



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROYECTO CID - SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO (EAAB)
INFORME FINAL FASE I.



INFORME FINAL FASE I.

CONTRATO No. 1-02-6000-758-2000-CID-EAAB_ESP

Bogotá, Enero 21 de 2001.



INFORME FINAL FASE I

Informe Final de la Fase I de las actividades desarrolladas por el equipo consultor de el Cid de la Universidad Nacional de Colombia en el desarrollo del proyecto titulado:

"Diseño de un esquema viable, desde el punto de vista legal y operativo para la prestación del Servicio Médico y Odontológico en las condiciones que le permitan a la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá EAAB_ESP, optimizar el resultado financiero del mismo y cumplir con lo contemplado en la Convención Colectiva de Trabajo celebrada por la EAAB_ESP y Sindicato de trabajadores de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá ESP, Sintracueducto para el período 2000-20003"



CONTENIDO

	Pág.
1. INFORME EJECUTIVO Y PROPUESTA DE ALTERNATIVAS	1
1. 1. GENERALIDADES.	2
1. 2. ANÁLISIS JURÍDICO.	4
1. 3. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO.	5
1. 4. ANÁLISIS DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.	7
1. 5. ANÁLISIS FINANCIERO Y ACTUARIAL.	9
1. 6. ALTERNATIVAS DE GESTIÓN DEL SMO-EAAB.	11
1. 6. 1. Contratación integral externa.	11
1. 6. 1. 1. Ventajas.	12
1. 6. 1. 2. Desventajas.	13
1. 6. 2. Reestructuración organizativa y modernización de la gestión	13
1. 6. 2. 1. Ventajas.	16
1. 6. 2. 2. Desventajas.	16
1. 6. 3. Administración delegada con firma especializada en gestión de servicios de salud.	17
1. 6. 3. 1. Ventajas.	18
1. 6. 3. 2. Desventajas.	19
2. ANÁLISIS JURÍDICO.	21
INTRODUCCIÓN.	22
2. 1. ANTECEDENTES.	23
2. 2. CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN	24
2. 3. DISPOSICIONES CONVENCIONALES.	27
2. 4. ORGANIZACIÓN DEL SMO DE LA EAS DE LA EAAB	29
2. 5. CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	32
3. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO	35
INTRODUCCION	36
3. 1. OBJETIVOS GENERALES	37
3. 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
3. 3. METODOLOGIA	37
3. 4. CONSIDERACIONES ETICAS	38
3. 5. VERIFICACION DE LA INFORMACIÓN	38
3. 6. ACTIVIDADES REALIZADAS	39
3. 7. COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN DEL SMO POR GRUPOS DE EDAD.	40
3. 8. CONSULTA AMBULATORIA	41
3. 9. PERFIL DE MORBILIDAD POR CONSULTA	46
3. 10. CONSULTA POR CAUSAS, EDAD Y GÉNERO.	47



3	11.	CONSULTA ODONTOLÓGICA MES DE OCTUBRE DE 2000.	55
3.	12.	PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS OCTUBRE 2000.	58
3.	13.	HOSPITALIZACIÓN.	58
3.	13. 1.	Grupo I: Procedimientos ambulatorios.	58
3.	13. 2.	Grupo II. Hospitalizaciones.	58
3.	13. 3.	Complicaciones.	70
3.	14.	HOSPITALIZACIONES DE ALTO COSTO.	70
3.	15.	EXISTENCIA DE EPICRISIS.	71
3.	16.	MEDICAMENTOS.	71
4.		ANÁLISIS ORGANIZACIONAL.	75
		INTRODUCCIÓN.	76
4.	1.	PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DE EFICIENCIA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS	77
4.	2.	ESTRUCTURA ACTUAL.	79
4.	3.	SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE GESTIÓN.	85
4.	4.	RECURSOS HUMANOS.	87
4.	5.	ANÁLISIS DE PROCESOS.	93
4.	5. 1.	Contratación.	93
4.	5. 2.	Carnetización.	95
4.	5. 3.	Compensación.	96
4.	5. 4.	Liquidación y pagos a proveedores	99
4.	5. 5.	Gestión de afiliados.	101
4.	6.	CONCLUSIONES.	103
4.	6. 1.	Planeación.	103
4.	6. 2.	Organización y estructura.	103
4.	6. 3.	Direccionamiento de recursos.	103
4.	6. 4.	Evaluación y control.	103
5.		DIAGNOSTICO FINANCIERO Y ACTUARIAL.	106
		INTRODUCCIÓN.	107
5.	1.	ESTRATEGIAS PRIORITARIAS DEL SMO-EAAB	107
5.	1. 1.	Estandarizar las tarifas con proveedores de salud.	107
5.	1. 2.	Parametrizar las formas de contratación.	115
5.	1. 3.	Implantar la gestión de información.	115
5.	1. 4.	Racionalizar el plan de beneficios.	116
5.	1. 5.	Fortalecer la auditoria integral.	121
5.	1. 6.	Implementar la Contabilidad de Costos.	123
5.	2.	COMPARATIVO SMO-EAAB Y UNISALUD.	124



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROYECTO CID - SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO (EAAB)
INFORME FINAL FASE I.



5.	2.	1.	Evolución del número de afiliados.	124
5.	2.	2.	Comportamiento de los costos y gastos.	128
5.	3.		ANÁLISIS ACTUARIAL DE COSTOS.	134
5.	4.		CONCLUSIONES DEL DIAGNOSTICO FINANCIERO	143
			BIBLIOGRAFÍA	146
			ANEXOS	147



CONTENIDO GRAFICOS

		Pág.
Gráfico 1.1.	SMO Estructura	14
Gráfico 3.1	Comparación de la participación porcentual de los grupos de edad.	40
Gráfico 3.2	Comparativo de participación en la consulta y en la población.	42
Gráfico 3.3	Consulta ambulatoria tipo de consulta	44
Gráfico 3.4.	Distribución hospitalizaciones según grupos de edad.	62
Gráfico 4.1.	Estructura organizacional actual del SMO-EAAB	80
Gráfico 4.2.	Estructura organizacional actual (no formalizada) del SMO-EAAB	81
Gráfico 4.3.	Estructura organizacional de UNISALUD – Sede Bogotá	83
Gráfico 4.4.	Estructura organizacional de Compensar	84
Gráfico 4.5.	SMO-EAAB. Afiliados. Noviembre 2001	101
Gráfico 5.1.	SMO-EAAB. Composición cuentas tramitadas. 1999 - 2000	109
Gráfico 5.2.	SMO-EAAB. Costo promedio por tratamiento ambulatorio y hospitalario. Segundo semestre de 2000	115
Gráfico 5.3.	SGSSS: UPC. Contributiva promedio ponderado	117
Gráfico 5.4.	SMO: Distribución aportes recibidos de EAAB en el año 2000	118
Gráfico 5.5.	SMO-EAAB. Población atendida por grupos etáreos (%)	126
Gráfico 5.6.	Evolución afiliados SMO y UNISALUD - UN	127
Gráfico 5.7.	Población atendida por grupos etáreos. Octubre de 2001. (%)	128
Gráfico 5.8.	SMO y UNISALUD. Beneficiarios y cotizantes	128
Gráfico 5.9.	EAAB. Distribución del gasto del SMO en el año 2000	129
Gráfico 5.10.	UNISALUD. Fuente de ingresos 1999 – 2000 (%)	131
Gráfico 5.11.	SMO y UNISALUD. Distribución costos y gastos 1999 – 2000 (%)	132
Gráfico 5.12.	SMO y UNISALUD. Costo promedio por afiliado. (\$ miles)	133



CONTENIDO TABLAS

	Pág.
Tabla No. 3.1. Consulta Ambulatoria. Distribución por meses. S.M.O – EAAB. Segundo semestre de 2000	42
Tabla No. 3.2 SMO - EAAB. Distribución de consultas según el tipo de afiliado. Segundo semestre de 2000	42
Tabla No. 3.3 SMO - EAAB. Total de consultas por grupos de edad. Segundo semestre de 2000.	43
Tabla No. 3.4 SMO - EAAB. Distribución según la ocupación de los consultantes. (Las 5 más frecuentes.) Segundo semestre de 2000.	43
Tabla No. 3.5 SMO - EAAB. Distribución según género. Segundo semestre de 2000.44	44
Tabla No. 3.6. SMO - EAAB. Prescripción de medicamentos. Segundo semestre de 2000	45
Tabla No. 3.7. SMO - EAAB. Ordenes de hospitalización. Segundo semestre de 2000.	45
Tabla No. 3.8 SMO - EAAB. Causa externa de atención. Segundo semestre de 2000	45
Tabla No. 3.9. SMO - EAAB. Diez primeras causas de consulta, Todas las edades. Segundo semestre de 2000	46
Tabla No.3.10. SMO - EAAB.. Perfiles de morbilidad en instituciones similares al SMO - EAAB.. Segundo semestre de 2000	47
Tabla No. 3.11 SMO - EAAB. Diez primeras causas de morbilidad por edad y sexo. Menores de un año. Femenino. Segundo semestre de 2000	47
Tabla No.3.12. SMO - EAAB. Diez primeras causas de morbilidad por edad y sexo. Menores de un año. Masculino. Segundo semestre de 2000	48
Tabla No.3.13. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. Menores de un año	48
Tabla No.3.14. SMO – EAAB. Diez primeras causas de consulta. 1 a 4 años. Femenino. Segundo semestre de 2000.	49
Tabla No. 3.15 SMO - EAAB. Diez primeras causas de consulta. 1 a 4 años. Masculino. Segundo semestre de 2000	49
Tabla No. 3.16 COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 1-4 años.	49
Tabla No.3.17. SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 5 a 14 años. Femenino. Segundo semestre de 2000	50
Tabla No.3.18 SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 5 a 14 años. Masculino. Segundo semestre de 2000.	50
Tabla No.3.19 COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. De 5-14 años.	51
Tabla No. 3.20 SMO - EAAB. Primeras causas de Consulta. 15 a 44 años. Femenino. Segundo semestre de 2000	51



Tabla No.3.21.	SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 15 a 44 años. Masculino. Segundo semestre de 2000	52
Tabla No.3.22.	COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 15-44 años.	52
Tabla No. 3.23	SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 45 a 59 años. Femenino. Segundo semestre de 2000.	53
Tabla No. 3.24	SMO - EAAB. Primeras causas de consulta . 45 a 59 años. Masculino. Segundo semestre de 2000.	53
Tabla No. 3.25	COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 45-59 años.	53
Tabla No.3.26.	SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 60 y más años. Femenino. Segundo semestre de 2000	54
Tabla No. 3.27	SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 60 y más años. Masculino. Segundo semestre de 2000.	54
Tabla No.3.28.	COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 60 y más años	55
Tabla No. 3.29	SMO - EAAB. Consulta odontológica. Distribución por edad y género. Segundo semestre de 2000	55
Tabla No.3.30.	S.M.O - EAAB. Consulta odontológica. Causa de la consulta por género. Segundo semestre de 2000.	56
Tabla No. 3.31	SMO - EAAB. Consulta odontológica. Distribución según Tipo de Consulta. Segundo semestre de 2000	56
Tabla No. 3.32	SMO - EAAB. Procedimientos odontológicos. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000	57
Tabla No. 3.33	SMO - EAAB. Procedimientos odontológicos. Distribución según Tipo de afiliado. Segundo semestre de 2000	57
Tabla No.3.34.	SMO - EAAB.. Frecuencias por procedimiento. Segundo semestre de 2000	57
Tabla No.3.35.	SMO - EAAB. Procedimientos Ambulatorios Según tipo de afiliación. Segundo semestre de 2000.	58
Tabla No.3.36.	SMO EAAB. Procedimientos ambulatorios. Distribución por género. Segundo semestre de 2000.	59
Tabla No.3.37.	SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000.	59
Tabla No.3.38.	SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Diez procedimientos más frecuentes. Segundo semestre de 2000	60
Tabla No.3.39.	SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Distribución según el tipo de servicio utilizado. Segundo semestre de 2000	60
Tabla No.3.40.	SMO - EAAB. Distribución de hospitalizaciones según tipo de afiliación. Segundo semestre de 2000.	61
Tabla No.3.41.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000	62
Tabla No. 3.42	SMO-EAAB. Distribución de Hospitalizaciones según especialidad. Segundo semestre de 2000.	63



Tabla No. 3.43	SMO - EAAB. 10 Primeras causas de Hospitalización. Todas las edades. Segundo semestre de 2000	63
Tabla No.3.44.	SMO - EAAB. 10 Primeras causas de Hospitalización. Genero Femenino. Todas las edades. Segundo semestre de 2000	64
Tabla No.3.45.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Genero Masculino. Todas las edades. Segundo semestre de 2000.	64
Tabla No.3 46.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Menores de un año. Segundo semestre de 2000.	65
Tabla No. 3.47	COMPENSAR EPS. Menor de un año.	65
Tabla No. 3.48	SMO- EAAB. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 1 a 4 años. Segundo semestre de 2000.	65
Tabla No. 3.49	COMPENSAR EPS. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 1 a 4 años.	66
Tabla No.3.50.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 5 a 14 años. Segundo semestre de 2000	66
Tabla No. 3.51	COMPENSAR EPS. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 5 a 14 años.	66
Tabla No. 3.52	SMO - EAAB. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 15 a 44 años. Segundo semestre de 2000	67
Tabla No.3.53.	COMPENSAR EPS. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 15 a 44 años	67
Tabla No.3.54.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 45 a 59 años. Segundo semestre de 2000	68
Tabla No.3.55.	COMPENSAR EPS. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 45 a 59 años.	69
Tabla No.3.56.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 60 y más años. Segundo semestre de 2000	69
Tabla No. 3.57	COMPENSAR EPS.Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 60 y más años	69
Tabla No. 3.58	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Causa de complicación. Segundo semestre de 2000.	70
Tabla No.3.59.	SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Motivo de salida de hospitalización. Segundo semestre de 2000	70
Tabla No. 3.60	SMO - EAAB . Grupos terapéuticos de mayor uso. Pacientes hospitalizados. Segundo semestre de 2000 SMO - EAAB. Promedio de estancia hospitalaria	71
Tabla No. 3.61	SMO - EAAB. Medicamentos de mayor uso. Pacientes hospitalizados. Segundo semestre de 2000	72
Tabla No. 3.62	SMO- EAAB Medicamentos de mayor uso. Pacientes hospitalizados. Segundo semestre de 2000	73
Tabla No.3.63.	COMPENSAR. Medicamentos Ambulatorios de mayor consumo	73
Tabla No. 4.1	SMO. Cotizantes y beneficiarios. Julio de 2000	89



Tabla No. 4.2	SMO. Cotizantes y beneficiarios. Julio de 2000	89
Tabla No. 4.3	COMPENSAR. Afiliados Plan Complementario.100	89
Tabla No. 4.5	Consultas. Segundo semestre de 2000	90
Tabla No. 4.6	Consultas. Primer semestre de 2000.(5 meses).	90
Tabla No. 4.7	Consultas. Segundo semestre de 2000. (5 meses).	91
Tabla No. 4.8.	Consultas. Primer semestre de 2000. (5 meses).	101
Tabla No. 4.9.	Consultas. Segundo semestre de 2000	102
Tabla No.4.10.	Casos atendidos en odontología. Marzo – octubre de 2000.	102
Tabla No. 4.11	Procedimientos. Marzo-octubre de 2000.	102
Tabla No. 5.1.	SMO-EAAB. Cuentas radicadas en 1999 y 2000 (\$millones y %).	108
Tabla No. 5.2	SMO-EAAB. Comparativo costo promedio procedimientos quirúrgicos.	110
Tabla No. 5.3	SMO-EAAB. Comparación tarifa institucional básica de procedimientos radiológicos y de laboratorio de las IPS adscritas, ISS y SOAT	111
Tabla No.5.4	SMO-EAAB. Comparación valor promedio facturado por las IPS adscritas en procedimientos ambulatorios y hospitalarios con tarifas integrales ISS y SOAT.	112
Tabla No. 5.5	SMO-EAAB. Costo promedio procedimientos ambulatorios- Jul-dic.de 2000	114
Tabla No. 5.6	SMO-EAAB. Costo promedio hospitalizaciones- Jul-dic.de 2000 (\$mil).	114
Tabla No. 5.7.	SMO-EAAB. Principales variables compensación (\$millones)	119
Tabla No. 5.8.	SMO-EAAB. Giros a Fosyga 1998-2000 (\$millones).	120
Tabla No. 5.7.	Radicación mensual de facturas segundo semestre 2000 (\$millones).	121
Tabla No. 5.8	SMO-EAAB. Gasto en salud per cápita 2000.	122
Tabla No. 5.9.	SMO-EAAB: evolución del promedio mensual de afiliados por grupos Etéreos.	124
Tabla No. 5.10	Unisalud: evolución afiliados 1998-2000.	
Tabla No. 5.11	Afiliados por grupos etéreos SMO-EAAB, Unisalud y Compensar (octubre 2001).	126
Tabla No.5.12.	SMO-EAAB: ejecución presupuestal de costos y gastos 1999-2000.	127
Tabla No. 5.13	Unisalud: ingresos 1999-2000 (\$millones y %)	130
Tabla No. 5.14	Compensar EPS. Porcentaje de gasto por rubro-Año 2000	131
Tabla No. 5.15	Unisalud. Ejecución presupuestal de costos y gastos 1999-2000.	132
Tabla No.5.16.	SMO-EAAB. Total unidades de exposición por edad y género.	133
Tabla No.5.17.	SMO-EAAB. Distribución de unidades de exposición según tipo de afiliado	136



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROYECTO CID - SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO (EAAB)
INFORME FINAL FASE I



Tabla No.5.18.	SMO-EAAB. Gastos médicos por edad y género (2° sem. de 2000)	138
Tabla No.5.19.	SMO-EAAB. Gastos médicos totales por edad y género. (2° semestre de 2000).	138



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROYECTO CID - SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO (EAAB)
INFORME FINAL FASE I.



