donde de este no se obtiene beneficio alguno, y en la práctica tampoco se paga, en función del descuento automático de la capitación que hace el pagador¹², pero sí ocasiona gastos de administración. Lo contrario se puede señalar del aseguramiento sobre el porcentaje del POS que corresponde a los niveles de atención superiores, donde la existencia del asegurador ha hecho efectivo el acceso real a servicios de segundo, tercer nivel y alto costo, y también ha garantizado el transporte e incluso el alojamiento de los afiliados.

En consecuencia sería recomendable crear para el departamento del Vaupés y otros similares un sistema de aseguramiento que incluya los servicios de mayor complejidad y excluya el primer nivel de atención, el que se garantizaría por el sistema de oferta, sobre un modelo de atención y unos costos per cápita racionales. Esta opción podría atraer mayor competencia entre los aseguradores, que no deberán comprometerse en la prestación de servicios en zonas distantes e inaccesibles, mientras que por otra parte eliminaría importantes costos de administración sobre la mayoría de los servicios, que corresponden al primer nivel de atención ambulatorio y hospitalario, servicios que el asegurador en la práctica no asume.

¹² Cuando el mismo comprador del aseguramiento es el vendedor de más del 60% de los servicios a los asegurados, esto se convierte en la práctica en un contrato innecesario y oneroso de la entidad consigo misma, utilizando una intermediación que no agrega ningún valor, al menos en el primer nivel de atención.

3. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LA OFERTA A LA DEMANDA

3.1. Evolución del financiamiento de los servicios de salud del Vaupés 1997-2002

Se analiza la evolución de los principales rubros de la ejecución presupuestal de ingresos del Departamento Administrativo de Salud del Vaupés durante el periodo 1997-2002. Se llevan a pesos de valor constante de 1994.

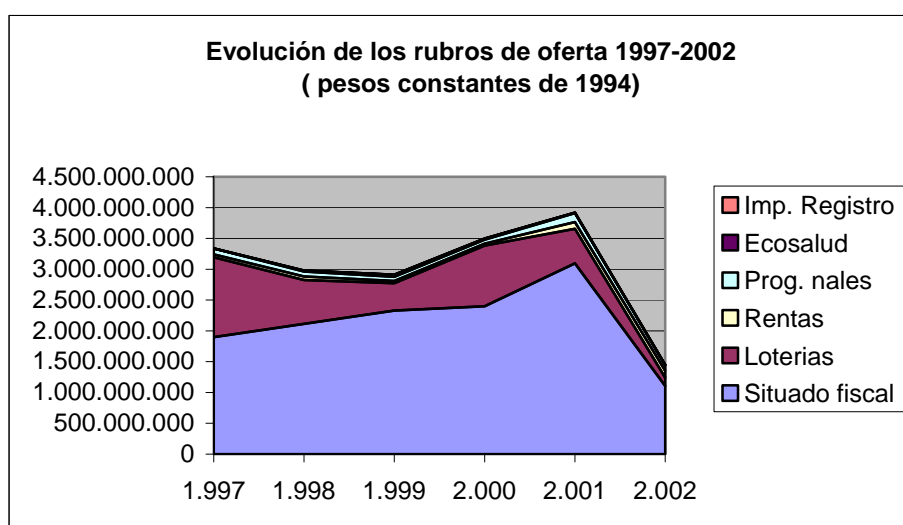
En primer lugar los recursos clasificados como de oferta, incluidos los de salud pública.

Tabla No. 36: VAUPÉS: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE INGRESOS. EVOLUCIÓN DE LOS RUBROS DE OFERTA

	Situado fiscal	Loterías	Rentas	Prog. nales	Ecosalud	Imp. Registro
1.997	1.898.510.000	1.295.456.000	47.888.000	95.398.000	0	1.151.000
1.998	2.113.539.000	711.916.000	55.847.000	82.320.000	16.022.000	0
1.999	2.329.978.000	442.815.000	36.139.000	68.499.000	32.207.000	0
2.000	2.398.693.467	985.113.091	30.694.764	65.154.144	16.800.037	0
2.001	3.096.126.265	559.595.387	108.566.516	145.229.268	8.846.960	414.407
2.002	1.106.879.632	135.404.566	110.582.140	92.075.990	451.003	335.252

Pesos constantes de 1994

En forma gráfica:



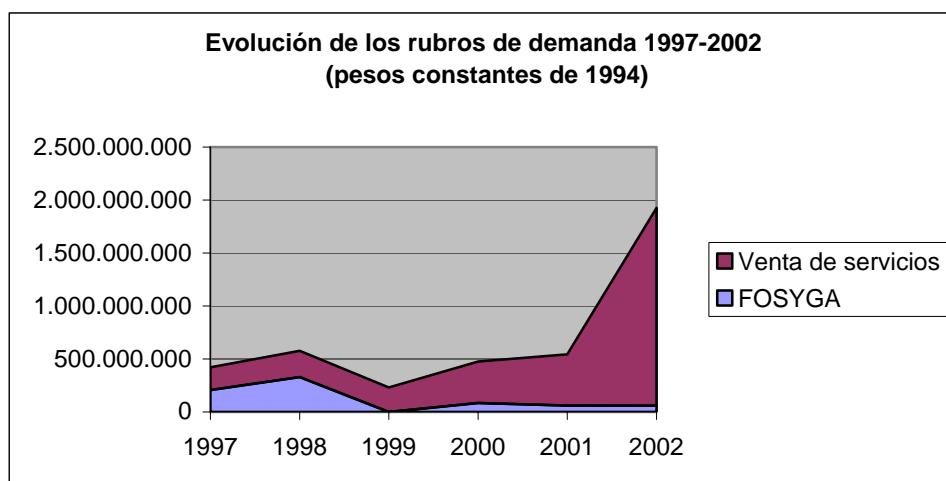
En segundo lugar se revisa la evolución de los recursos clasificados como de demanda