1. INFORME EJECUTIVO Y PROPUESTA DE ALTERNATIVAS



1.1. GENERALIDADES.

El SMO-EAAB se encuentra orientado por las políticas nacionales de salud definidas en diferentes normas, entre ellas la ley 100 de 1993, que buscan mejorar el nivel de financiamiento de los servicios de salud bajo parámetros de progresividad y sostenibilidad, estabilizar las fuentes de recursos (eliminando los de destinación específica y buscando flexibilidad y autonomía real en la gestión por parte de las entidades territoriales) e implementar mecanismos de gestión eficientes, delimitando los regímenes de excepción en salud, pensiones y similares.

La discusión de los regímenes de excepción tiene una dimensión ética y una dimensión técnica. La primera es un asunto de igualdad de los colombianos ante un derecho que la Constitución ha recogido para todos. La existencia de servicios más allá de los límites del POS (el denominado plan complementario) supone que unos pocos tienen derecho a buenos servicios de salud mientras el resto de colombianos no. La existencia de privilegios resulta difícilmente defendible y políticamente sensible. Será un tema de debate en los próximos años dado que en los elementos de la seguridad social (salud y pensiones especialmente) el aporte en condiciones de igualdad puede ser un asunto clave para su sostenibilidad financiera.

Desde el punto de vista técnico, la construcción del POS se fundamenta en la definición de los problemas más frecuentes de salud y las soluciones de comprobada eficacia y mejor costo-eficiencia. En cierta medida puede afirmarse que el POS incluye lo que realmente ha demostrado utilidad y excluye las intervenciones de eficacia discutible o no suficientemente demostrada. Aunque existen patologías poco frecuentes que requieren medicamentos o intervenciones no contempladas, el sistema ha previsto mecanismos para el manejo de estos casos de excepción.

En este orden de ideas los servicios complementarios no tienen una justificación clara desde la perspectiva de la salud de los usuarios. El caso más relevante está representado por la cobertura en medicamentos por fuera del POS y bajo nombres de marca. Resulta contradictorio que no existiendo argumentación de ventajas terapéuticas por calidad, se considere un privilegio poder acceder a productos costosos. Hoy en Colombia no existen estudios que demuestren de manera irrefutable que las marcas son de mejor calidad. Tampoco hay buenas razones para exigir productos por fuera del POS, ya que en su listado se encuentran solamente los que han superado criterios de eficacia y muestran un apropiado balance beneficio/riesgo/costo.

El único caso excepcional que merece un análisis independiente se refiere a los derechos y coberturas en odontología, especialmente lo referente a prótesis y similares que tienen una importancia no despreciable en un grupo concentrado en la tercera edad como es la población del SMO.



En las actuales circunstancias de controles débiles y gestión deficiente del SMO existe una especie de plan de beneficios ilimitado. Eso no será posible en el futuro en forma alguna. Independientemente de la decisión que se adopte, los beneficios adicionales deberán ser delimitados y reglamentados con precisión.

Por otro lado, la Comisión Reguladora de Agua Potable y Saneamiento Básico - CRA, busca controlar racionalmente los costos, especialmente aquellos de carácter creciente como los servicios médicos y odontológicos que la EAAB cubre para sus trabajadores y pensionados cobijados por la convención colectiva. Como se muestra en el análisis financiero, el gasto total ejecutado por el SMO en 2000 (\$19.087 millones) se incrementó en 6.1% frente a 1999 (\$17.992 millones), a pesar de disminuir el total de afiliados en 3.1%, al pasar de 16.684 en 1999 a 16.164 en 2000.

La racionalidad técnica de la EAAB, como empresa de servicio público, es definida por la Ley 142 de 1993 y operacionalizada por la alta dirección en el plan de modernización que define como visión "ser una empresa líder, con arraigo en la sociedad, reconocida y admirada por todos" y como misión "contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del país prestando el servicio de acueducto y alcantarillado en condiciones de eficiencia, calidad y rentabilidad con un equipo humano competente y comprometido".

Adicionalmente, el marco normativo de las entidades adaptadas (decreto 1890 de 1995) significa una tendencia a la extinción del SMO por la imposibilidad de renovar afiliados y por la generación de altos costos debido a la concentración progresiva de adultos mayores en la población que atiende, lo que limita la posibilidad de distribuir riesgos y costos. Los afiliados mayores de 45 años representan el 46.2% de la población cubierta por el SMO-EAAB, mientras en Unisalud son el 42% y en Compensar el 15.3%. La diferencia se acentúa al comparar la participación de los afiliados mayores de 60 años (22.6% en el SMO, 16.3% en Unisalud y 4.5% en Compensar). Esto hace que el SMO incurra en costos de atención en salud más altos, lo cual se refleja en la UPC ponderada que el SGSSS reconoce a cada entidad según su estructura poblacional (1.19 al SMO, 1.12 a Unisalud y 1.0 a Compensar).

Es importante destacar el criterio de racionalidad técnica del manual normativo del servicio médico (abril de 1994, p.1) que establece que los trabajadores, los pensionados y beneficiarios "tomen conciencia de la necesidad de utilizar racional y adecuadamente los servicios médicos y odontológicos, para así obtener mayores beneficios que se traducirán en una mejor prestación del servicio y en el logro de recursos humanos sanos permitiendo su pleno desarrollo en la vida laboral y familiar".

Al comparar el comportamiento de los costos en salud (POS y PAC) del SMO y de Unisalud, se detecta en el primero un mayor crecimiento, lo cual significa que hace falta mayor conciencia de parte de los usuarios y un control más eficiente por parte de los responsables de la gestión del SMO-EAAB para satisfacer el mencionado criterio de



racionalidad. Mientras el costo de atención en salud promedio por afiliado en Unisalud pasó de \$627 mil en 1999 a \$643 mil en 2000, con un incremento de 2.6%, estos valores son de \$714 mil y de \$909 mil para el SMO, con un incremento de 27.3%.

El comportamiento del SMO se distancia de las políticas de salud nacional y distrital y de la visión, misión y objetivos señalados en el marco jurídico, institucional y convencional.

Para armonizar los objetivos del SMO con las directrices estratégicas de la EAAB, se requiere un modelo efectivo de gestión, con autonomía administrativa, una estructura técnica racional, un plan de direccionamiento estratégico y de acción que racionalice los recursos, haga cumplir las normas, sistematice la información y logre un efectivo control administrativo y técnico de los recursos y resultados.

El SMO debe fijar unos estándares de volumen de producción, innovación y calidad de los servicios comparables con los del sector de la salud en Bogotá y cumplir con los parámetros definidos en la guía de atención integral del Ministerio de Salud.

1.2 ANÁLISIS JURÍDICO.

El análisis jurídico indica que los beneficios en la prestación de los servicios médicos, si bien comprenden todas las contingencias que afecten la salud de los trabajadores, de los pensionados y de los familiares de ambos, presentan una serie de particularidades, contrarias a las previstas por las normas del sistema general de seguridad social en salud, especialmente en lo relacionado con la cobertura familiar, atención materno infantil, periodos de carencia y pagos moderadores para servicios de alto costo.

La consideración que antecede cobra especial relevancia desde el punto de vista de la financiación del POS con el valor de las unidades de pago por capitación UPC, que el sistema reconoce al SMO, además, sobre el número real de afiliados por los cuales se realiza el proceso de compensación ante el Fondo de Solidaridad y Garantía- Fosyga y la incidencia del valor por concepto de pagos compartidos que contribuyen con el financiamiento del POS.

Advertido lo anterior, debe precisarse que no existiendo un deslinde entre los beneficios del POS y los que, excediendo a estos, podrían considerarse como planes complementarios, el valor de estos últimos carece de estimación, debido especialmente a la ausencia de una contratación o autorización de servicios previamente definida, los cuales siendo de cargo de la EAAB, representa un valor adicional al de las cotizaciones, también de cargo del empleador.

Una consideración adicional representa la abierta contradicción existente entre los afiliados previstos en las disposiciones del SGSSS que pueden continuar en el SMO-



EAAB, amparados en los riesgos de enfermedad general y maternidad que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, frente a lo dispuesto por el Contrato Colectivo, según el cual el plazo se extendió en virtud del laudo arbitral del 27 de mayo de 1996 hasta esta fecha, consagrando la sujeción al régimen de seguridad social integral a partir de la vigencia del laudo, condición no prevista, que representa un mayor número de afiliados y beneficiarios de la prestación directa de los servicios por parte del SMO-EAAB, lo que incide en el número mínimo de afiliados que debe acreditar ante los organismos de control para efecto de su continuidad en el sistema como EAS y un estimativo adicional de costos para el empleador.

En punto a la consideración según la cual sería viable la incorporación de nuevos usuarios a la EAS de la EAAB, la respuesta es negativa, por cuanto la normatividad vigente es clara y expresa sobre el particular y se encuentra amparada en un fallo de constitucionalidad. Lo anterior sin perjuicio de los beneficiarios del afiliado como consecuencia de la cobertura familiar prevista en la Ley 100 de 1993.

El análisis jurídico comparativo del SMO-EAAB y la Unidad de Salud de la Universidad Nacional de Colombia- Unisalud, no resulta compatible en la medida en que el primero no participa del amparo constitucional que reconoce una especial autonomía a los entes de educación superior, con la precisión que es de competencia exclusiva del legislador el diseñar regímenes especiales para distintos grupos de trabajadores.

En cuanto a la contratación no se evidencia la coordinación, supervisión, control y verificación de los suministros y servicios prestados y la calidad de los mismos, conforme lo exige la normatividad del SGSSS, puesto que las denominadas "cartas acuerdo" no constituyen el documento idóneo para efecto de establecer con claridad las condiciones mediante las cuales las partes se obligan, así como las sanciones derivadas de su eventual incumplimiento, circunstancia que resulta extraña tratándose de contratación o acuerdos de voluntades en la que por lo menos una de las partes es una entidad de derecho público.

1.3 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO.

El componente epidemiológico del trabajo tiene como objeto fundamental verificar el comportamiento de la composición de la población por diversas variables y las principales causas de consulta y hospitalización, dado que influyen la organización de los servicios, los costos y las posibilidades futuras de transformación. Los datos fueron comparados con instituciones similares y diferentes al SMO-EAAB, para evidenciar de que manera las condiciones especiales de éste traen como resultados diferencias importantes y sus posibles implicaciones a la hora de tomar decisiones.



Para el efecto se recorrió un complejo camino en el proceso de búsqueda de la mejor información disponible. En este proceso se hicieron evidentes las deficiencias de administración y gestión del SMO-EAAB, que dificultaron la obtención de información confiable, depurada y suficiente.

Los datos fueron obtenidos a partir de los registros de consulta (RIAS 2000) de un período de 6 meses, y de la aplicación de un formulario de recolección de información a la totalidad de las facturas correspondientes al segundo semestre del año 2000. El uso de las cuentas para estimar las variables relacionadas con el servicio dado por los proveedores de la salud ha sido ampliamente utilizado, a pesar de su exactitud variable y escasa información clínica detallada. En el presente caso resultó ser consistentemente más completa que la historia clínica.

Los datos resultantes fueron comparados con los correspondientes a una institución similar (Unisalud) y, en algunos casos, a un grupo de EPS adaptadas con elementos comunes del SMO y contrastados con los correspondientes a Compensar, una de las EPS de comportamiento mejor evaluado en términos de atención a los usuarios y desempeño administrativo y financiero.

La información analizada permite inferir una composición por edad con un peso relativo muy grande de los grupos del extremo mayor. Al comparar con otras EPS adaptadas encontramos algo similar, una tendencia a una alta densidad en los grupos mayores, en marcado contraste con Salud Total y Compensar (dos EPS clásicas de carácter privado) donde la mayor proporción la ocupan los adultos jóvenes y la participación de las edades avanzadas es sensiblemente menor.

De acuerdo con el tipo de consulta, un tercio de ellas, 33.5% correspondieron a controles de medicina general, seguido de consulta de primera vez por medicina general (23%) y consulta especializada en un 15%, cifras que resultan razonables al comparar con instituciones similares. Se puede observar que el peso de la consulta por accidentes de trabajo y enfermedad profesional es mínimo frente a la enfermedad general. Esto sugiere que el riesgo ocupacional es bajo en la población del SMO y se encuentra controlado.

El perfil de morbilidad muestra una gran dispersión. Sin embargo se hace evidente la importancia de cuatro patologías crónicas con sus implicaciones de tratamientos prolongados y crónicos, de costos anuales relativamente altos. La Hipertensión, la diabetes, las enfermedades articulares y las hipercolesterolemias. Este resultado es consistente con la composición por edad de la población.

Tanto en consultas médicas como odontológicas, especialmente en los grupos de edad de 0 a 14 años, es notable la alta proporción de acciones dirigidas a la prevención. De acuerdo con los datos reportados, las frecuencias de controles al paciente sano y las profilaxis ocuparon consistentemente lugares de primera línea.



La parte más importante de las hospitalizaciones según tipo de afiliación incluye a los cónyuges, los hijos y los pensionados a diferencia de las consultas en las que los empleados jugaron un papel mucho más relevante. El peso de los pensionados es notable, lo que es una consecuencia de la composición de la población. Esto se ratifica en gran medida al observar que el 50% del total correspondieron a pacientes de 60 y más años.

Las primeras causas de hospitalización, para todas las edades, ponen de manifiesto una alta dispersión, pues tan solo 17% de las hospitalizaciones se encuentran representadas en las 10 más frecuentes.

Las causas de egreso hospitalario mostraron igualmente una concentración (en el panorama general) de las patologías correspondientes a las edades mayores y de tendencia a la cronicidad combinada con la patología ginecoobstétrica y algunas quirúrgicas agudas. Al compararlas con los datos correspondientes a Compensar, que fueron presentados por grupos de edad, no aparecieron diferencias que valga la pena resaltar.

1.4 ANÁLISIS DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD.

La estructura por grupos de edad muestra una importante concentración de afiliados de 60 y más años, hecho que puede incrementar el gasto médico. Ello se explica por el gran porcentaje de pensionados y la cobertura de los padres de los afiliados. En pocos años la entidad atenderá únicamente pensionados y beneficiarios de estos, lo que corrobora el concepto jurídico.

Se encontraron graves inconsistencias al cruzar los servicios pagados con los afiliados certificados por el área de sistemas, que revelan una deficiente gestión de los afiliados o un inadecuado control del derecho a la expedición de las órdenes o la presentación de las cuentas de las instituciones. De cualquier modo el hecho es que son atendidas con cargo al SMO personas que no aparecen registradas como afiliados, por distintas razones, lo que significa un serio riesgo de fuga de recursos.

La gestión de afiliados se muestra deficiente, lo que significa un serio riesgo de fuga de recursos en el SMO. Aparentemente se prestaron servicios a personas que no estaban afiliados al SMO. De 1.574 cuentas de hospitalización y cirugía reconocidas, correspondientes al segundo semestre del año 2000, en 617 (39.2%) no fue posible identificar inicialmente al paciente atendido como afiliado. Estas cuentas representaban cerca del 42% del costo de hospitalización y cirugía en dicho semestre.

En cuanto a los servicios que se prestan directamente, el rendimiento en consulta es muy bajo en los dos semestres, lo que evidenciaría un desperdicio del recurso y una falta de



administración de este servicio de salud, o bien un grave subregistro, dado que el número total de consultas médicas sería apenas de una al año por afiliado y en odontología de 0.25. En cualquiera de los dos casos se revela la ausencia de una gestión adecuada de los servicios que se prestan directamente.

Los servicios contratados constituyen el principal rubro de gastos en el SMO. Las órdenes de servicio para diagnóstico y tratamiento a especialistas y entidades, así como el reconocimiento de cuentas por urgencias supera diez veces el gasto en los servicios propios, sin contar la contratación de medicamentos (ver cuadro gasto directo POS y PAC). En consecuencia no se cumple, como señala la convención colectiva, la prestación directa de los servicios. En realidad se ordenan en el SMO servicios especializados por más de 11.000 millones de pesos (año 2000) con 322 contratistas según informe de la Dirección.

La contratación de servicios se encuentra concentrada en unas pocas instituciones, con las cuales se firman cartas acuerdo que ajustan periódicamente las tarifas de pensión hospitalaria y de honorarios médico-quirúrgicos. Las tarifas contratadas son superiores a las establecidas por el SOAT o el ISS. Adicionalmente no es clara la forma de contratación con estas instituciones, de conformidad con las anotaciones del estudio jurídico, pues dichos acuerdos no se ajustan debidamente al manual de contratación de la empresa, salvo como actividades científicas o tecnológicas, pero aún así requieren un mínimo de formalidad conforme a la enorme cuantía del presupuesto ejecutado.

Es preocupante la ausencia de las debidas salvaguardas, es decir las pólizas básicas de cumplimiento, calidad y sobre todo de responsabilidad por errores en la práctica, así como las precisiones que suelen acompañar los contratos entre aseguradores y prestadores, cláusulas excepcionales o exorbitantes relacionadas sobre todo con las definiciones de la prestación y calidad del servicio, la forma de pago, la auditoria, etc.

En síntesis, lo observado es una enorme debilidad en la administración de la ordenación, autorización y control del gasto, a través de la planeación de los servicios y la contratación de los mismos, así como mediante los sistemas de información que permitan una gestión adecuada.

Se encontraron serias deficiencias en el proceso de compensación reconocidas en los mismos informes de gestión del SMO, parcialmente corregidas en el año 2000. Sin embargo, las declaraciones de giro y compensación aún no figuraban entre las aprobadas por la Superintendencia Nacional de Salud para Julio del 2001, fecha del informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República.

La separación del gasto correspondiente al POS y al PAC resulta arbitraria, pues en algunos casos se hace de conformidad con el tipo de beneficiario, en otros de conformidad con el servicio prestado, en otros simplemente de acuerdo al exceso del gasto sobre la tarifa POS, aunque el rubro que más incide en el incremento del costo del



PAC y el ajuste de costos del POS es el de medicamentos, en función de cargar al PAC más del 90% de este costo, supuestamente en virtud de que se utilizan presentaciones comerciales. El compromiso de financiar en su totalidad el POS con el valor correspondiente a las respectivas UPC parece haber sido el objetivo, de tal modo que todo lo que exceda dicho valor acaba trasladándose al PAC, como se deduce del incremento de su valor del 280% en 1999.

1.5 ANÁLISIS FINANCIERO Y ACTUARIAL.

La calidad de entidad adaptada de salud del SMO le impide afiliar nuevo personal de la EAAB y la obliga a compensar, lo cual limita su posibilidad de crecimiento y encarece, para la EAAB, el servicio de salud pactado en la convención colectiva, pues en su composición etárea tendrá cada vez mayor peso la población de más edad y de mayor nivel de morbilidad. En la estructura de los grupos de edad de los afiliados al SMO predominan los mayores de 45 años y las personas de tercera edad tienen un peso importante dentro del total. Esto ocasiona que los costos sean más grandes que los de cualquier EPS.

El SMO recibió de la EAAB \$8.506 millones en el año 2000 por concepto de aportes para salud correspondientes a los trabajadores activos y pensionados afiliados a la entidad adaptada. De éstos, utilizó un total de \$5.314 millones (62.5%) en sus programas de promoción, prevención, atención POS, licencias de maternidad e incapacidades y giró al SGSSS-Fosyga los restantes \$3.192 millones (37.5%).

Mientras el promedio mensual de los ingresos base de cotización- IBC y de las cotizaciones muestran en el año 2000 un incremento de 10.9%, el total de recursos retenidos por el SMO (UPC + promoción y prevención + provisión para incapacidades + licencias por maternidad) aumenta sólo 5% y los valores girados al SGSSS- Fosyga crecen 21%. Esto hace suponer que el SMO-EAAB, debido a su carácter de EAS que le impide realizar nuevas afiliaciones y la obliga a compensar, podrá retener una proporción cada vez menor de los aportes realizados por la EAAB y tendrá que girar al sistema una proporción creciente de dichos aportes.

Mientras el SMO-EAAB registró en el año 2000 una disminución en el número de afiliados de 3.2%, sus costos de salud (POS+PAC) crecieron 23.3%. Unisalud también refleja un incremento de sus costos de salud (POS+PAC) de 5.9%, pero aumentó el número de afiliados en 3.2%.

El SMO-EAAB debe atender un mayor número de beneficiarios por cotizante (2.42 para el año 2000) que Unisalud (1.32) y tiene una mayor proporción de usuarios mayores de



60 años (22.6% para SMO, 16.3% para Unisalud), lo cual genera para el SMO y para la EAAB desventajas de costos.

Los gastos administrativos no reflejan la verdadera magnitud que tienen, pues no incluyen en ellos costos de operación como arriendos y servicios públicos. Para determinar el total de gastos administrativos, en lugar del factor de gastos registrados del 6,2%, se asume un factor del 12% para ser cargados a los costos netos.

No existe una tarifa unificada con las IPS que prestan el servicio. Por su reducido tamaño, es posible que el SMO incurra en sobrecostos del POS originados en una menor capacidad de negociación con las IPS o con los proveedores de medicamentos (no logra economías de escala), o en mecanismos de control ineficientes.

El gasto per cápita en salud para 15.473 afiliados en el año 2000 superó el millón cien mil pesos, equivalente a casi cinco veces la UPC reconocida al régimen contributivo (\$213.000 u 80% de la UPC).

El costo del POS en el SMO es 348% más grande que el costo promedio de una EPS del régimen contributivo, pero si se incluye la carga administrativa no asumida el porcentaje se convierte en 376%.

El estudio actuarial de costos arroja un promedio de gastos por cotizante de \$4'061.928, pero si se incluye la carga administrativa adicional no tenida en cuenta, el promedio sería de \$4'329.741. Tales promedios por afiliado son de \$1'209.033 y \$1'288.747 respectivamente. Comparado el promedio obtenido por afiliado frente al de Unisalud, se encuentra que los del SMO son un 70% más costosos, pero si se tiene en cuenta el overhead administrativo, el porcentaje sería de 81,3.

Las tarifas del PAC del SMO son mayores que las de Compensar EPS en afiliados mayores de 60 años y más pequeñas en menores de 60. Se reitera que la desagregación de gastos por POS y PAC en el SMO no es clara.

Los afiliados y beneficiarios del SGSSS están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles, que no se aplican en el SMO-EAAB.

El pago mensual que debe hacer cada afiliado cotizante, para que esté cubierto totalmente el servicio de salud a sus beneficiarios, sin pagos adicionales de su parte, es de \$26.145, lo que representaría una cotización del 2,1% del IBC.

El SMO-EAAB no cuenta con un sistema de información contable independiente, que permita un adecuado control y programación de los recursos y de los costos de prestación directa y subcontratada de servicios a los afiliados, lo cual dificulta el análisis y proyección de este como entidad adaptada de salud.

Es fundamental que el SMO-EAAB, como lo establece su plan estratégico, tome las medidas necesarias para estandarizar las tarifas con proveedores de salud, parametrizar



las formas de contratación, implantar la gestión de información, racionalizar el plan de beneficios, fortalecer la auditoría integral e implementar la contabilidad de costos.

1.6 ALTERNATIVAS DE GESTIÓN DEL SMO-EAAB.

Como resultado de las anteriores consideraciones y del diagnóstico objeto de este estudio, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID, a partir del marco normativo aplicable a las entidades adaptadas de salud – EAS, plantea las siguientes alternativas para la gestión integral del SMO-EAAB:

- **Contratación integral externa, orientada a la liquidación del SMO y la afiliación de los usuarios a una EPS.**
- **Reestructuración organizativa y modernización de la gestión, encaminada a racionalizar el uso y costos del servicio.**
- **Administración delegada con firma especializada en gestión de servicios de salud.**

1.6.1 CONTRATACIÓN INTEGRAL EXTERNA.

Contempla la vinculación, tanto para el POS como para el PAC, de los actuales usuarios del SMO a una EPS. La empresa delega la prestación del servicio de salud a una empresa especializada. Esto significa la desaparición de la unidad administrativa SMO de la actual estructura de la EAAB-ESP.

En este orden de ideas, esta alternativa, mediante la cual se pretende el traslado de los afiliados de la EAS de la EAAB a una EPS, lo que produciría la liquidación de la primera, no debe considerarse mientras se encuentre vigente el convenio colectivo celebrado entre la EAAB y la organización sindical Sintracueducto, por cuanto riñe abiertamente con las cláusulas allí pactadas y contradice el acuerdo suscrito, según el cual se adelantará un estudio tendiente al fortalecimiento del SMO-EAAB.

Desde el punto de vista del objeto social de la EAAB, esta alternativa permite delimitar los beneficios y beneficiarios, controlar el gasto, garantizar la calidad de los servicios y brindar el mismo plan de beneficios a los afiliados, a un precio competitivo, mediante la suscripción de un contrato único con una entidad seleccionada por convocatoria pública.

Esta opción es compatible con la tendencia actual del Estado y el marco regulatorio para el sector de agua potable y saneamiento básico, pero requiere la modificación de la convención colectiva de trabajo vigente. También, exige negociar con los cotizantes al



actual SMO su afiliación colectiva a una EPS que cubra tanto el POS como el PAC, lo que no es ni fácil ni obligatorio en el marco convencional actual para los trabajadores y pensionados.

Este escenario debe tener en cuenta las conclusiones del presente diagnóstico, especialmente la comparación de los costos de operación actuales del SMO con los prestados por una EPS.

Al implementar esta alternativa la EAAB asumiría costos laborales y contractuales producto de la liquidación del servicio. Laborales, por el despido o reubicación de los funcionarios actuales del SMO. Contractuales, por terminación unilateral de los contratos suscritos con proveedores de bienes y servicios.

También implica cambiar el uso o vender los activos asignados al SMO (edificaciones, computadores, etc), para recuperar el costo de oportunidad de los mismos que hoy no es tenido en cuenta en el cálculo del costo del SMO.

Por otro lado, esta alternativa simplifica el manejo contable al interior de la EAAB-ESP de los recursos destinados para la prestación de los servicios médicos a los afiliados.

A continuación se destacan algunas ventajas y desventajas de la alternativa propuesta.

1.6.1.1 Ventajas.

- Reducción de costos.
- Los costos se vuelven una suma fija parafiscal y adicional.
- Simplificación en las operaciones.
- Delimitación clara y precisa de los beneficios y beneficiarios.
- La Empresa delega su responsabilidad en seguridad social en salud como otras empresas, servicio dispendioso en el cual no tiene experticia, mediante la contratación de una empresa especializada.
- Puede reducir en esta forma su nómina directa y sus gastos administrativos.
- La Empresa puede controlar de esta forma el gasto y garantizar la calidad del SM y O, en términos de un contrato único, incluso sobre el mismo plan de beneficios a los afiliados, prácticamente ilimitado. Existen muchas entidades especializadas en el mercado para lograr por convocatoria pública un precio competitivo.
- Se aceleraría un proceso tendiente de todos modos a la desaparición del SM y O
- La decisión sería compatible con la tendencia actual del Estado y el marco regulatorio para el sector de agua potable y saneamiento básico.



- Garantiza el servicio a nivel nacional.
- Diseño del programa de riesgos profesionales.
- Respondería a la lógica administrativa de concentración en el negocio principal.

1.6.1.2 Desventajas.

- Generación de conflicto interno.
- Afecta lo que el sindicato entiende como derecho convencional a la prestación directa de los servicios, si bien hoy en día más del 80% del gasto se da en entidades contratadas.
- Significa un cambio drástico sobre el actual servicio para los afiliados
- Sería necesario decidir la afiliación colectiva a una determinada entidad que cubra tanto el POS como el Plan Complementario, lo que no es ni fácil ni obligatorio para los trabajadores y pensionados.
- Los consecuentes despidos de trabajadores implican un problema adicional en términos de costos de las liquidaciones y efectos sobre las relaciones laborales.

1.6.2 Reestructuración organizativa y modernización de la gestión.

Esta alternativa responde exactamente a la letra y finalidad pactada en la convención colectiva, como una respuesta tardía al proceso de adaptación previsto por la Ley 100 de 1993 en su artículo 236 inciso 3º, que dio origen a la autorización de funcionamiento, como EAS en los términos de los Decretos 1890 de 1995 y 897 de 1996, lo que implica un costo adicional que debe preverse para una entidad que dada su naturaleza tiende a su desaparecimiento paulatino, toda vez que el proceso de reestructuración debe comprender tanto la EAS como la IPS, está última entendida como una empresa social del Estado según lo dispone la Ley 100 de 1993 artículo 236 inciso 3º in fine.

Contempla el fortalecimiento del actual SMO para que se ajuste a las características de una entidad adaptada de salud (autonomía administrativa, infraestructura adecuada) mediante la reformulación de su gestión, con el objetivo de asignar racionalmente los recursos y prestar de manera eficiente y con calidad el servicio a sus afiliados.

Esta opción requiere la formulación de un plan de direccionamiento estratégico que contemple criterios de eficiencia, calidad, defina el escenario y la nueva estructura



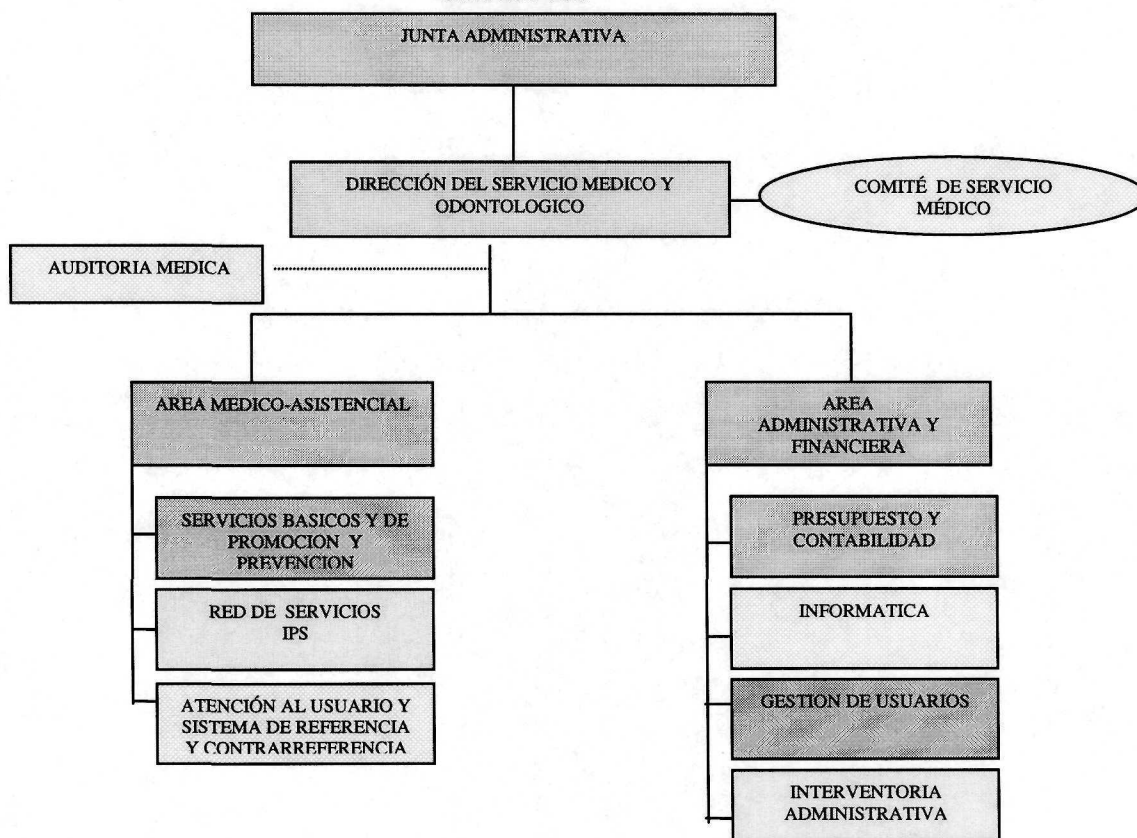
organizacional fundamentada en la visión estratégica, la misión y objetivos operativos del SMO y que esté apoyada oficialmente por la Gerencia de la EAAB- ESP.

El SMO debe presentar una estructura especializada y dependiente de la EAAB, cuya visión tenga en cuenta un objetivo central: “capacidad para prestar un servicio de salud altamente competitivo que cumpla con los criterios de racionalidad técnica señalados en las normas del sistema de seguridad social en salud para todos los trabajadores de la EAAB”.

La misión sería la de garantizar la prestación eficiente de los servicios de seguridad social en salud a sus afiliados, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población beneficiada mediante una gestión racional de los recursos.

La estructura propuesta para este escenario, de acuerdo con los criterios definidos en la Ley 100 de 1993 y en el decreto 897 del 21 de mayo de 1996 del Ministerio de Salud que autorizó al SMO de la EAAB –ESP, continuar prestando los servicios de salud como entidad adaptada, sería la siguiente:

Gráfico 1.1





Las funciones básicas recomendadas para la Dirección General comprenden:

- Formular el plan estratégico con la visión, misión, objetivos, políticas, estrategias y el programa de acción del SMO.
- Planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar los recursos y la calidad de los servicios que se desarrollan en las diferentes áreas del SMO.
- Rendición de cuentas oportuna
- Velar por el cumplimiento de las normas orgánicas de la entidad y de las disposiciones que regulan los contratos, procedimientos y trámites administrativos internos.

Las funciones básicas del área médico- asistencial serían:

- Contribuir al diseño e implementación de políticas y estrategias.
- Planear, organizar, dirigir, evaluar y elaborar informes de resultados del área
- Organizar y regular los servicios ambulatorios, de internación, de apoyo diagnóstico y terapéutico.
- Actualizar el diagnóstico de la oferta y aseguramiento de servicios para identificar ajustes en prioridades y metodología para establecer perfiles epidemiológicos y contribuir a racionalizar los recursos y el mejoramiento de la atención de los afiliados.
- Establecer un sistema de información que permita conocer la oferta asistencial, de promoción, prevención y rehabilitación, para aplicar sistemas de referencia y contra referencia de usuarios.
- Cumplir con el marco regulatorio del SGSSS
- Estudiar y proponer mecanismos para garantizar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad por parte de las IPS, coordinar y programar los procesos y procedimientos relacionados con citas médicas, laboratorio, radiología, auditoría médica y odontología.