**Tabla No. 37: VAUPÉS: EJECUCIÓN
PRESUPUESTAL DE INGRESOS
EVOLUCIÓN RUBROS DE DEMANDA 1997-
2002**

	FOSYGA	Venta de servicios
1997	206.750.000	214.776.000
1998	328.811.000	248.893.000
1999	0	230.997.246
2000	85.135.865	390.908.283
2001	61.016.864	482.860.757
2002	59.150.810	1.866.719.174

Pesos constantes de 1994

En forma Gráfica:



Pero para analizar la transición de la oferta a la demanda, en el comportamiento de ingresos, lo importante es preguntar si la agregación de los dos tipos de ingresos sigue sumando lo mismo, es decir sin importar que los ingresos cambien de rubro, el total disponible no se afecte.

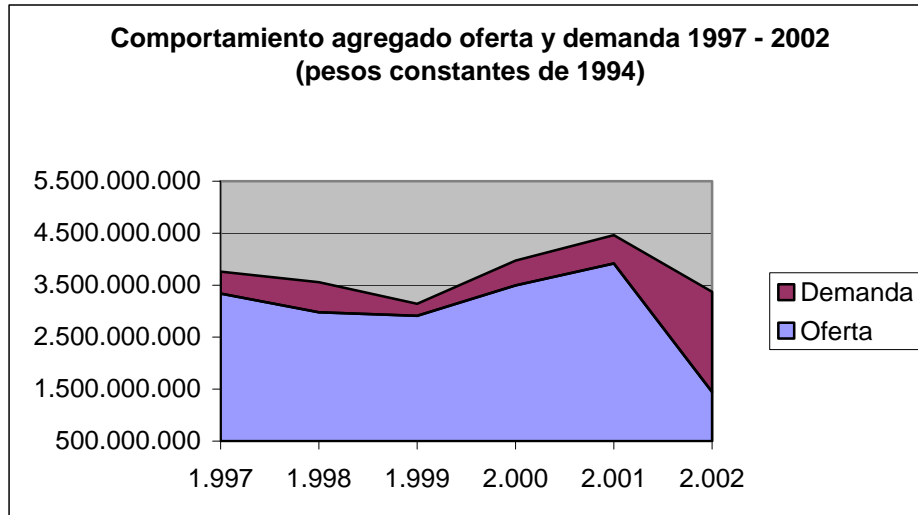
**Tabla No. 38: VAUPÉS: EJECUCIÓN
PRESUPUESTAL DE INGRESOS
COMPORTAMIENTO AGREGADO DE OFERTA Y
DEMANDA**

	Oferta	Demanda
1.997	3.338.403.000	421.526.000
1.998	2.979.644.000	577.704.000
1.999	2.909.638.000	230.997.246
2.000	3.496.455.504	476.044.148

2.001	3.918.778.802	543.877.622
2.002	1.445.728.583	1.925.869.984

Pesos constantes de 1994

En forma gráfica:



Como se puede apreciar en el gráfico anterior, en el año 2002 se presenta una importante reducción de los recursos agregados que lleva el total a niveles de 1999, o dicho de otra forma, el crecimiento de los recursos de demanda no alcanzó a sustituir la disminución de recursos de oferta en el año 2002.

En términos presupuestales, los ingresos de oferta disminuyen un 63% por la aplicación de la ley 715. Mientras que los principales rubros de demanda se incrementaron 70.3% entre 1998-2002.

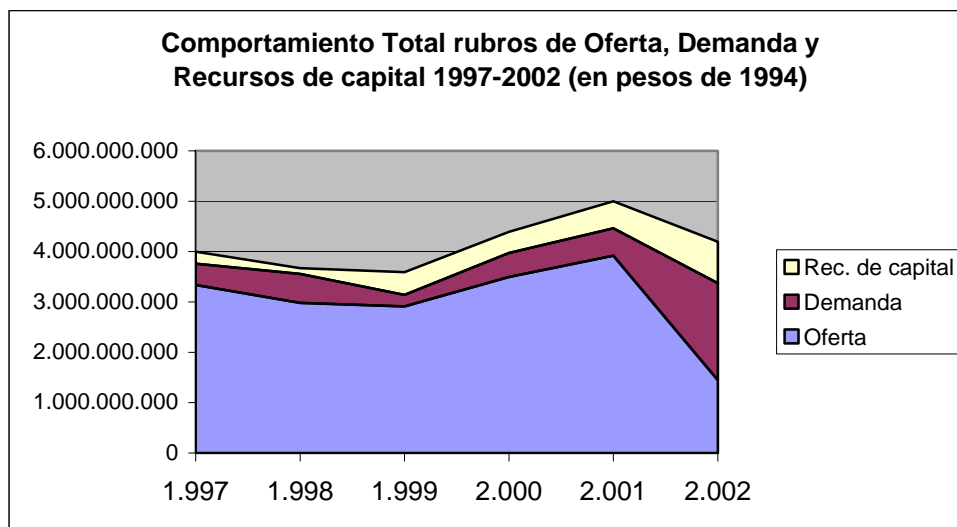
Finalmente se revisa el comportamiento del total de los rubros de ingreso en el periodo 1997-2002 en pesos constantes de 1994.