En cuanto al área administrativa y financiera se recomiendan las siguientes funciones:

- Implementar y desarrollar las políticas, programas, proyectos y procedimientos para el control del sistema de información y de los recursos.
- Participar en la elaboración del plan de acción y de los informes de resultados.
- Administrar los procesos de carnetización y de información sobre los afiliados.
- Desarrollar todas las actividades inherentes a la función financiera.



Aplicar la opción de reestructuración organizativa y modernización de la gestión implica:

- Realizar inversiones altas en cuanto a la modernización del sistema de información gerencial, para que éste se adecue a una entidad que administra la prestación de servicios de salud.
- Asignar recursos para cubrir costos que hoy son asumidos por la EAAB-ESP y que no se tienen en cuenta al estimar el costo total de la prestación directa del servicio.

A continuación se destacan algunas ventajas y desventajas de la alternativa propuesta.

1.6.2.2 Ventajas.

- Mejor administración.
- Profesionalización del SM y O.
- Es la alternativa que genera la menor resistencia al cambio.
- Opción de que se negocie el aporte de trabajadores y empresa.
- La alternativa que cuenta con mayor apoyo del Sindicato de trabajadores.
- Se acerca más a lo pactado en relación con la prestación directa de servicios, aunque en la actualidad la mayoría de los servicios son contratados.
- Al fortalecer la gestión, mediante el incremento del recurso humano, técnico y financiero, se reduciría el gasto al ejercer mayor control.
- Reducción del riesgo económico derivado de los controles insuficientes en la gestión de afiliados y del gasto.

1.6.2.3 Desventajas.

- Jurídicamente el SM y O tiende a la extinción por la imposibilidad de renovar afiliados. Los efectos generan altos costos por la concentración progresiva de adultos mayores sin posibilidad de distribuir riesgos y costos
- Inversión alta en estructura organizacional e infraestructura física en la fase inicial de implementación.
- Requiere la negociación de un plan estratégico comprometido con la racionalización de los recursos y una estructura nueva del SMO que esté acorde con las normas y la política de control de costos, promovida por la Comisión Nacional Reguladora de Tarifas.



- Resistencia al cambio.
- Resistencia a la implantación de controles.
- Duración del SMO proyectada a 20 años.
- Tendencia a la reducción de aportantes y a la especialización en pacientes de alto costo.
- La EAAB – ESP continua asumiendo directamente las responsabilidades sobre la seguridad social en salud delegadas en el Sistema y sus administradores por la gran mayoría de las empresas.
- Esta opción también podría afectar a la Empresa en términos de cumplir las exigencias de eficiencia y competitividad que le impone el marco regulatorio para el sector de agua potable y saneamiento básico.
- Incremento de planta de personal y de los gastos de nómina para un servicio destinado a reducirse hasta desaparecer según el concepto jurídico. De hecho se estima que en poco más de cinco años prácticamente no tendrá trabajadores de la EAAB – ESP afiliados y se reducirá a la atención de pensionados y sus beneficiarios
- La tendencia actual del Estado es la de reducir los gastos laborales y de seguridad social de sus propias empresas, como lo pretendió la ley 100 al forzar la transformación, adaptación o desaparición de los servicios de salud de estas entidades.
- La medida iría en contra del principio administrativo de concentración de esfuerzos en el negocio principal, en el cual se centra la experiencia, y delegar mediante contratación de terceros expertos en cada ramo aquellos servicios complementarios que pueden significar desviación grave de la atención de la administración sobre su misión y visión.

1.6.3 Administración delegada con firma especializada en gestión de servicios de salud.

Esta opción es una modalidad de compra de servicios en la cual la EAAB contrata externamente la gestión del servicio médico y odontológico. En este caso, la empresa especializada en gestión de servicios de salud contratada asume la dirección general del SMO con su propio equipo de trabajo.

Esta alternativa, si bien resulta novedosa, no contradice las cláusulas convencionales, bajo el entendimiento que lo que busca el contrato colectivo es el fortalecimiento del SMO para la prestación directa de los servicios y se conserva la naturaleza jurídica de entidad adaptada de salud. En punto a esta consideración debe precisarse que la IPS de la EAAB carece de naturaleza jurídica definida, esto es, no tiene la condición de



empresa social del Estado en los términos de la Ley 100 de 1.993 y que la prestación de servicios a afiliados y beneficiarios del SMO no representa el volumen mayoritario de la atención.

Como quiera que mediante la administración delegada la EAAB conserva la responsabilidad íntegra del resultado de la gestión y el eventual administrador delegado actuaría siempre en nombre y por cuenta de aquella, resulta indispensable previamente a su adopción un proceso de concertación con la organización sindical, el juicioso análisis de los criterios de selección y la ponderación de los factores que permitan la escogencia de la oferta más ventajosa.

Esta alternativa, lo mismo que la opción de contratación integral externa, exige delimitar en forma clara y precisa los beneficios y beneficiarios, así como la cuantía y forma de pago del servicio contratado, mediante la suscripción de un contrato con una entidad seleccionada por convocatoria pública que ofrezca un precio competitivo e incentivos para racionalizar los servicios y disminuir costos.

Esta opción es compatible con la tendencia actual del Estado y el marco regulatorio para el sector de agua potable y saneamiento básico. Además, le permitiría a la EAAB concentrar sus esfuerzos en el cumplimiento de su misión.

Aún cuando supone inicialmente un incremento de costos, esta alternativa tiene la ventaja de ser implementada en un proceso gradual que no requiere cerrar los servicios básicos en las instalaciones del SMO, ni prescindir de los servicios de la mayoría de los trabajadores asistenciales y respeta el acuerdo convencional de prestación directa de los servicios de salud.

A continuación se destacan algunas ventajas y desventajas de la alternativa propuesta.

1.6.3.1 Ventajas.

- La Empresa delega la administración de un servicio en el cual no tiene experticia, mediante la contratación del aseguramiento y la prestación del servicio de salud.
- La decisión sería compatible con la tendencia actual del Estado y el marco regulatorio para el sector de agua potable y saneamiento básico
- Es compatible con la decisión de conversión previa en una empresa adaptada y las responsabilidades legales que ello supone en el SGSSS, así como con el manejo exigente en términos técnicos que obliga a estas entidades.
- Proceso gradual que no requiere cerrar los servicios básicos en las instalaciones del SMO ni prescindir de los servicios de la mayoría de los trabajadores asistenciales.



- Se respeta el acuerdo convencional de prestación directa de los servicios de salud, al prestarlos directamente o por contratos en la misma proporción que actualmente.
- Delimitación de los beneficios y beneficiarios
- Gestión eficiente
- Contratación por volumen que tiende a economías de escala.
- Contratación por costos fijos e incentivos al ahorro.
- Licitación periódica que puede mejorar los niveles de competitividad.
- Contratos por algunos años hasta la extinción
- Puede reducir su nómina directa y sus gastos administrativos.
- La Empresa puede controlar de esta forma el gasto y garantizar la calidad del SMO, en términos de un contrato único, incluso sobre el mismo plan de beneficios a los afiliados, prácticamente ilimitado.
- Existen muchas entidades especializadas en el mercado para lograr por convocatoria pública un precio competitivo.
- Se aceleraría un proceso tendiente de todos modos a la desaparición del SMO
- Respondería a la lógica administrativa de concentración en el negocio principal por parte de la EAAB-ESP
- La opción es más compatible que reforzar directamente la administración en un servicio con tendencia a la desaparición.
- Manejado el costo de administración en términos porcentuales puede reducirse progresivamente con el número de afiliados y el gasto en salud.
- Evitaría burocratización en la prestación de los servicios.
- Evitaría traumatismos mayores y cambios bruscos en las condiciones de prestación de servicios a los afiliados.

1.6.3.2 Desventajas.

- No aceptación de los trabajadores de acuerdo con la convención vigente, lo cual origina resistencia al cambio.
- Los procesos de eficiencia y control estricto de costos en la gestión de los servicios y los afiliados que debe implementar el administrador pueden ocasionar algunas reacciones negativas en el personal.



-
- La empresa al delegar la administración no delega su responsabilidad sobre la calidad de los servicios de salud a los afiliados del SMO y en términos legales sobre la entidad adaptada.



2. ANÁLISIS JURÍDICO.



INTRODUCCIÓN.

El presente documento se presenta dentro del marco del proyecto denominado Servicio Médico y Odontológico de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá, empresa de Servicios Públicos ESP, SMO EAAB, adelantado por la Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID, cuyo objetivo consiste en diseñar un esquema viable, desde el punto de vista legal y operativo, para la prestación del servicio médico y odontológico en las condiciones que le permitan a la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá, ESP – EAAB – ESP – optimizar el resultado financiero del mismo y cumplir con lo contemplado en la convención colectiva de trabajo, celebrada por la EAAB – ESP y sindicato de trabajadores de la empresa de acueducto y alcantarillado de Bogotá ESP – SINTRACUEDUCTO para el periodo 2000 – 2003¹.

Como quiera que de acuerdo con la Constitución Política, la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, al cual le corresponde la dirección, organización y reglamentación de su prestación, conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, establecer las políticas para su prestación por entidades privadas y ejercer su inspección, vigilancia y control, así como señalar las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones fijados en la ley², este mandato cobra especial significado en la medida que dentro del concepto de seguridad social la atención en salud constituye uno de sus pilares fundamentales.

Por las anteriores breves consideraciones el diagnóstico inicial que se presenta, comprende la confrontación de las distintas disposiciones que regulan el sistema de seguridad social en salud, los acuerdos de la convención colectiva de trabajo celebrada entre la EAAB ESP y SINTRACUEDUCTO, la naturaleza jurídica de la EAAB y la organización y funcionamiento del SMO de la EAAB, con el fin de establecer su conformidad o contradicción con las citadas disposiciones y la viabilidad de la ampliación e incorporación de nuevos usuarios a la empresa adaptada de salud EAS de la EAAB-ESP.

De otra parte el análisis preliminar aborda el estudio del caso de la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional regulada inicialmente mediante el Acuerdo 069 de 1.997 originario del Consejo Superior Universitario de la aludida entidad, acto administrativo hoy insubsistente en virtud de la expedición de la Ley 647 de 2001, con el fin de establecer la compatibilidad de dicha normatividad con la situación jurídica del SMO de la EAAB.

¹ Convenio celebrado entre la EAAB y la Universidad Nacional CID.

² Constitución Política Art. 49.



Frente al sistema de contratación para la prestación de los servicios de salud a cargo del SMO de la EAAB se realizan los comentarios pertinentes y, finalmente se presenta el análisis de las alternativas propuestas para el manejo del mencionado SMO.

2.1 ANTECEDENTES.

Conforme lo previsto por el legislador³, la EAAB entidad pública del orden Distrital a 23 de diciembre de 1.993 a través de la dependencia denominada Servicio Médico Y Odontológico SMO se encontraba amparando a sus afiliados por los riesgos de enfermedad general y maternidad y prestándoles servicios de salud, razón por la cual en cumplimiento del reglamento expedido por el Gobierno Nacional⁴, mediante solicitud radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud el día 7 de diciembre de 1.995 solicitó el análisis de los requisitos previstos en el mencionado reglamento, a efecto de obtener la autorización para que el servicio médico, odontológico y pediátrico de la empresa continuara prestando estos servicios, como dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, obteniendo concepto técnico favorable del organismo de control con destino al Ministerio de Salud. Como consecuencia de haber acreditado los requisitos pertinentes, el Gobierno Nacional mediante Decreto 897 de 1.996, autorizó al Servicio Médico y Odontológico de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP, entidad del sector público, del orden Distrital, para que continúe prestando servicios de salud o amparen a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como dependencia adaptada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995.

Precisa la autorización que el Servicio Médico y Odontológico, solo podrá continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a la respectiva entidad, en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el periodo de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que pueda realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquellas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

³ Ley 100 de 1.993 artículo 236. DE LAS CAJAS, FONDOS Y ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL DEL SECTOR PUBLICO, EMPRESAS Y ENTIDADES PUBLICAS. Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la presente Ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, tendrán dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional.

⁴ Decreto 1890 de 1.995.



2.2 CONDICIONES DE LA AUTORIZACIÓN.

La autorización así conferida presupone el cumplimiento de las condiciones que sirvieron de sustento para su expedición, sobre la base de considerar que la entidad adaptada de salud debió ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de la Ley 100 de 1.993, en un plazo no mayor a cuatro (4) años, de tal manera que se encuentra participando en la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía⁵, lo cual significa que la EAS SM y O de la EAAB está sujeta a las disposiciones que regulan el funcionamiento y operación de las empresas promotoras de salud EPS, con las limitaciones señaladas.

En punto a la consideración que antecede se tiene que el régimen de beneficios se encuentra contenido en el Plan Obligatorio de Salud, mediante el cual se posibilita la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS.

Dicho plan de beneficios para los afiliados cotizantes del régimen contributivo será el contemplado por el decreto-ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica y, para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención. Los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud verificar la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

Precisa la ley que toda Entidad Promotora de Salud reaseguraré los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo y señala que para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia

⁵ Ley 100 de 1.993 Art. 236 inciso 3º.



y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias⁶.

De otra parte, es conveniente destacar que el plan obligatorio de salud POS, tiene una cobertura familiar, la prohibición de aplicar preexistencias, periodos mínimos de cotización y atención materno infantil⁷.

Respecto de la financiación del plan obligatorio de salud se tiene que las EAS adquirieron el compromiso de financiar en su totalidad a partir de 1º de diciembre de 1997, el plan obligatorio de salud con el valor correspondiente a las respectivas unidades de pago por capitación UPC y con los pagos compartidos⁸, quiere ello decir que la EAS SMO de la EAAB debe acreditar una clara separación de los recursos correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad, esto es la que comprende el objeto social de la EAAB; los que corresponden a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud; los previstos para pagar el valor de los servicios asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

En relación con la capacidad técnica y administrativa que garantice la prestación del plan obligatorio de salud con cobertura familiar, esta consiste en tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de los afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar las de las instituciones y profesionales prestadores de los servicios, así como evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

Siendo los trabajadores de la EAAB afiliados obligatorios al sistema general de seguridad social en salud, la base de cotización de estos servidores públicos, será la misma contemplada en el sistema general de pensiones, equivalente al 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo, porcentaje del cual, dos terceras partes de la cotización estarán a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Cuando se devenguen mensualmente más de 20 salarios mínimos legales vigentes, la base de cotización está limitada a dicho monto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁹.

⁶ Ley 100 de 1.993 artículo 162.

⁷ Ley 100 de 1.993 artículos 163, 164 y 166.

⁸ Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 requisito 5.

⁹ Ley 100 de 1.993 artículo 220.



Corresponde a la entidad adaptada de salud EAS recaudar las cotizaciones obligatorias de sus afiliados, por delegación del fondo de solidaridad y garantía, descontando de este monto el valor de las unidades de pago por capitación UPC y trasladar la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitación mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a la Entidad Promotora de Salud que así lo reporte¹⁰, lo que implica una operación mensual completa, eficiente y oportuna, denominada declaración de giro y compensación, toda vez que el Fondo de Solidaridad y Garantía sólo hará el reintegro para compensar el valor de la Unidad de Pago por Capitación de aquellos afiliados que hayan pagado integra y oportunamente la cotización mensual correspondiente, operación que se cumple bajo la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud¹¹.

Lo anterior significa que el valor de las cotizaciones que recaude la EAS pertenecen al sistema general de seguridad social en salud y que el sistema por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, le reconoce a la EAS un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC, Unidad establecida en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

No sobra advertir que los planes complementarios, esto es los beneficios adicionales de los previstos en el plan obligatorio de salud, son financiados en su totalidad por el afiliado. Adicionalmente la EAS deberá, con posterioridad a su adaptación conservar un número de afiliados y beneficiarios no inferior al treinta por ciento (30%) de los que inicialmente haya acreditado, ni menor en todo caso a dos mil (2.000), eventos que de presentarse conllevan a su supresión y liquidación¹².

Otro aspecto importante que debe observar de manera permanente la EAS SMO de la EAAB, dice relación con la obligación de organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud; definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia; remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por

¹⁰ Ley 100 de 1.993 artículo 205.

¹¹ Decreto 1406 de 1.999.

¹² Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 requisito 1.



cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios¹³ y establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud¹⁴.

2.3 DISPOSICIONES CONVENCIONALES.

Revisada las cláusulas de la Convención Colectiva de Trabajo celebrada entre la EAAB y SINTRACUEDUCTO, vigencia 2000 – 2003, se tiene que frente a las disposiciones del sistema general de seguridad social en salud antes reseñadas, aquellas contemplan acuerdos que es necesario precisar para efecto de establecer el marco normativo dentro del cual desarrolla sus actividades el SMO de la EAAB como EAS.

En primer término se destaca que el plan obligatorio de salud se encuentra comprendido dentro del acuerdo convencional denominado servicios médicos, los cuales deben ser prestados directamente a los trabajadores vinculados antes del 27 de mayo de 1.996, sin costo alguno y, a sus familiares con las limitaciones y costos establecidos en la “Cartilla Informativa y Reglamento de Servicio Médico”, la cual forma parte de la convención¹⁵. Sí bien en este aparte no se menciona a los pensionados, la convención en distintos puntos del acuerdo los hace explícitamente afiliados de los servicios médicos¹⁶.

Una primera apreciación indica que los beneficios en la prestación de los servicios médicos, sí bien comprenden todas las contingencias que afecten la salud de los trabajadores, de los pensionados, así como de los familiares de ambos, presentan una serie de particularidades, contrarias a las previstas por las normas del sistema general de seguridad social en salud, especialmente en lo relacionado con la cobertura familiar¹⁷, atención materno infantil¹⁸, periodos de carencia y pagos moderadores para servicios de alto costo¹⁹, que en algunos casos representan condicionamientos para el afiliado o beneficiario y en otros mayores costos bien a cargo del afiliado o beneficiario o a cargo de la empresa.

¹³ Decreto 806 de 1.998 artículos 34 y siguientes.

¹⁴ Decreto 204 de 1.998.

¹⁵ Convención Colectiva 2000-2003 artículo 118 inciso 1º y artículo 123.

¹⁶ Convención Colectiva 2000-2003, Declaración de Principios aparte C. Sobre el servicio médico y odontológico. Acta No. 7 de Negociación Colectiva del 21 de enero de 2000, y artículos 65, 85 y 118.

¹⁷ Ley 100 de 1.993 artículo 163. La convención Colectiva incluye beneficiarios en concurrencia, los cuales tendrían la calidad de beneficiarios adicionales.

¹⁸ Ley 100 de 1.993 artículo 166. La convención Colectiva es más restringida.

¹⁹ Ley 100 de 1.993 artículo 164.



La consideración que antecede cobra especial relevancia desde el punto de vista de la financiación del plan obligatorio de salud con el valor de las unidades de pago por capitación UPC, que el sistema reconoce a la EAS SMO de la EAAB por la prestación de los servicios en el comprendido; el número real de afiliados y beneficiarios por los cuales se realiza el proceso de compensación ante el Fondo de Solidaridad y Garantía y la incidencia del valor por concepto de pagos compartidos que contribuyen con el financiamiento del POS.

Advertido lo anterior, debe precisarse que no existiendo un deslinde entre los beneficios del plan obligatorio de salud y los que excediendo a estos podrían considerarse como planes complementarios, el valor de estos últimos carece de estimación, debido especialmente a la ausencia de una contratación o autorización de servicios previamente definida, los cuales siendo de cargo de la EAAB, representa un valor adicional al de las cotizaciones, también de cargo del empleador²⁰.

Para efecto de determinar los servicios considerados como complementarios, debe entonces recurrirse a criterios tales como patologías, procedimientos e intervenciones no contempladas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos²¹, mejores condiciones de hotelería, condiciones de atención que superen la tecnología media prevista para el POS, servicios del POS amparados en periodos de carencia, formulación de medicamentos sin los condicionamientos definidos por el CNSSS²², y los demás que permitan realizar el estimativo del costo de estos servicios, lo cual representa la revisión de la facturación y pagos por estos conceptos, sobre la base de considerar que su identificación sea posible.

Una consideración adicional representa la abierta contradicción existente entre los afiliados previstos en las disposiciones del sistema general de seguridad social en salud que pueden continuar en el SMO de la EAAB, amparados en los riesgos de enfermedad general y maternidad que se encontraban vinculados el 23 de diciembre de 1993, y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, frente a lo dispuesto por el Contrato Colectivo, según el cual el plazo se extendió en virtud del laudo arbitral del 27 de mayo de 1.996 hasta esta fecha, consagrando la sujeción al régimen de seguridad social integral a partir de la vigencia del laudo²³, condición no prevista que representa un mayor número de afiliados y beneficiarios de la prestación directa de los servicios por parte del SMO de la EAAB, el cual debe incidir en el número mínimo de afiliados que debe acreditar ante los organismos de control para efecto de su continuidad en el sistema como EAS y un estimativo adicional de costos para el empleador.

²⁰ Convención Colectiva artículos 85 y 86.

²¹ Resolución No. 5261 de 1.994 originaria del Ministerio de Salud, modificada parcialmente por la No.2816 de 1.998.

²² Acuerdo No. 83 del CNSSS.

²³ Convención Colectiva 200-2003 artículo 123.



2.4 ORGANIZACIÓN DEL SMO - EAAB.

En primer término debemos precisar que la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá EAAB ESP, es una empresa industrial y comercial del Distrito Capital, prestadora de servicios públicos domiciliarios, dotada de personería jurídica autonomía administrativa y patrimonio propio conforme lo dispone el Acuerdo 6 de 1.993, cuya misión es garantizar el suministro de agua potable, así como la recolección y disposición de aguas lluvias y servidas dentro de parámetros de calidad, eficiencia y economía necesarios para atender la población actual y futura de Bogotá D.C.; como empresa prestadora de servicios públicos se encuentra sometida a las previsiones contenidas en la Ley 142 de 1.994.

Sobre la base de considerar que la EAAB no tiene como objeto la prestación de servicios de salud o la de amparar a sus trabajadores y pensionados contra los riesgos derivados de enfermedad general y maternidad, la obligación surge como consecuencia de lo pactado en el contrato colectivo celebrado con la organización denominada SINTRACUEDUCTO, para lo cual dispone de una dependencia denominada Dirección del Servicio Médico y Odontológico de la EAAB.

La Dirección del SMO de la EAAB, forma parte del programa de seguridad social que la EAAB tiene establecido para sus trabajadores y depende funcional y jerárquicamente de la Gerencia Administrativa. Sí bien en la estructura orgánica no aparecen las unidades operativas, cuenta con dependencias para las áreas de urgencias, medicina, odontología, pediatría y enfermería en las cuales se atienden a los trabajadores, pensionados y los familiares beneficiarios de estos; el personal que atiende estos servicios se encuentra vinculado o bien mediante contrato de trabajo denominado personal de planta o por la modalidad de prestación de servicios denominados adscritos. Como adscritos también aparecen los servicios médicos de especialistas, los servicios de ayudas diagnóstica, los de hospitalización y los demás que se requieran, aspectos que no evidencian conforme lo dispone la ley la remisión oportuna al Fondo de Solidaridad y Garantía de la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios, así como procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Como quiera que el SMO de la EAAB es una dependencia de la Gerencia Administrativa, su autonomía se encuentra limitada a la delegación que le haya sido conferida. En este orden de ideas tiene delegada la ordenación del gasto y del pago de los servicios médicos y odontológicos prestados a los beneficiarios del servicio médico y



odontológico de la empresa, lo cual no le faculta para la celebración de los contratos de bienes y servicios de salud, los cuales se reducen a la autorización y posterior pago²⁴.

En punto a la consideración según la cual sería viable la incorporación de nuevos usuarios a la EAS de la EAAB, la respuesta es negativa, por cuanto la normatividad vigente es clara y expresa sobre el particular y se encuentra amparada en un fallo de constitucionalidad²⁵. Lo anterior sin perjuicio de los beneficiarios del afiliado como consecuencia de la cobertura familiar prevista en la Ley 100 de 1.993.

Respecto de la posibilidad de adoptar el esquema de organización y funcionamiento del sistema propio de seguridad social en salud de la Universidad Nacional, es necesario realizar previamente las siguientes precisiones:

Conforme las previsiones contenidas en la Ley 100 de 1.993, se tiene que esta dispuso para las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la citada ley presten servicios de salud o amparen a sus afiliados riesgos de enfermedad general y maternidad, un plazo perentorio de dos años para transformarse en empresas promotoras de salud, adaptarse al nuevo sistema o para efectuar su liquidación de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno Nacional²⁶, alternativas frente a las cuales la EAAB optó por la de adaptar la dependencia que amparaba a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, al nuevo sistema, agotando en consecuencia dentro del plazo establecido el ejercicio de la referida opción²⁷.

Lo anterior significa que las entidades públicas antes referidas, que a juicio del Gobierno Nacional no requirieron transformarse en empresas promotoras de salud, ni liquidarse pudieron continuar prestando los servicios de salud a los servidores que se encuentren vinculados a la respectiva entidad en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1.993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, debiendo para el efecto ajustar gradualmente su régimen de beneficios y financiamiento, al previsto en los artículos 162, 204 y 220 de la Ley 100 de 1.993, con el fin de que en un plazo no mayor a cuatro (4) años, participaran en la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía²⁸.

²⁴ Resolución No. 0477 del 27 de abril de 1.998, por medio de la cual se adopta el Manual de Contratación de la EAAB y Resolución No. 0048 del 25 de enero de 2001, mediante la cual se delegan unas funciones.

²⁵ Ley 100 de 1.993 artículo 236 Sentencia C- 408 de 1.994. MP Dr. FABIO MORON DÍAZ.

²⁶ Ley 100 de 1.993 artículo 236 inciso 1º.

²⁷ Decreto 1890 de 1.995 artículo 13 inciso 1º.

²⁸ Ley 100 de 1.993 artículo 236 inciso 3º.



La manifestación del Gobierno Nacional se produce, para el caso de la EAAB, mediante la expedición del Decreto 897 de 1.996, acto administrativo que habilita al SMO de la EAAB para actuar dentro del sistema general de seguridad social en salud como una entidad adaptada, en las condiciones y con las limitaciones expuestas. Quiere ello decir que ejercida la alternativa dispuesta por la ley, dentro del plazo establecido en ella y el reglamento, se agotó la posibilidad de optar por una u otra forma de organización dentro del sistema general de seguridad social en salud.

No sucedió lo mismo con la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional, allí los plazos señalados en la ley para efecto de transformarse o adaptarse al nuevo sistema se vencieron sin que la entidad hubiese ejercido plenamente las opciones previstas por las normas del SGSSS. En efecto mediante el Decreto 404 de 1.996 entre otras entidades la Caja de Previsión Social de la Universidad Nacional, con domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C., obtuvo autorización como dependencia de una entidad del sector público para continuar prestando servicios de salud o amparando a sus afiliados en los riesgos de enfermedad general y maternidad, como entidad adaptada al Sistema general de Seguridad Social en Salud, en los términos del Capítulo II del Decreto 1890 de 1995²⁹, con el condicionamiento o limitante de sólo continuar prestando los servicios de salud, a los servidores que se encontraban vinculados a la respectiva entidad y dependencia en la fecha de iniciación de vigencia de la Ley 100 de 1993 y hasta el término de la relación laboral o durante el período de jubilación, en la forma como lo venían haciendo, sin que se puedan realizar nuevas afiliaciones, con excepción de aquéllas necesarias para dar cumplimiento a la cobertura familiar de sus afiliados.

Organizada la Unidad de Servicios de Salud UNISALUD, mediante el Acuerdo 069 de 1.997 expedido por el Consejo Superior de la Universidad Nacional, el mencionado acto administrativo no logró ajustar totalmente la mencionada dependencia a las previsiones del Decreto de autorización.

Como quiera que UNISALUD, no podía en contradicción con las normas de organización y funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud prestar servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios, recaudar el valor de las cotizaciones y no realizar el proceso de compensación al que se encontraba obligada, advirtiendo adicionalmente la imposibilidad de transformarse en una empresa promotora de salud EPS, en primer término por haber expirado el plazo para hacerlo y en segundo término por no corresponder esta actividad al objeto del ente universitario del cual dependía, fue menester el trámite de un proyecto de ley³⁰ fundamentado en la autonomía universitaria

²⁹ Decreto 404 de 1.996 artículo 1º numeral 20.

³⁰ Proyecto de Ley 119/99 Cámara. 236/00 Senado.



reconocida por la Constitución Política a los entes de educación superior³¹, para que el legislador con apoyo en el examen previo de constitucionalidad³², expidiera la Ley 647 de 2001, sobre la base de considerar que no existe un desarrollo legal sobre el régimen especial de seguridad social de las universidades del Estado, que es posible que mediante ley se proceda a diseñar regímenes especiales para distintos grupos de trabajadores, siempre y cuando los mismos estén orientados hacia la protección de sus derechos fundamentales y sociales y no tengan por finalidad generar un trato discriminatorio o menos favorable en relación con los derechos, prestaciones y beneficios reconocidos al personal cobijado por el sistema general contenido en la Ley 100 de 1.993, advirtiendo la sentencia que en el entendido de que el legislador, amparado en un principio de razón suficiente constitucionalmente aceptado, está habilitado por la Carta para diseñar y desarrollar regímenes especiales de seguridad social que necesariamente se acojan a los principios constitucionales que la orientan.

Por lo expuesto, no resulta compatible el caso en estudio relacionado con la seguridad social de la Universidades Estatales, frente al Servicio Médico y Odontológico de la EAAB, en la medida que este último no participa del amparo constitucional que reconoce una especial autonomía a los entes de educación superior, con la precisión que es de competencia exclusiva del legislador el diseñar regímenes especiales para distintos grupos de trabajadores.

2.5 CONTRATACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Sea lo primero señalar que en el SMO de la EAAB concurren dos actividades a saber, la de administración que corresponde a la EAS y la de prestación de servicios de salud que debe ser desarrollada por la institución prestadora de servicios de salud IPS³³, dependencias o entidades que a la luz de las disposiciones que regulan el SGSSS, deben contar independientemente con la estructura administrativa técnica y financiera

³¹ Constitución Política artículo 69. Se garantiza la autonomía universitaria. Las universidades podrán darse sus directivas y regirse por sus propios estatutos, de acuerdo con la ley. La ley establecerá un régimen especial para las universidades del Estado. El Estado fortalecerá la investigación científica en las universidades oficiales y privadas y ofrecerá las condiciones especiales para su desarrollo. El Estado facilitará mecanismos financieros que hagan posible el acceso de todas las personas aptas a la educación superior.

³² Sentencia C-1435/00 del 25 de octubre de 2000. M. P. Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER.

³³ Ley 100 de 1.993 artículo 155 numeral 2 literal a y numeral 3.



correspondiente³⁴, requisitos que se echan de menos en las entidades objeto de estudio y que conforme lo exigen las disposiciones que regulan la materia impiden en cuanto a la contratación de la prestación de los servicios establecer con certeza el valor de los servicios prestados directamente³⁵, ya sean estos los correspondientes al POS o al PAC, estableciéndose sólo por la vía de la ejecución presupuestal una mayor prestación indirecta, esto es a través de terceros de los servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios.

En punto a la consideración que antecede, referida al mayor volumen de contratación de la prestación de servicios de salud con IPS distintas a la que pertenece a la EAS, se tiene que esta encuentra su fundamento en un manual tarifario base³⁶, por cuanto el mismo permite su actualización³⁷, complementado con el listado de instituciones prestadoras de servicios de salud denominadas adscritas, frente a las cuales se autoriza la prestación de los servicios a los afiliados y beneficiarios, sin que se acredite la existencia de una base de datos actualizada tanto en la EAS como en las IPS adscritas que permita con certeza la comprobación previa de los derechos mediante identificación confiable³⁸.

³⁴ Ley 100 de 1.993 artículo 180. Las entidades promotoras de salud deberán, numeral 4. Disponer de una organización administrativa y financiera que permita:

- a) Tener una base de datos que permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias;
- b) Acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios;
- c) Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos.

Ley 100 de 1.993 artículo 185 inciso 2º Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

³⁵ Decreto 1890 de 1.995 artículo 10 numeral 4. Acreditar que se hará una clara separación entre los siguientes recursos: a. los correspondientes a la actividad ordinaria de la entidad objeto de adaptación; b. los correspondientes a las cotizaciones obligatorias, a la unidad de pago por capitación, y los pagos por concepto de planes complementarios de salud, y c. los previstos para pagar el valor de los servicios asistenciales que preste directa o indirectamente la entidad y los gastos administrativos correspondientes.

³⁶ Resolución 0734 del 30 de junio de 1.988 originaria de la Gerencia General de la EAAB.

³⁷ Resolución 0734 del 30 de junio de 1.988 originaria de la Gerencia General de la EAAB artículo 1º, literal A, numeral 4.

³⁸ La depuración de la base de datos debe ser permanente y el proceso de identificación mediante carnetización aún no culmina.



Así mismo no se evidencia la coordinación, supervisión, control y verificación de los servicios prestados y la calidad de los mismos conforme lo exige la normatividad del SGSSS³⁹, puesto que las denominadas “cartas acuerdo” no constituyen el documento idóneo para efecto de establecer con claridad las condiciones mediante las cuales las partes se obligan, así como los apremios o sanciones derivados de su eventual incumplimiento, circunstancia que resulta extraña tratándose de contratación o acuerdos de voluntades en la que una de las partes por lo menos es una entidad derecho público.

³⁹ Ley 100 de 1.993 artículo 180 numeral 3. REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios con las cuales atienda los afiliados y su familia, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución y la Ley.



3. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO



INTRODUCCIÓN.

La evaluación del desempeño de los servicios de salud es importante debido al alto costo de la atención en el nivel secundario y terciario y a la escasez de recursos especialmente en los países en desarrollo. Esta evaluación debe comprender aspectos de estructura, proceso y resultado que serán evaluados como desenlaces a tener en cuenta por los pagadores, usuarios y por los proveedores para mejorar su desempeño en las áreas identificadas como críticas. Como indicador de estructura se puede observar el cumplimiento de las instituciones de los requisitos exigidos por la ley; en cuanto al proceso, el tipo de servicios ofrecidos en relación con lo que esta contemplado en la ley; y en cuanto a resultado, el cumplimiento de los reportes requeridos por las autoridades. Sin embargo la información para construir estos indicadores no resultó tan sencilla de obtener como parecería a primera vista. Por esto fue necesario crear algunos instrumentos y utilizar los disponibles.