**Tabla No. 39: VAUPÉS: EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE
INGRESOS
COMPORTAMIENTO TOTAL (OFERTA, DEMANDA Y R.DE
CAPITAL)**

	Oferta	Demanda	Rec. de capital
1.997	3.338.403.000	421.526.000	238.992.000
1.998	2.979.644.000	577.704.000	113.018.000
1.999	2.909.638.000	230.997.246	450.175.000
2.000	3.496.455.504	476.044.148	420.651.475
2.001	3.918.778.802	543.877.622	537.146.021
2.002	1.445.728.583	1.925.869.984	824.824.801

Pesos constantes de 1994

Como se puede observar en la gráfica siguiente, el crecimiento de los recursos de demanda aunado al crecimiento de los recursos de capital, no alcanza a compensar la reducción de los recursos de oferta en el año 2002, en pesos constantes.



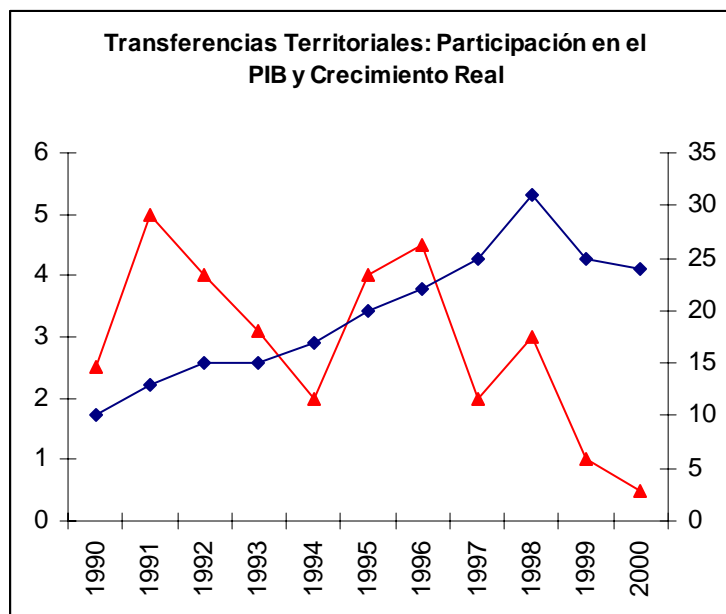
Cuando se considera el total de recursos de oferta y demanda, el efecto neto de la adopción de la ley 715 para el año del 2002 es una caída del 24%. Con el efecto de los excedentes financieros el efecto se reduce al 16%.

3.2. El marco general de la transformación

El sistema de transferencias de entidades territoriales hasta el año 2001 estaba definido por los artículos 356 y 357 de la constitución política. Los recursos estaban conformados por el situado fiscal y la participación de los municipios dentro de los ingresos corrientes de la nación.

Esta forma de transferencias de recursos hacia los entes territoriales hacía que fuera vulnerable ante los cambios en el ciclo económico. En este sentido, tal como se aprecia en la gráfica No.() , en la fase expansiva del ciclo, tanto departamentos como municipios recibían mas recursos para financiar educación, salud y demás sectores que requerirían inversión social.

Grafica No



Las implicaciones de la prociclicidad de los recursos se ve traducida en incrementos en la presión fiscal en la parte recesiva del ciclo, debido al incremento en los costos de nomina entre vigencias, los cuales tienen un alto componente de discrecionalidad, quitándole flexibilidad al gasto.

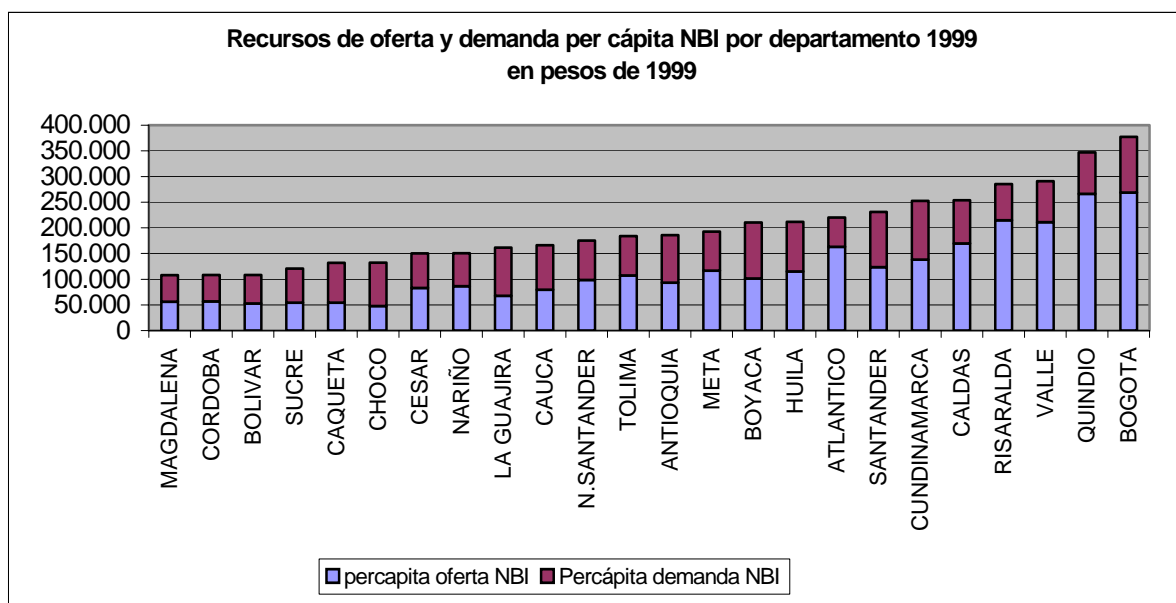
Otro aspecto que caracteriza la transición de recursos está relacionado con la disparidad entre las competencias que debían ejercer los recursos y el incremento de los mismos. Según los planteamientos de la Ley 715, los recursos eran predeterminados independientemente del logro de las metas de recursos y de la gestión realizada.