El uso de las cuentas para estimar las variables relacionadas con el servicio dado por los proveedores de la salud ha sido ampliamente utilizado, a pesar de su exactitud variable y escasa información clínica detallada. Este método asume que la información relacionada en las cuentas no es alterada, una vez se ha recibido. Por lo tanto para recoger la información financiera y epidemiológica de una manera más eficiente se decidió reconstruir la historia clínica de los pacientes atendidos en el Servicio Médico y Odontológico o en las instituciones adscritas de la siguiente manera: La primera fuente son las facturas presentadas al servicio médico entre julio y diciembre de 2000, por parte de las instituciones adscritas, por servicios prestados al SMO. Estos incluyeron servicios de hospitalización y cirugía, consulta externa especializada, atención de optometría, laboratorio clínico y odontológico, farmacia y equipos de órtesis o prótesis. Otras fuentes de información son los registros individuales de atención de los pacientes atendidos de la consulta externa de medicina general y pediatría, en las instalaciones del S.M.O de la EAAB – ESP, los manuales de procedimientos del SOAT y las boletas de atención domiciliaria.

La determinación del perfil epidemiológico de la población atendida es la base para planear futuras acciones que permitan controlar los costos de la atención en salud. Por otra parte la medición de los indicadores permitirá evaluar el efecto de intervenciones destinadas a mejorar la eficiencia de las instituciones de salud, al tener una línea de base de comparación de los indicadores descritos.



3.1 OBJETIVOS GENERALES.

1. Establecer los diagnósticos y las complicaciones, así como los indicadores de morbilidad por grupos etáreos y tipo de servicio prestado.
2. Comparar de manera descriptiva, los indicadores de la EAAB-ESP con los indicadores generados, con otras EPS de la misma naturaleza en cuanto morbilidad.
3. Hacer una evaluación de la infraestructura del S.M.O y de las principales instituciones a contrato, según lista de chequeo de los requisitos esenciales.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Diseño de un formulario precodificado que recoja la información socio-demográfica, tipo de afiliación al S.M.O, tipo de atención, diagnóstico que causa la atención, complicaciones asociadas y servicio que prestó la atención junto con los procedimientos realizados.
2. Diseño de un instructivo para el formulario.
3. Aplicación del formulario a las facturas como sucedáneo de la historia clínica.
4. Selección de los indicadores de morbilidad a ser aplicados.
5. Descripción de los indicadores de morbilidad encontrados.
6. Comparación descriptiva de los indicadores pertinentes con EPS similares.
7. Aplicación de formulario de requisitos esenciales y descripción del cumplimiento de IPS hospitalarias con contrato vigente en el año 2000 con la EAAB.

3.3 METODOLOGÍA.

Diseño: Estudio de corte transversal para determinar las patologías mas prevalentes por grupos etáreos, así como las complicaciones.

Tamaño muestral: Para una población base de 15000 usuarios para el año 2000, una prevalencia esperada del 1% con una prevalencia mínima del 0.05 y un nivel de significancia de 95% se calculó un tamaño muestral de 1350 individuos, para ser seleccionados con base en un muestreo aleatorio estratificado de todas las historias clínicas de los pacientes atendidos en el año 2000.



Sin embargo encontramos varios obstáculos: la EAAB no cuenta con una base de datos que sirviera como marco muestral; la información de las Historias clínicas disponibles en el servicio médico es deficiente, y el tipo de información requerida por el proyecto, en cuanto a costos, de funcionamiento del S.M.O de la EAAB – ESP no requiere un nivel de desagregación muy profundo. Por estas razones se decidió hacer el estudio epidemiológico con el total de la población de usuarios atendidos en el S.M.O, en las instituciones a contrato (clínicas, laboratorios, médicos, ópticas, odontólogos) durante el año 2000. Sin embargo, teniendo en cuenta el gran volumen de encuestas a realizar los recursos y tiempo disponible para lograr los objetivos, de común acuerdo con la dirección del proyecto se decidió tomar el segundo semestre como muestra representativa del año 2000, para simplificar la logística del trabajo de campo.

Unidad de observación: Usuarios atendidos en el segundo semestre de 2000.

Población a estudio: Pacientes atendidos en el segundo semestre de 2000 en el S.M.O, y en las instituciones adscritas.

3.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este proyecto se clasifica como una investigación sin riesgo (Art. 11 res. 8430 de Minsalud)

Esta investigación se realizará sobre el archivo de facturas para el año 2000, y no sobre la historia clínica de los pacientes. Sin embargo, se garantiza que se mantendrá la reserva y confidencialidad de los datos. Esta investigación no conlleva riesgos, dado que no se realizará ninguna intervención sobre los sujetos. Si se toma en cuenta el gran beneficio social, familiar e institucional que conlleva optimizar el funcionamiento del Servicio Médico y Odontológico, el presente estudio está ampliamente justificado.

3.5 VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN.

Se realizó un estudio piloto de la codificación y el levantamiento de la información. Se controló la calidad de la información por medio de la revisión de una muestra aleatoria de formularios de atención hospitalaria o ambulatoria. Además se revisó una muestra aleatoria de historias clínicas para verificar si se consolidaba la misma información desde esta fuente. Con base en una población estimada de 17000 usuarios, con un porcentaje de información recogida desde las facturas equivalente al 50% de la obtenida a partir de las historias clínicas y un peor escenario del 40%, se programó un muestreo



aleatorio de los pacientes registrados en la base de datos, por medio de una tabla de números aleatorios generada por computador. Se revisaron 15 historias de esta muestra. De esta verificación se comprobó que el levantamiento de la información desde las facturas conducía en el 100% de los casos a obtener mayor información, que la obtenida a partir de la historia clínica, dado que los pacientes son dados a consultar en primera instancia otras instituciones, y cuando se remite desde el S.M.O hacia otra institución, no siempre se registra en la historia las consecuencias derivadas de dicha remisión.

3.6 ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de febrero y marzo de 2001 el grupo de epidemiología se dio a la tarea de desarrollar lo pertinente para concretar el trabajo de campo del proyecto en mención. Durante ese periodo de tiempo fue conveniente realizar algunas reuniones de concertación entre los grupos participantes, tratando de obtener con el mismo esfuerzo, la mayor cantidad de información para todos los grupos.

La fase del trabajo de campo llevada a cabo en los meses posteriores, se terminó en lo correspondiente al registro de actividades hospitalarias y codificación de actividades ambulatorias y fórmulas.

1. Se diseñó un formulario precodificado para recoger la información socio-demográfica, tipo de afiliación al SM y O, tipo de atención, diagnóstico que causa la atención, complicaciones asociadas y servicio que prestó la atención, procedimientos realizados.
2. Se diseñó un instructivo para el formulario.
3. Estudiantes de último año de medicina aplicaron el instrumento a las facturas que correspondan a las atenciones mayores de 24 horas y cirugías previo entrenamiento por parte del grupo epidemiológico.
4. Auxiliares estadísticos con experiencia en facturación y codificación realizaron la codificación de los diagnósticos y procedimientos según el CIE 9 y Manual de tarifas SOAT de las atenciones inferiores a 24 horas previo entrenamiento por parte del grupo epidemiológico.
5. A partir de los registros de consulta externa del Servicio Médico y Odontológico (central y satélites) codificados en los RIAS se obtuvo una base de datos para construir los indicadores de morbilidad de estos servicios.
6. Proceso de verificación de la información obtenida a partir de las facturas en comparación con la consignada en las historias clínicas de la EAAB.



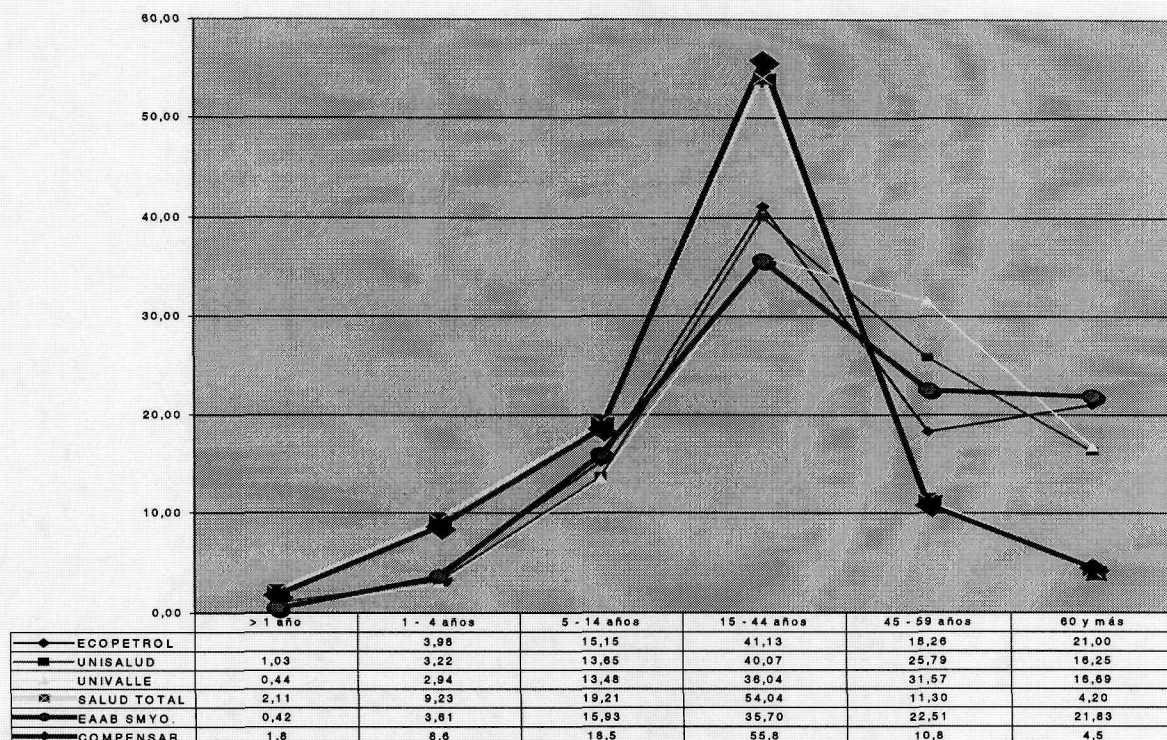
7. Recopilación de las bases de datos de los RIAS de junio a noviembre del 2000 para la evaluación de las causas de consulta.
8. Sistematización de la información en base de datos
9. Control de calidad de base de datos. Depuración de las bases.

Los resultados que se presentan a continuación corresponden al procesamiento de las diferentes bases de datos enunciadas, realizado en Stata 5.0.

3.7 COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN DEL S.M.O POR GRUPOS DE EDAD.

En el gráfico siguiente se muestra la comparación de la composición por edades de la población del SMYO de la EAAB, con instituciones similares como UNISALUD (Servicio médico de la Universidad Nacional de Colombia), Ecopetrol, Univalle (Servicio Médico de la Universidad del Valle) y una EPS privada. Salud Total.

Gráfico 3.1. Comparación de la participación porcentual de los grupos de edad.





Es notable la similitud de la composición de las EPS adaptadas con una tendencia a una alta densidad en los grupos mayores, por contraste con Salud total y Compensar donde la mayor proporción la ocupan los adultos jóvenes y la participación de las edades avanzadas es sensiblemente menor. Debe resaltarse que los tamaños son igualmente bien diferentes pues mientras Salud Total y Compensar manejan cada una algo cercano al medio millón de afiliados, las otras empresas no pasan de 30.000. Adicionalmente las EPS manejan el POS mientras las otras ofrecen servicio mucho más amplios.

Estas tres condiciones hacen que evidentemente el costo del servicio sea más alto. En las páginas siguientes trataremos de verificar de que manera esta composición por edad afecta los perfiles de morbilidad.

3.8 CONSULTA AMBULATORIA.

Para el análisis de las actividades relacionadas con la consulta ambulatoria se tomaron 6 meses de registro de los RIAS, digitados en hojas de cálculo en el período comprendido entre junio y noviembre de 2000. Luego de la depuración y unificación de los datos, se obtuvieron 12.844 registros. La concentración anual de consulta, de acuerdo con estos datos, sería de 1.71 por persona año. (Aproximadamente 25.000 entre 15.000 personas). Se trata de una concentración ciertamente moderada. Unisalud, registró durante el año 2000 un total de 67.880 consultas en la sede Bogotá, con un número de afiliados de 12.453 lo que muestra una cifra de 5.45 consultas/persona/año.⁴⁰ Es evidente que existe un fenómeno de subregistro importante en la EAAB para las fechas utilizadas en esta evaluación.

Durante la vigencia de 1999, el Servicio Médico y Odontológico – S.M.O. efectuó un total de 44.673 consultas, de las cuales 28.154 fueron de tipo médico y 16.519 fueron odontológicas⁴¹. Considerando las deficiencias de registro en los RIAS y los que fueron eliminados por incompletos o inconsistentes, la cantidad final de registros para el procesamiento de la información parece suficiente. La distribución de consultas por meses es la siguiente:

⁴⁰ Uisalud. Informe 2000.

⁴¹ Informe SMYO de la EAAB 1999.



**Tabla No. 3.1. S.M.O - EAAB. Consulta Ambulatoria. Distribución por meses.
Segundo semestre de 2000.**

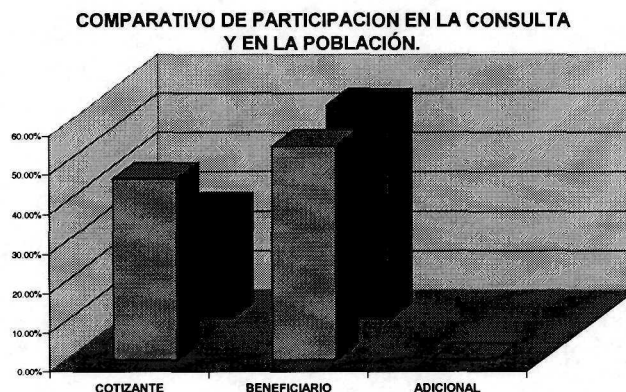
Mes	Frecuencia	%
Sin dato	430	3.35
Junio	560	4.36
Julio	1433	11.16
Agosto	2168	16.88
Septiembre	2560	19.93
Octubre	3135	24.41
Noviembre	2558	19.92
Total	12844	100.0

Al procesar la información del total de consultas se encontraron los siguientes datos:

Tabla No. 3.2. S.M.O - EAAB. Distribución de consultas según el tipo de afiliado. Segundo semestre de 2000.

TIPO AFILIADO	DE FRECUENCIA A	PORCENTAJE E	PORCENTAJE EN LA POBLACION.
Cotizante	5859	45.89%	27.80%
Beneficiario	6975	54.30%	54.30%
Adicional	9	0.07%	
Sin Información	1		
Total	12844		

Gráfico No.3.2.



La frecuencia comparativa de cotizantes/beneficiarios es ciertamente diferente a la composición de la población del SMO. Parece existir por parte de los empleados un uso



mucho mayor del que cabría esperar. Sin embargo no obtuvimos cifras comparables en instituciones similares que permitieran realizar afirmaciones más categóricas a este respecto.

**Tabla No. 3.3. S.M.O - EAAB. Total de consultas por grupos de edad.
Segundo semestre de 2000.**

Grupo de edad	Frecuencia	%	Porcentaje del grupo en la población total.
Menores de un año	143	1.11	0.42%
1 a 5 años	171	1.33	3.61%
5 a 14 años	937	7.29	15.93%
15 a 44 años	4349	34.21	35.70%
45 a 60 años	4151	32.32	22.51%
60 y más años.	3049	23.74	21.83%
Total	12845	100.00	100.00

La utilización de los servicios muestra una distribución proporcional al peso relativo de los diferentes grupos de edad, excepto el correspondiente a los grupos de 1 a 5 y de 5 a 14 años, donde la frecuencia de uso es baja comparando con su participación en la población usuaria. El grupo que más utiliza los servicios de consulta, de acuerdo con estos datos, es el de 15 a 44 años, como ya se había visto con anterioridad, lo que resulta llamativo por cuanto en general los grupos extremos suelen ser los de mayores problemas de salud.

Tabla No. 3.4. S.M.O - EAAB. Distribución según la ocupación de los consultantes.

(Las 5 más frecuentes.) Segundo semestre de 2000.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACIÓN (Pensionado, Estudiante, Ama De Casa...)	11533	89.79%
Arquitectos E Ingenieros De Cualquier Área	132	1.03%
Estadísticos, Matemáticos, Economistas, Contadores, Jefes, Empleados De Oficina, Analistas Sistemas Y Técnicos Asimilados Ayudantes Contabilidad, Taquígrafos, Mecnógrafos, Digitador Y Grabador De Datos, Secretarias	132	1.03%
Otro Personal Administrativo Y Trabajadores Asimilados	104	0.81%
Conductores De Vehículos De Transporte (Tierra O Agua)	56	0.44%
Otras	327	2.54%
Sin Dato	560	4.36%
Total	12844	

Lamentablemente en la mayoría de los casos no fue consignada la ocupación del consultante con lo que esta información que hubiera podido mostrar variaciones ocupacionales relevantes no pudo ser obtenida.



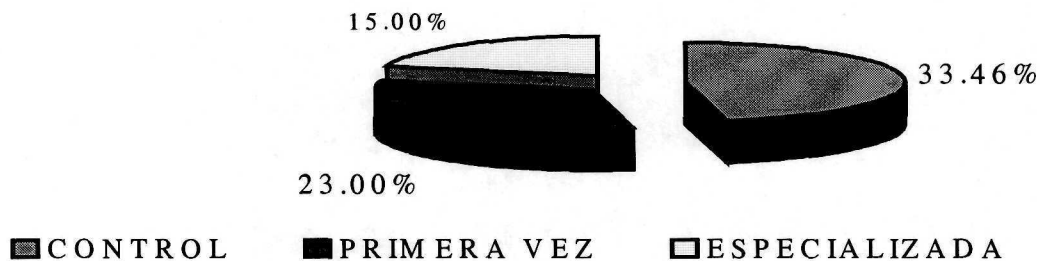
Tabla No. 3.5. S.M.O - EAAB. Distribución según género. Segundo semestre de 2000.

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
	A	E
Femenino	6649	51.77%
Masculino	6195	48.23%
Total	12844	

Esta distribución es sensiblemente similar a la de la población del S.M.O, a la población general del país y a la de la composición de la mayor parte de las instituciones aseguradoras del SGSSS, por lo que no es de esperar una especial influencia de esta variable en la morbilidad.

De acuerdo con el tipo de consulta, un tercio de ellas, 33.46% correspondieron a controles de medicina general, seguido de consulta de primera vez por medicina general (23%) y consulta especializada en un 15%, cifras que resultan perfectamente razonables al comparar con instituciones similares.

Gráfico No.3.3 Consulta ambulatoria tipo de consulta



Una cuarta parte, el 25% del total de consultas requirieron procedimientos diagnósticos y un 10% procedimientos terapéuticos.

Tan solo el 60% del total de las consultas terminaron en la prescripción de uno o más medicamentos. Esta cifra que puede parecer muy racional y que significaría una tendencia a controlar el gasto en un rubro crítico, resulta contradictoria con los datos financieros. La razón es que en este grupo se encuentran incluidas una fracción importante de consultas odontológicas que con frecuencia terminan en procedimientos



sin medicamentos. También existe una cantidad apreciable de consultas de control de niño sano lo que podrá verse en las causas de consulta por grupos de edad.

Tabla No. 3.6. S.M.O -EAAB Prescripción de medicamentos. Segundo semestre de 2000.

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS	FRECUENCI	PORCENTAJ
	A	E
Si	7653	59.6
No	4917	38.3
Sin Dato	274	2.1
Total	12844	100

El 17% de las consultan terminan con una remisión y el 23% con una solicitud de interconsulta. Menos del 1% terminan en orden de hospitalización.

Tabla No. 3.7. S.M.O -EAAB. Ordenes de hospitalización. Segundo semestre de 2000.

HOSPITALIZACIÓ N	FRECUENCI	PORCENTAJ
	A	E
Si	88	0.69
No	12080	94.05
Sin dato	676	5.26
Total	12844	100

Tabla No. 3.8. S.M.O - EAAB. Causa externa de atención. Segundo semestre de 2000.

TIPO DE CAUSA	FRECUENCI	PORCENTAJ
	A	E
Enfermedad General	12.748	99.25
Accidente de Tránsito	68	0.53
Otro tipo de accidente	13	0.10
Accidente de trabajo	7	0.05
Atención en Planificación Familiar	5	0.04
Enfermedad Profesional	2	0.02
Sin dato	1	0.01
Total	12.844	100

Se puede observar que el peso de la consulta por accidentes de trabajo y enfermedad profesional es mínimo frente a la enfermedad general. Esto sugiere que el riesgo ocupacional es bajo en la población del servicio médico y se encuentra bien controlado.



3.9 PERFIL DE MORBILIDAD POR CONSULTA.

Tabla No. 3.9. S.M.O - EAAB. Diez primeras causas de consulta, Todas las edades. Segundo semestre de 2000.

CAUSA C.I.E.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
	A	E	O
Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna	832	6.48	6.48
Caries dentaria	645	5.02	11.50
Gastritis aguda	371	2.89	14.39
Control de la salud del lactante o el niño: control periódico de la salud del niño sano	342	2.66	17.05
Diabetes mellitus sin mención de complicación	338	2.65	19.70
Rinofaringitis aguda: resfrío común	273	2.13	21.83
persona sana	274	2.13	23.96
Faringitis aguda	271	2.11	26.07
Otros trastornos de los músculos de los ligamentos y de las aponeurosis	227	1.77	27.84
Hipercolesterolemia pura	225	1.75	29.59

Como puede observarse a partir del peso porcentual de las primeras causas, existe una gran dispersión. Sin embargo se hace evidente la importancia de 4 patologías crónicas con sus implicaciones de tratamientos prolongados y crónicos, de costos anuales relativamente altos. La Hipertensión, la diabetes, las enfermedades articulares y las hipercolesterolemias tienen un peso notorio. Esta tabla es consistente con la composición por edad de la población. Al comparar este perfil con empresas similares la coincidencia es evidente.



Tabla No. 3.10. S.M.O - EAAB . Perfiles de morbilidad en instituciones similares al S.M.O. Segundo semestre de 2000.

CAPRUIS	ECOPETROL	UNISALUD	UNIVALLE
Hipertensión arterial.	Hipertensión arterial.	Hipertensión arterial.	Hipertensión arterial
Atención al lactante.	Enfermedades respiratorias.	Trastornos osteomusculares.	Enfermedades respiratorias.
Trastornos menopausicos.	Enfermedades digestivas.	Trastornos menopausicos.	Trastornos adaptativos.
Enfermedades respiratorias.	Trastornos osteomusculares.	Migrañas.	Trastorno del metabolismo de
Enfermedades digestivas.	Diabetes.	Enfermedades respiratorias.	lípidos.
Diabetes.	Trastornos adaptativos.	Diabetes.	Enfermedades digestivas.
			Diabetes.

3.10. CONSULTA POR CAUSAS, EDAD Y GÉNERO.

Tabla No. 3.11. S.M.O - EAAB. Diez primeras causas de morbilidad por edad y sexo. Menores de un año. Femenino. Segundo semestre de 2000.

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUM.
Control de niño sano	23	45.10	45.10
Resfriado Común	7	13.73	58.83
Desarrollo y crecimiento deficientes	3	5.88	64.71
Infección Intestinal mal definida	3	5.88	70.59
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores	3	5.88	76.47
Bronquitis no especificada si es aguda o crónica	2	3.92	80.39
Conjuntivitis	1	1.96	82.35
Enf. del esófago, cardioespasmo , acalasia	1	1.96	84.31
Otros trastornos del esófago	1	1.96	86.27
Estado febril sin especificación	1	1.96	88.23



**Tabla No. 3.12. S.M.O - EAAB. Diez primeras causas de morbilidad por edad y sexo.
Menores de un año. Masculino. Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUM.
Control niño sano	51	55.43	55.43
Resfriado Común	9	9.87	65.30
Enfermedad Diarréica Aguda Infecciosa	4	4.35	69.65
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores	3	3.26	72.91
Bronquiolitis Aguda	3	3.26	76.17
Otitis media supurativa aguda	2	2.17	78.34
Faringitis aguda	2	2.17	80.51
Dermatitis atópica	2	2.17	82.68
Luxación congénita de cadera	2	2.17	84.88
Conjuntivitis	1	1.08	85.93

Vale la pena hacer notar como cerca de la mitad del total de consultas en ambos géneros, tuvieron un carácter preventivo en la EAAB.

Tabla No. 3.13. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. Menores de un año.

1 rinofaringitis aguda: resfrío común
2 control de la salud del lactante o el niño: control periódico de la salud del niño sano
3 faringitis aguda
4 bronquiolitis aguda
5 bronquitis aguda
6 luxación simple de la cadera
7 parasitosis intestinal sin otra especificación
8 amigdalitis aguda
9 conjuntivitis aguda
10 otras dermatitis atópica y estados patológicos afines

Es notoria la similitud de diagnósticos debiéndose resaltar la importancia que en ambas instituciones se ha dado al control del niño sano. Como era de esperarse las patologías corresponden mayoritariamente a las condiciones agudas, con la excepción de algunas condiciones congénitas lo cual no difiere de manera importante de la población general del país.



**Tabla No. 3.14. S.M.O - EAAB. Diez primeras causas de consulta. 1 a 4 años.
Femenino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUM.
Niño Sano	12	15.79	15.79
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores	7	9.21	25.00
Resfriado Común	7	9.21	34.21
Reacción de Hipersensibilidad de Vías Respiratorias Superiores	5	6.58	40.79
Amigdalitis Aguda	4	5.26	46.05
Estado febril sin especificaciones	4	5.26	51.31
Infección Intestinal mal definida	3	3.95	55.26
Hepatitis Vírica tipo A	3	3.95	59.21
Parasitosis Intestinal	3	3.95	63.16
Desarrollo y Crecimiento deficientes	3	3.95	67.11

**Tabla No. 3.15. S.M.O - EAAB. Diez primeras causas de consulta. 1 a 4 años.
Masculino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUM.
Control de niño sano	15	15.79	15.79
Resfriado Común	5	5.26	21.05
Infección Intestinal mal definida	5	5.26	26.31
Desarrollo y crecimiento deficientes	5	5.26	31.57
Luxación Congénita de Cadera	4	4.21	35.78
Otras formas de Sífilis Secundaria	4	4.21	39.99
Rinitis Alérgica	4	4.21	44.20
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores	4	4.21	48.41
Impétigo	3	3.16	51.57
Faringitis Aguda	3	3.16	54.73

Tabla No. 3.16. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 1-4 años.

1 Rinofaringitis aguda: resfrío común
2 Parasitosis intestinal sin otra especificación
3 Amigdalitis aguda
4 Control de la salud del lactante o el niño: control periódico de la salud del niño sano
5 Faringitis aguda
6 Otitis media aguda no supurativa
7 Bronquitis aguda
8 Infección del sistema nervioso central por virus lento
9 Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de localización múltiple o no especificada: otra de sitios múltiples
10 Sinusitis aguda sin especificación

En este grupo etáreo disminuye bastante el peso relativo de la consulta preventiva. Hay más consultas por enfermedad, concentradas especialmente a nivel de las vías respiratorias, lo cual es concordante con el perfil epidemiológico nacional. Es notorio



como la dispersión de causas es muy baja en este grupo, pues las 10 primeras dan cuenta del 67 y del 54% del total en los dos géneros. La comparación con Compensar EPS muestra similar predominio de las patologías infecciosas. Llama la atención el hallazgo de casos de sífilis secundaria en el grupo masculino lo que pone en evidencia deficiencias en el control del embarazo y el parto.

**Tabla No. 3.17. S.M.O - EAAB. Primeras causas de consulta. 5 a 14 años.
Femenino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	PORCENTAJ		ACUMULAD O
		E	O	
Control de niño sano	58	12.16	12.16	
Anomalías en la posición de los dientes	35	7.34	19.50	
Parasitosis	22	4.61	24.11	
Resfriado Común	19	3.98	28.09	
Infección Respiratoria Aguda de Vías Superiores	12	2.52	30.61	
Otras Dermatitis atópicas	12	2.52	33.13	
Desarrollo y Crecimiento Deficientes	11	2.31	35.44	
Faringitis Aguda	11	2.31	37.75	
Infección Renal sin especificar	10	2.10	39.85	
Caries Dentaria	10	2.10	41.95	

**Tabla No.3.18. S.M.O - EAAB. Primeras causas de consulta. 5 a 14 años.
Masculino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	PORCENTAJ		ACUMULAD O
		E	O	
Control de niño sano	72	15.65	15.65	
Parasitosis	34	7.39	23.04	
Anomalías en la posición de los dientes	26	5.62	28.66	
Resfriado común	25	5.43	34.09	
Caries Dentaria	18	3.91	38.00	
Amigdalitis	16	3.48	41.48	
Rinitis Alérgica	12	2.61	44.09	
Faringitis Aguda	10	2.17	46.26	
Desarrollo y crecimiento deficientes	10	2.17	48.43	
Trastornos de la refracción	10	2.17	50.60	



Tabla No.3.19. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. De 5-14 años.

1	Parasitosis intestinal sin otra especificación
2	Rinofaringitis aguda: resfrío común
3	Amigdalitis aguda
4	Otra persona sana
5	Rinitis alérgica sin especificación
6	Faringitis aguda
7	Rinitis alérgica debida a otro alergen
8	Otitis media aguda no supurativa
9	Desnutrición de grado leve
10	Otras dermatitis atópica y estados patológicos afines

En este grupo se hacen notar diagnósticos estrechamente relacionados con las diferencias de coberturas entre la EAAB y Compensar. En el S.M.O son importantes los trastornos de refracción (con limitaciones importantes en el POS) y la patología oral, en especial las anomalías de posición de los dientes, pues tampoco hay cobertura para ortodoncia en el POS. Esto permite que aparezcan en el caso de Compensar mayores proporciones de patologías médicas ocupando los primeros lugares. Continúa prevaleciendo el Control del niño sano en este grupo de edad en la EAAB. Las diferentes enfermedades respiratorias tienen gran peso dentro de las 10 primeras causas.

**Tabla No. 3.20. S.M.O - EAAB. Primeras causas de Consulta. 15 a 44 años.
Femenino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC	PORCENTA JE	ACUMULAD O
Caries Dentaria	187	7.37	7.37
Adulto Sano	92	3.71	11.08
Vaginitis y vulvovaginitis	91	3.67	14.75
Gastritis aguda	68	2.74	17.49
Resfriado Común	56	2.26	19.75
Faringitis Aguda	54	2.18	21.93
Jaqueca común	49	1.97	23.90
Gingivitis	47	1.89	25.79
Trastornos de la refracción	37	1.49	27.28
Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	40	1.61	28.89



**Tabla No. 3.21. S.M.O - EAAB. Primeras causas de consulta. 15 a 44 años.
Masculino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUMULAD O
Caries Dentaria	139	7.27	7.27
Adulto Sano	76	3.98	11.25
Faringitis	58	3.04	14.29
Gastritis aguda	53	2.77	17.06
Resfriado Común	47	2.46	19.52
Gingivitis crónica	44	2.30	21.82
Otros trastornos de los músculos, ligamentos y aponeurosis	37	1.94	23.76
Gingivitis Aguda	36	1.88	25.64
Parasitosis	32	1.67	27.31
Hipercolesterolemia	32	1.67	28.98

Tabla No. 3.22. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 15-44 años.

- 1 Rinofaringitis aguda: resfrío común
- 2 Vaginitis y vulvovaginitis
- 3 Gastritis aguda
- 4 Faringitis aguda
- 5 Otra persona sana
- 6 Parasitosis intestinal sin otra especificación
- 7 Lucorrea no especificada como infecciosa
- 8 Amigdalitis aguda
- 9 Otros trastornos del dorso y el no especificado: lumbago
- 10 Amenorrea

En este grupo etáreo aumenta nuevamente la dispersión en la EAAB. Menos del 30% del total corresponde a las 10 primeras causas. Al igual que en Compensar, la población beneficiaria del S.M.O presenta las infecciones de vías respiratorias superiores como primeras causas de enfermedad. Sin embargo nuevamente la consulta del paciente sano ocupa el segundo lugar como en grupos anteriores. Se resalta la importancia en el S.M.O de la patología oral. Tres diagnóstico de esta naturaleza ocupan, los primeros lugares. Aparecen en ambos casos los diagnósticos giencoobstétricos y los trastornos musculares y gástricos. No hay por lo demás diferencias relevantes en este grupo.



**Tabla No. 3.23. S.M.O - EAAB. Primeras causas de consulta. 45 a 59 años.
Femenino.**

Segundo semestre de 2000.

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUMULADO
Hipertensión Arterial Esencial	171	8.38	8.38
Caries Dentaria	73	3.58	11.96
Climaterio	70	3.43	15.39
Gastritis aguda	60	2.94	18.33
Hipotiroidismo Adquirido	56	2.75	21.08
Pérdida de diente	54	2.65	23.73
Otros trastornos de los músculos, ligamentos y aponeurosis	51	2.50	26.23
Faringitis Aguda	50	2.45	28.68
Hipertensión Arterial Benigna	44	2.16	30.84
Diabetes Mellitus	40	1.96	32.80

**Tabla No. 3.24. S.M.O - EAAB . Primeras causas de consulta . 45 a 59 años.
Masculino.**

Segundo semestre de 2000.

CAUSA C.I.E.	FREC.	%	ACUMULADO
Hipertensión Arterial Esencial	155	7.34	7.34
Caries Dentaria	107	5.07	12.41
Diabetes Mellitus	95	4.50	16.91
Gastritis Aguda	83	3.93	20.84
Hipercolesterolemia Pura	72	3.41	24.25
Pérdida de dientes	61	2.89	27.14
Hipertensión Arterial Esencial Benigna	54	2.56	29.70
Hiperlipidemia Mixta	46	2.18	31.88
Faringitis Aguda	45	2.13	34.01
Otros trastornos de los músculos, ligamentos y aponeurosis	42	1.99	36.00

Tabla No. 3.25. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 45-59 años.