Complementario a este hecho, el incremento en los recursos no se vio traducido en un incremento sustancial en la cobertura y calidad de los servicios de salud, tal como lo presenta el estudio de Martínez , Robayo y Valencia (2003)¹³, la cobertura alcanzada ocho años después de la ley 100 solo alcanzo algo más del 50% para todo el sistema general de seguridad social.

La ineficiencia de los recursos traducida en bajos indicadores de cobertura y calidad, es explicada por que los dos tipos de transferencias para el financiamiento de salud y educación se realizaban con criterios y variables distintas, lo que tenía serias implicaciones en términos de equidad.

Tal como se aprecia en la gráfica No, (). Existía una alta variabilidad de los recursos por departamento y muchas veces los criterios de asignación de recursos que incrementaban la inequidad entre regiones.

¹³ “¿Por qué no se logra la Cobertura Universal de la Seguridad Social en Salud?” FEDESALUD 2003.



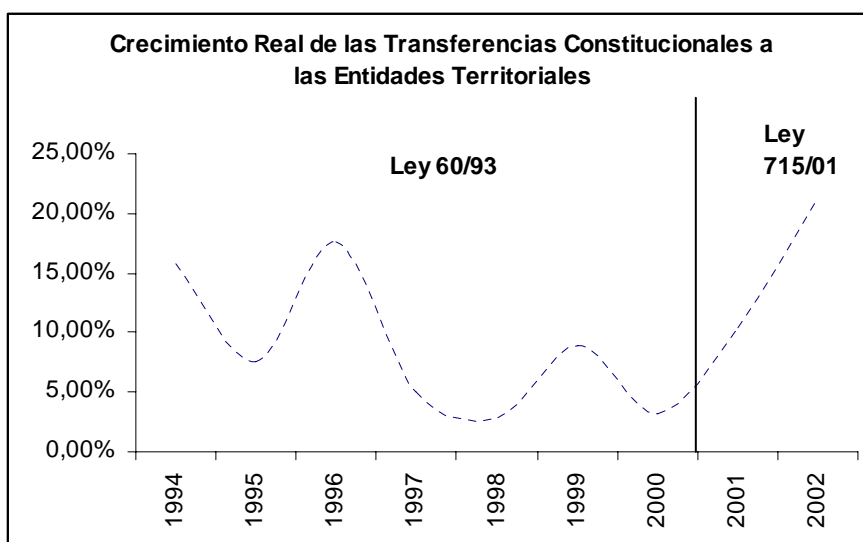
En síntesis los problemas ocasionados por la Ley 60 se pueden agrupar en tres rubros:

- 1) Impacto del ciclo económico sobre la asignación de los recursos.
- 2) Asimetrías e inflexibilidad en la asignación del gasto.
- 3) Poca cobertura y calidad de los servicios.
- 4) Inequidades regionales que se traducen en incrementos en la ineficiencia del gasto.

3.2.1. La Ley 715 del 2002.

La ley 60 de 1993, se reforma la ley mediante la ley 715 de 2001, cambia la estructura de competencias entre los diferentes niveles de gobierno y define el sistema general de participaciones con un nuevo esquema, que une todas las transferencias del Estado a los territorios, divididos entre participaciones en salud, educación y una participación de propósito general. Este nuevo sistema de distribución se hace acorde con las competencias y los criterios específicos de acuerdo a las necesidades de los rubros de educación y salud.

La nueva asignación queda conformada de la siguiente forma: 58.5% para educación, 24.5% para salud, 17% para las participaciones con propósitos generales y un 4% de asignaciones especiales los cuales se destinan principalmente a resguardos indígenas y alimentación escolar.



Tal como se aprecia en la gráfica 4, con la vigencia de la ley se espera un incremento real de las transferencias constitucionales a las entidades territoriales de 10.36% en el 2001 al 21.39% en el 2002. Esta recomposición de los recursos está basada en un ingreso base de \$10.9 billones los cuales crecen a una inflación causada más 2% en los primeros cuatro años y 2.5% en los tres años restantes, a partir del 2009 se calcula como un promedio móvil de los últimos cuatro años. De esta forma, las nuevas transferencias ascienden a \$12 billones lo cual implica 1.1 billones adicionales para la financiación de salud y educación.

En este sentido el objetivo de esta nueva propuesta es contrarrestar el efecto del ciclo económico y genera un efecto estabilizador al depender del crecimiento promedio de los ingresos corrientes de la nación de los últimos 4 años.

3.2.2. Implicaciones de la Ley 715 sobre el sector Salud

Uno de los aspectos fundamentales que se desprenden de la ley 715, es la creación de una bolsa de recursos específica para el sector salud. Por otro lado se pretende disminuir la duplicidad de competencias. Anteriormente, los entes territoriales financiaban tanto régimen subsidiado a través de los hospitales públicos, instituciones reguladoras o simplemente ofreciendo servicios de salud a través de la EPS y ARS de su propiedad. Este aspecto ha afectado notablemente la transformación de los recursos de la oferta a la demanda.

La multiplicidad de competencias es evidente en el sistema de transferencias que prevalecía anteriormente. Acorde con la población objetivo, los recursos son asignados primero de manera territorial y luego de forma sectorial de acuerdo a participaciones pre-definidas.

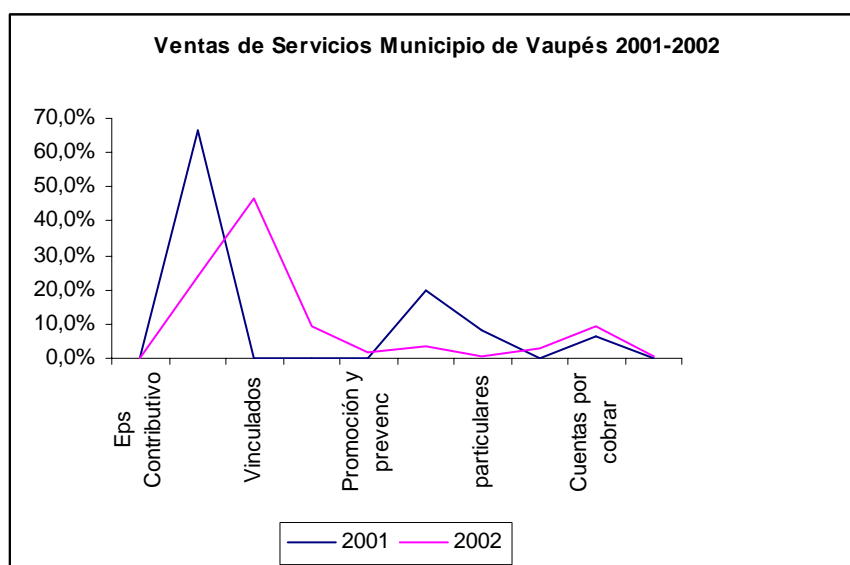
Con la ley 715, el aseguramiento del régimen subsidiado queda a cargo de los municipios y distritos. Por otro lado la población pobre no asegurada o “vinculados” queda a cargo de los departamentos y municipios descentralizados. Complementario a esto las funciones de Salud Pública quedan a cargo de la Nación, departamentos, municipios con requerimientos especiales para cada nivel.

Por otro lado, se aprecia un incremento en los costos fijos asociados al incremento del valor de las nominas, las cuales tienen un cierto comportamiento estacional al valor de las transferencias. De manera similar, al existir una sola bolsa de recursos se garantiza un canal directo de recursos hacia la entidad territorial que los ejecuta. Todo lo anterior se ve traducido en una mejora en la estructura organizacional del sistema de salud.

3.2.3. Implicaciones de la Ley 715 sobre la asignación de los recursos de salud en el Departamento de Vaupés

A nivel agregado, el departamento del Vaupés, antes de la vigencia de la ley 715, los recursos de demanda eran establecidos de acuerdo a la identificación de la población objetivo pobre, según los criterios fijados por la Ley 60 de 1993.

En la gráfica siguiente se puede apreciar que Vaupés era uno de los territorios que mas recibía ingresos por Población NBI. Al pasar al nuevo sistema los recursos a través de los entes territoriales se homogenizan, por lo tanto las transferencias generan una redistribución de los recursos, que se traduce principalmente en un incremento en la venta de servicios del 2002 (ver gráfica).

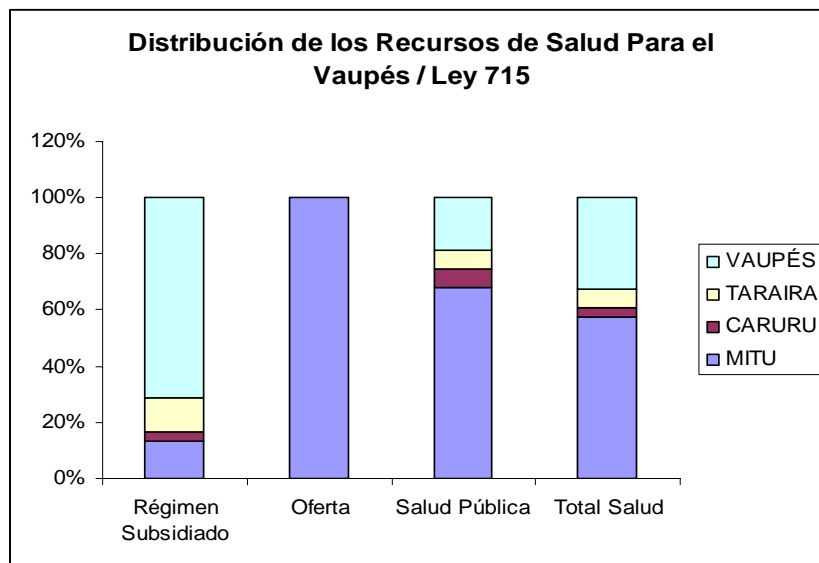


Este efecto, se da principalmente por una liberalización presupuestal que resulta de que ya los departamentos no se tienen que encargar del financiamiento del Régimen Subsidiado, y que los recursos los debe obtener por venta de servicios, salvo aquellos destinados a la atención de los vinculados.

No obstante, dado que en el Vaupés algunos municipios no están constituidos y permanecen con naturaleza de corregimiento, el departamento todavía sigue recibiendo transferencias por concepto de Régimen Subsidiado, la cual representa el 13% del total de las asignaciones del régimen. Esto propiamente, no es efecto de la ley propiamente sino de la naturaleza de estos territorios.

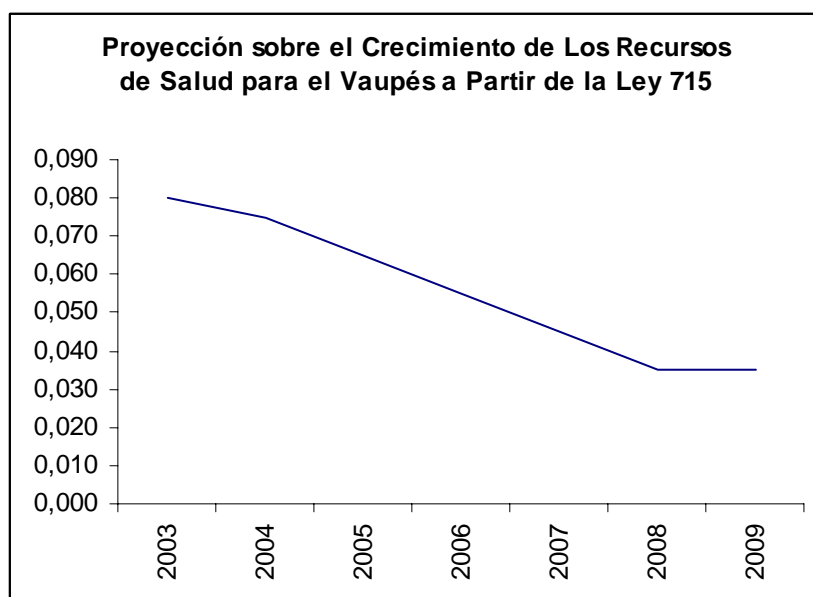
Por otro lado, con respecto a los recursos de oferta, el departamento es encargado de la asignación total de dichos recursos. Con respecto a salud pública se encuentra que el 68% de los recursos de salud pública son distribuidos por el ente departamental. El

resto 32% es asignado por los municipios, lo cual es acorde con el objetivo previsto por la ley 715. Los resultados se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



En términos presupuestales, los ingresos de oferta disminuyen un 63% por la aplicación de la ley 715. Mientras que los principales rubros de demanda se incrementaron 70.3% entre 1998-2002. Esto muestra una transformación de ingresos de oferta a demanda. Cuando se considera el total de recursos de oferta y demanda, el efecto neto de la adopción de la ley 715 para el año del 2002 es una caída del 24%. Gracias a los importantes excedentes financieros de la vigencia del 2001 el efecto se atenuó al 16%. Sin embargo, los excedentes financieros, por su naturaleza extraordinaria no pueden garantizarse a futuro.

Haciendo un ejercicio de simulación acorde con las proyecciones del crecimiento del IPC para el próximos años (Fuente: Banco de la República), la tasa de crecimiento de las transferencias de los recursos del Vaupés oscilaría entre un crecimiento del 8.5% al 4%.



En síntesis, la Ley 715 genera una recomposición en la asignación de los recursos y el efecto inmediato del cambio de régimen significó para el Vaupés una caída inicial significativa en el nivel de transferencias, no obstante, la tendencia se mantiene creciendo a un ritmo constante a través de tiempo.

3.2.4. Efectos de la Ley 344 de 1996

Una breve nota basta para señalar que la ley del presupuesto de 1997, expedida a finales de 1996, no tuvo ningún efecto sobre el Departamento del Vaupés, por dos razones sencillas.

Primero se incumplió con la transformación ordenada en la ley limitando la cobertura del Régimen Subsidiado hasta finales del 2001.

En segundo lugar, aunque se hubieran transformado recursos importantes, ellos no se entregan efectivamente a la ARS puesto que resultan inferiores al porcentaje de capitación que la ARS vuelve a contratar con Dasalud del Vaupés, y que este descuenta por la derecha a la ARS, de modo que jamás dejaron de ser realmente recursos de oferta en la práctica.

3.2.5. Efectos de la liberación de tarifas

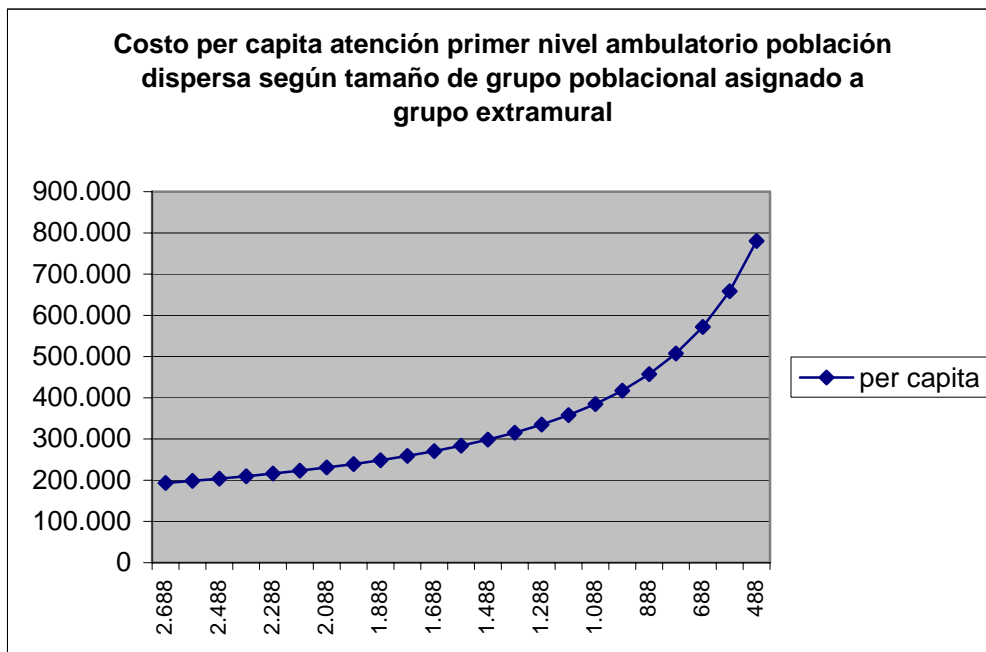
Consultados los actores institucionales, se deduce que la liberación de tarifas en el Régimen Subsidiado y para los Hospitales del Estado que se produjo a partir del 2001, no tuvo ningún efecto sobre el Vaupés por las siguientes razones:

- El Régimen Subsidiado se contrata por el Sistema de Capitación en su totalidad.
- A las EPS del Régimen Contributivo y a los Regímenes Especiales se les sigue vendiendo servicios a tarifas SOAT.
- Al Seguro Social se le sigue vendiendo a tarifas ISS.

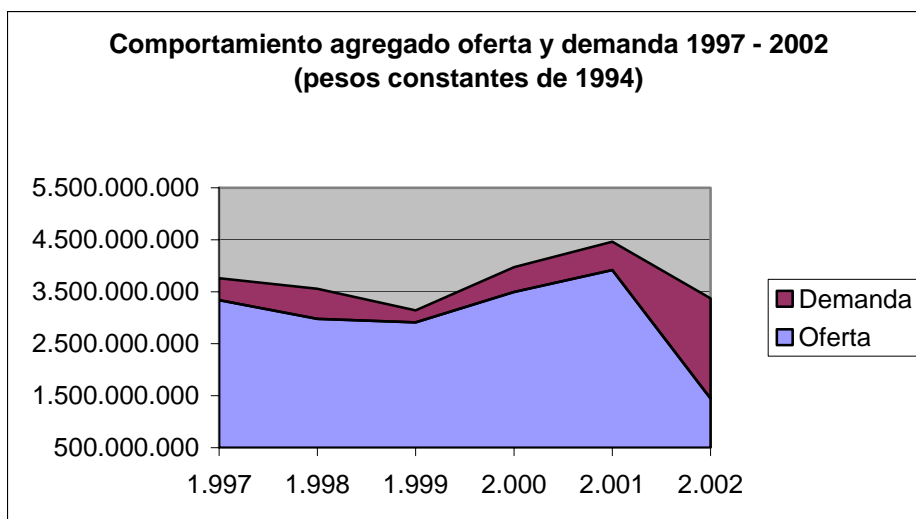
4. Conclusiones

El estudio realizado permite las siguientes conclusiones:

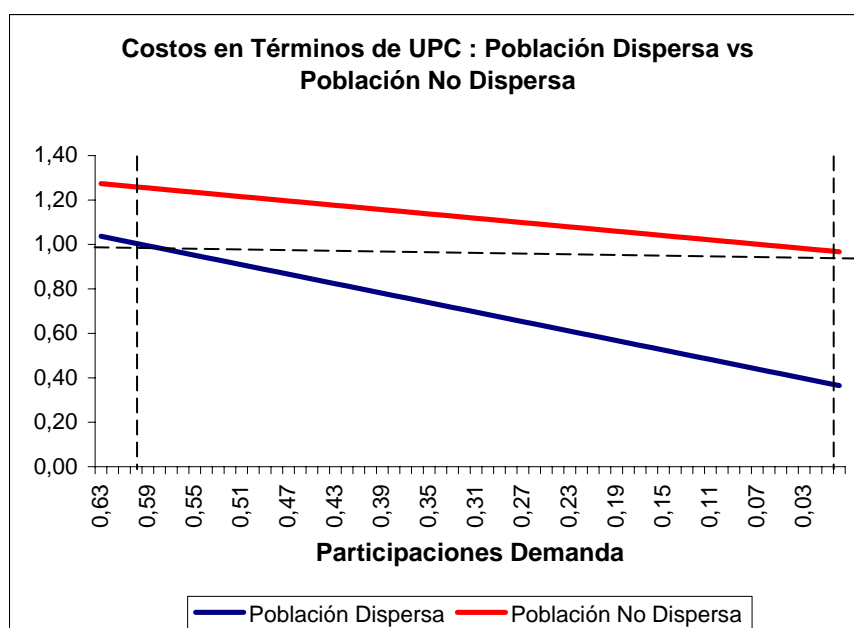
1. Garantizar la prestación de servicios efectiva correspondiente al Primer Nivel de Atención Ambulatoria para la población dispersa (con grave inaccesibilidad geográfica y cultural), por parte de equipos extramurales, con un rendimiento óptimo, tiene un sobrecosto que no es compensado suficientemente por la UPC especial para estos territorios.



2. Garantizar la prestación de servicios efectiva de primer nivel de atención hospitalaria, incluidas necesidades prioritarias de segundo nivel, genera un sobre costo vía recursos de oferta en el Vaupés dado que no existe la demanda suficiente que permita su financiación por venta de servicios, aun considerada toda la población.
3. La suma de los recursos de oferta y demanda recibidos por el Departamento del Vaupés en el año 2002 resultó inferior a la histórica como consecuencia de la aplicación de la Ley 715 de 2001.



4. El desarrollo particular del Sistema General de Seguridad Social en Salud en este departamento no responde a la lógica del mercado y se traduce en una intermediación costosa para dos terceras partes de los servicios del POS.
5. La ley 344 de 1996 no tuvo efecto alguno en el Departamento del Vaupés como tampoco la liberación de tarifas en el Régimen Subsidiado y los hospitales públicos.
6. Para el caso del Vaupés se calcula una situación ideal de asignación la resultante de que los recursos de oferta financien el 40% del costo hospitalario ideal, o 44% del presupuesto 2002, con lo que la UPC de la población no dispersa resultaría compensada, mientras que el exceso de costos de la atención ambulatoria a la población no dispersa se financie per cápita a esta población específica. Ello significaría un incremento de aproximadamente 100 millones de pesos sobre lo financiado por oferta en el 2002.



El gráfico muestra el costo en términos de UPC en la asignación de recursos de demanda entre la población dispersa y no dispersa para el departamento de Vaupés. La gráfica nos muestra que la asignación óptima de recursos que mantiene la UPC de las poblaciones dispersas inalterada, sería en aquel caso en que los recursos de oferta se incrementan a un 40% y el 60% se obtengan vía demanda. Esto es equivalente a un incremento en 2.83% en el financiamiento por medio de recursos de oferta y una reducción de los recursos de demanda en la misma proporción. Lo anterior es equivalente a un incremento relativo de la UPC de la población no dispersa con respecto a la dispersa de 0.4 puntos porcentuales.

El mismo gráfico permite resaltar diferentes escenarios de cambios en las participaciones de demanda sobre el cambio en la UPC en cada una de las poblaciones. El área entre bajo la curva entre los puntos A,B,C corresponde al subsidio implícito que genera la población no dispersa sobre la población dispersa en cuanto a la financiación de los recursos necesarios para su atención. Este subsidio es equivalente al 12% para el rango de asignaciones de recursos de demanda para la población no dispersa entre 0-60%.

Análogamente, el área comprendida entre los puntos A,C,D corresponde al costo que genera la reducción de la UPC en zonas dispersas. Este costo es equivalente al 18% para el rango de 0-60%, este costo es entendido en términos de UPC.

Un hecho interesante, se presenta en la situación en que la UPC de la zona dispersa se mantiene inalterada, las reducciones sucesivas de la UPC en zonas dispersas equivaldrían a un incremento en los recursos de oferta del 100%, y suponiendo este caso hipotético, la UPC de zonas dispersas solo se podría reducir en 6 puntos porcentuales con respecto a la UPC actual, lo cual muestra una ineficiencia en la asignación de los recursos.

Las cifras resultantes de esta simulación para la asignación ideal serían las siguientes:

**Tabla No. 40: ASUMIENDO OFERTA 40%
PRESUPUESTO IDEAL
44% SOBRE PRESUPUESTO 2002
DISTRIBUCIÓN GASTO HOSPITALARIO A FINANCIAR
POR DEMANDA**

Gasto hospitalario EPD 71,56%	1.337.786.050
Gasto ambulatorio EPD 28,44%	531.674.612
per cápita hospitalario	55.741
per cápita ambulatorio población no dispersa	66.459

En consecuencia, queda equilibrada la actual UPC para la población no dispersa.

**Tabla No. 41: Simulación 40% subsidio oferta
Cálculo de UPC población no dispersa**

Primer nivel ambulatorio en Hospital	66.459
Primer nivel hospitalario	55.741
Remisiones a otros niveles	69.657
Total	191.857
Administración	21.317
Total UPC necesaria	213.175

Relación con UPC zona especial 2002	1,01
Relación con UPC 2002 no especial	1,27

administración en 10% UPC vigente 2003

y se mantendría un sobrecosto de la atención de primer nivel a la población dispersa cercano a los 57.000 pesos per cápita, que equivalen a un poco más de 900 millones de pesos.

**Tabla No. 42: Simulación 40% subsidio oferta
Cálculo de UPC población dispersa**

Primer nivel ambulatorio	115.000
Primer nivel hospitalario	55.741
Remisiones a otros niveles	69.657
Total	240.398
Administración	26.711
Total UPC necesaria	267.109
Relación con UPC zona especial 2002	1,27
Relación con UPC 2002 no especial	1,59

administración en 10% UPC vigente 2003

7. La necesidad de recursos adicionales se estima por tanto en 1.000 millones de pesos para la situación ideal de servicios en el año 2002, y de 700 millones con el costo hospitalario real del 2002.
8. El sobre costo pagado en administrar el Régimen Subsidiado se calculó en 741 millones para 2002 sobre el 15% de administración y 467 millones si se estima el 10% de administración vigente a partir de 2003.
9. En consecuencia se recomienda un Sistema de Aseguramiento exclusivamente para los niveles de atención superiores y una asignación de recursos de oferta para el financiamiento hospitalario que compense lo no financiable vía demanda de servicios y una asignación de recursos vía oferta para los servicios ambulatorios del primer nivel pero calculada per cápita para la población dispersa y no dispersa, que administraría directamente el DASV o la IPS.
10. Las cifras aquí estimadas no son aplicables directamente a otros territorios, puesto que ellas dependen del costo muerto de los servicios hospitalarios abiertos para un número determinado de población dispersa y no dispersa, así como del número y porcentaje de población dispersa que causa un extracosto para la atención ambulatoria del primer nivel.