- 1 Otras enfermedades bacterianas: rinoscleroma
- 2 Hipertensión esencial especificada como benigna
- 3 Estado climatérico femenino o menopáusico
- 4 Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna
- 5 Gastritis aguda
- 6 Rinofaringitis aguda: resfrío común
- 7 Hiperlipidemia mixta
- 8 Faringitis aguda
- 9 Otros trastornos del dorso y el no especificado: lumbago
- 10 Pasteurelisis: otras zoonosis bacterianas

Los grupos resultan ser similares aunque llaman la atención el rinoscleroma y la pasteurelisis en el grupo correspondiente a Compensar. El peso de la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias es importante, sin que sea posible verificar diferencias entre las dos instituciones.



**Tabla No. 3.26. SMO - EAAB. Primeras causas de consulta. 60 y más años.
Femenino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FRECUENCIA PORCENTA		ACUMULAD O
	A	JE	
Hipertensión Arterial Esencial	263	17.27	17.27
Diabetes Mellitus	68	4.46	21.73
Gastritis Aguda	62	4.07	25.77
Otros trastornos de los músculos, ligamentos y aponeurosis	62	4.07	29.84
Caries Dentaria	44	2.89	32.73
Osteoporosis	37	2.43	35.16
Pérdida de dientes	31	2.04	37.20
Infección de Vías Urinarias	29	1.90	39.10
Hipercolesterolemia	25	1.64	40.74
Várices Miembros Inferiores	22	1.44	42.18
Sano	21	1.38	43.56

**Tabla No. 3.27. S.M.O - EAAB. Primeras causas de consulta. 60 y más años.
Masculino.
Segundo semestre de 2000.**

CAUSA C.I.E.	FRECUENCIA PORCENTAJ		ACUMULAD O
	A	E	
Hipertensión Arterial Esencial	180	11.8	11.80
Diabetes Mellitus	109	7.09	18.89
Caries Dentaria	70	4.59	23.48
Hipertensión Arterial Esencial Benigna	43	2.82	26.30
Hipercolesterolemia	42	2.75	29.05
Gastritis Aguda	39	2.56	31.61
Pérdida de los dientes	33	2.16	33.77
Bronquitis crónica obstructiva	30	1.97	35.74
Otros trastornos de los músculos, ligamentos y aponeurosis	28	1.83	37.57
Faringitis Aguda	25	1.64	39.21



Tabla No. 3.28. COMPENSAR EPS. Primeras causas de consulta. 60 y más años.

- 1 Otras enfermedades bacterianas: rinoscleroma
- 2 Hipertensión esencial especificada como benigna
- 3 Hipertensión esencial no especificada como benigna ni como maligna
- 4 Diabetes mellitus sin mención de complicación
- 5 Melioidosis
- 6 Gastritis aguda
- 7 Hipertensión esencial especificada como maligna
- 8 Bronquitis aguda
- 9 Rinofaringitis aguda: resfrío común
- 10 Hiperlipidemia mixta

Como en el grupo anterior la presencia de las patologías crónicas es muy similar para las dos instituciones. Sin embargo es muy posible que existan diferencias importantes en tasas y número de casos con su consecuente impacto económico. No obstante la información epidemiológica tal como fue obtenida no permite emitir conclusiones al respecto.

3.11 CONSULTA ODONTOLÓGICA MES DE OCTUBRE DE 2000.

Con el objeto de profundizar en este capítulo se procesaron las consultas y procedimientos realizados en odontología, durante el mes de octubre del año 2000. Este grupo de atenciones se obtuvieron del archivo de los RIAS y no constituyen un volumen adicional de consultas. Desafortunadamente no fue posible obtener información comparable en otras instituciones, específica para este tipo de consultas. No obstante los datos son relevantes para la administración del S.M.O y para las estimaciones de costos.

Tabla No. 3.29. S.M.O - EAAB. Consulta odontológica. Distribución por edad y género.

Segundo semestre de 2000.

Edad	Género		
	F	M	
5-14	2	0	2
15-44	7	6	13
45-59	7	6	13
60+	5	8	13
Total	21	20	41



Tabla No. 3.30. S.M.O - EAAB. Consulta odontológica. Causa de la consulta por género.

Segundo semestre de 2000.

Causa	F	M	Total
Caries dentaria	8	8	16
Enfermedades de los tejidos dentarios duros sin especificar.	8	3	11
Enfermedades de la pulpa y tejidos periapicales	2	2	4
Periodontitis crónica	1	0	1
Enfermedades periodontales y de la encía. Periodontitis aguda	0	1	1
Enfermedades periodontales y de la encía sin especificar	0	1	1
Pérdida de dientes debida a accidente extracción o enfermedad periodontal focal	0	1	1
Otras afecciones de los dientes y de sus estructuras de sostén	1	3	4
Otra mala absorción posquirurgica.	1	1	2
Total	21	20	41

Tabla No. 3.31. S.M.O - EAAB. Consulta odontológica. Distribución según Tipo de Consulta. Segundo semestre de 2000.

	Frecuencia	Porcent.
C. Odontológica primera vez	21	51.22
C. Control odontología general	15	36.59
C. de urgencias sin especificar	4	9.76
C. Urgencias por odontología.	1	2.44
Total	41	100.00

3.12 PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS OCTUBRE 2000.

Corresponde al registro de 681 procedimientos ambulatorios realizados por odontología durante el mes de octubre y registrados en los RIAS correspondientes.



Tabla No. 3.32. SMO - EAAB. Procedimientos odontológicos. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000.

	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
EDAD			
A	9	1.32	1.32
B	58	8.48	9.80
C	283	41.37	51.17
D	221	32.31	83.48
E	113	16.52	100.00
Total	684	100.0	

Tabla No. 3.33. SMO -EAAB. Procedimientos odontológicos. Distribución según Tipo de afiliado. Segundo semestre de 2000.

	Frecuencia	Porcentaje
Beneficiario	402	60.03
Cotizante	279	40.87
Total	681	100.00

Tabla No. 3.34. SMO - EAAB. Frecuencias por procedimiento. Segundo semestre de 2000.

PROCEDIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Control de placa dental	128	18.80
Obturación dental por superficie, con amalgama	125	18.36
Topicación de fluor en gel	91	13.35
obturación dental por superficie, con resina de fotocurado	62	9.10
Profilaxis dental sod	58	8.52
Exodoncia de dientes temporales unirradiculares	55	8.08
Obturación dental por superficie, con ionómero de vidrio	54	7.93
Sesion educativa individual por odontología	26	3.82
Restauracion de dientes mediante incrustación no metálica sod	22	3.23
Aplicación de sellantes de fotocurado	18	2.54
Colocación o aplicación de corona en policarboxilato (para dientes temporales)	2	0.29
Exodoncia de dientes permanentes multirradiculares.	4	0.59

Este grupo es el reflejo de las coberturas adicionales que el SMO ofrece a sus usuarios. Es de observar como las obturaciones por caries y las profilaxis corresponden a un alto porcentaje de los procedimientos practicados, cuyo costo es relativamente bajo.



3.13. HOSPITALIZACIÓN.

Para este análisis fue utilizado el registro de formularios correspondientes al segundo semestre del año 2000, que fueron obtenidos de las facturas una vez pudo constatar que resultaron ser más completas que las historias clínicas.

Después de un proceso de depuración para eliminar inconsistencias, se contabilizaron un total de 1560 registros que fueron trabajados separadamente para aquellos que recibieron atención en institución hospitalaria por menos de 24 horas para procedimientos de carácter ambulatorio, identificados como grupo I, y aquellos que fueron hospitalizados por más de 24 horas, identificados como grupo II.

3.13.1 Grupo I: Procedimientos ambulatorios.

Correspondientes a procedimientos, exámenes de laboratorio y RX. Se segregaron 334 casos cuya distribución fue la siguiente:

**Tabla No. 3.35. S.M.O - EAAB. Procedimientos Ambulatorios Según tipo de afiliación.
Segundo semestre de 2000.**

Tipo de Afiliación	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Sin dato	31	9.28	9.28
Cónyuge	80	23.95	33.23
Empleado	59	17.66	50.90
Hijo	63	18.86	69.76
Madre	22	6.59	76.35
No definido	23	6.89	83.23
Padre	6	1.80	85.03
Pensionado	41	12.28	97.31
Sustituto	9	2.69	100.00
Total	334	100.00	



Tabla No. 3.36. SMO EAAB. Procedimientos ambulatorios. Distribución por género. Segundo semestre de 2000.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	197	58.98
Masculino	137	41.02
Total	334	100.00

La distribución según el tipo de afiliado y género representan la distribución en la población con un ligero incremento en el género femenino.

Tabla No. 3.37. SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Menores de un año	8	2.40	2.40
De 1 a 4 años	9	2.69	5.09
De 5 a 14	32	9.58	14.67
De 15 a 44	132	39.52	54.19
De 45 a 59	93	27.84	82.04
De 60 y más.	60	17.96	100.00
Total	334	100.00	

Como en el caso de las consultas es llamativa la participación del grupo de 15 a 44 años. Sin embargo al observar los procedimientos (tabla siguiente) que les fueron practicados, parece tratarse de una situación razonable. Es importante hacer notar la aparición de la Consulta de urgencias como "procedimiento". Ello obedece a la organización administrativa del servicio médico, pues las urgencias son recibidas y manejadas directamente por las instituciones contratadas, las que reportan como atención hospitalaria (Hospitalización) cada uno de los casos. No obtuvimos información comparable en las otras instituciones consultadas

Vale la pena mencionar que este grupo hace referencia a procedimientos ambulatorios, los que se reflejan en una alta presencia de cirugías programadas de corta duración. Corresponden aproximadamente al 20% del total registrado.



Tabla No. 3.38. SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Diez procedimientos más frecuentes. Segundo semestre de 2000.

Tipo de Afiliación	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	1	0.30
Safeno-varicectomia	26	7.78
Consulta de urgencias	15	4.49
Septoplastia; incluye extirpación Legrado uterino (obstétrico)	14	4.19
Resección tumor benigno de piel y/o tej. Resección pterigion	13	3.89
Legrado uterino post parto o por aborto	12	3.59
Cistoscopia y cateterismo ureteral Sección y/o ligadura de trompa de falop Turbinoplastia	9	2.69
Amigdalectomia	6	1.80
Corrección hallux valgus	6	1.80
	6	1.80
	4	1.20
	4	1.20

Tabla No. 3.39. SMO - EAAB. Procedimientos ambulatorios. Distribución según el tipo de servicio utilizado. Segundo semestre de 2000.

Sin dato	14	4.19	4.19
Cirugía general	89	26.65	31.74
Oftalmología otorrinolaringología ortopedia	47	14.07	73.95
Ginecología	42	12.57	97.01
medicina general urología	35	10.48	84.43
Cirugía plástica obstetricia	32	9.58	47.60
Odontología	22	6.59	54.19
Cirugía pediatric	10	2.99	100.000
Cardiología	9	2.69	36.23
Cirugía vascular	8	2.40	57.78
Dermatología	7	2.10	59.88
Gastroenterología	6	1.80	33.53
Nefrología	3	0.90	5.09
Medicina interna	2	0.60	36.83
	2	0.60	37.43
total	2	0.60	38.02
	2	0.60	55.09
	1	0.30	54.49
	334	100.00	



En este grupo de pacientes no se consignaron complicaciones por los procedimientos practicados. Solamente 6 de los 334 casos fueron clasificados como de alto costo, lo que significa un 1.8%.

3.13.2 Grupo II. Hospitalizaciones.

Una vez separados los casos que fueron hospitalizados para procedimientos de corta estancia, y depurada la base de datos, se procesaron 1226 registros correspondientes a un semestre. El siguiente fue el comportamiento de las diferentes variables del formulario de recolección de información.

**Tabla No. 3.40. SMO - EAAB. Distribución de hospitalizaciones según tipo de afiliación.
Segundo semestre de 2000.**

Tipo de Afiliación	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Sin dato	117	9.54	9.54
Cónyuge	221	18.03	27.57
Empleado	115	9.38	36.95
Hijo	204	16.64	53.59
Madre	112	9.14	62.72
No definido	84	6.85	69.58
Padre	50	4.08	73.65
Pensionado	294	23.98	97.63
Sustituto	29	2.37	100.00
Total	1226	100.00	

La distribución por género no mostró variaciones mayores, con un 54% para las mujeres y un 45% para los hombres. La parte más importante de las hospitalizaciones según tipo de afiliación incluye a los cónyuges, los hijos y los pensionados a diferencia de las consultas en las que los empleados jugaban un papel mucho más relevante. El peso de los pensionados es notable, lo que es una consecuencia de la composición de la población. Esto se ratifica en gran medida al observar que el 50% del total correspondieron a pacientes de 60 y más años.



Tabla No. 3.41. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Composición por grupos de edad. Segundo semestre de 2000

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Cum.
Menores de un año	47	3.83	3.83
De 1 a 4 años	57	4.65	8.48
De 5 a 14	84	6.85	15.33
De 15 a 44	265	21.62	36.95
De 45 a 59	148	12.07	49.02
De 60 y más.	625	50.98	100.00
Total	1226	100.00	

Gráfico No. 3.4 EAAB. Distribución hospitalizaciones según grupos de edad.

- Menores de 1 año
- De 1 a 4 años
- De 5 a 14
- De 15 a 44
- De 45 a 59
- De 60 y más.

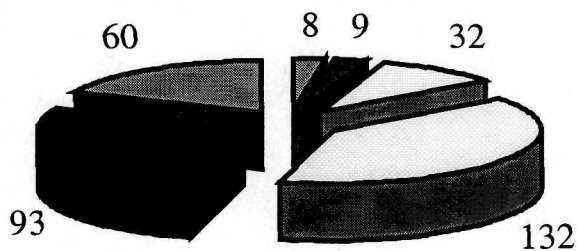




Tabla No. 3.42. SMO EAAB. Distribución de Hospitalizaciones según especialidad. Segundo semestre de 2000.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	34	2.77
Medicina Interna	441	35.97
Cirugia	248	20.23
Gineco-Obstetri	117	9.54
Otro	115	9.38
Pediatría	107	8.73
Urgencias	63	5.14
Unidad Cuidado In	44	3.59
Psiquiatria	30	2.45
Proc. Radiologico	8	0.65
Geriatría	7	0.57
Quemados	2	0.16
Recien Nacidos	2	0.16
Rehabilitacion	8	0.65
Total	1226	100.00

Tabla No. 3.43. SMO - EAAB. 10 Primeras causas de Hospitalización. Todas las edades. Segundo semestre de 2000.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	ACUMULADO
Insuficiencia Cardíaca	55	3.56	3.56
Dolor abdominal o pélvico	38	3.15	6.71
Infección Urinaria	24	1.99	8.70
Angina de Pecho	21	1.74	10.44
Aterosclerosis Coronaria	22	1.82	10.45
Diabetes Mellitus	21	1.74	12.19
Apendicitis Aguda sin peritonitis	17	1.41	13.60
Parto en condiciones normales	19	1.58	15.18
Diarrea infecciosa	14	1.16	16.34
Bronconeumonía	14	1.16	17.50

Esta tabla pone de manifiesto una alta dispersión, pues tan solo el 17% de las hospitalizaciones se encuentran representadas en las 10 más frecuentes. Esta caracterización refleja nuevamente el peso de las patologías de los grupos de edades mayores, combinada con la patología ginecoobstétrica y algunas quirúrgicas agudas. La información disponible en otras instituciones no es comparable.



Tabla No. 3.44. SMO - EAAB. 10 Primeras causas de Hospitalización. Genero Femenino. Todas las edades. Segundo semestre de 2000.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infección urinaria	21	3.17
Dolor abdominal o pélvico	19	2.87
Parto Normal	18	2.71
Insuficiencia cardíaca congestiva	18	2.71
Neumonía Bacteriana	15	2.26
Diabetes mellitus	13	1.96
Diarrea infecciosa	13	1.96
Trastornos menstruales y otras hemorragias anormales	10	1.51
Bronquitis crónica	11	1.66
Angina de pecho	10	1.51
Sin dato	17	2.561

Tabla No. 3.45. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Genero Masculino. Todas las edades. Segundo semestre de 2000.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dolor abdominal	19	3.41
Aterosclerosis coronaria	17	3.05
Neumonía bacteriana	15	2.69
Angina de pecho	13	2.33
Síntomas relacionados con el aparato respiratorio otros síntomas torácicos: dolor torácico	10	1.79
Insuficiencia cardíaca congestiva	9	1.61
Apendicitis aguda	9	1.61
Enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida	8	1.43
Hiperplasia de la próstata	8	1.43
Sin dato	8	1.43

Esta presentación muestra como en mujeres la patología ginecoobstétrica juega un papel importante, combinada con las enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión y la Insuficiencia Cardíaca Congestiva, que resultan similares a las principales causas de hospitalización en hombres.



Tabla No. 3.46. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios.

Menores de un año. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	%
Ictericia Perinatal	3	4.26
Amigdalitis aguda	2	4.26
Ictericia Fetal	2	4.26
Trombosis cerebral	2	4.26
Neumonía Bacteriana	2	4.26
Total casos	47	

Tabla No. 3.47. COMPENSAR EPS. Menor de un año.

1. Bronquitis y bronquiolitos
2. Bronconeumonía, organismo causal no especificado
3. Síndrome de dificultad respiratoria
4. Otras formas de ictericia
5. Trastornos endocrinos y metabólicos
6. Neumonía vírica
7. Trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y con otra forma de peso bajo al nacer
8. Bronquitis no especificada
9. Infecciones renales
10. Otras afecciones respiratoria

En ambos grupos las patologías peri natales y las enfermedades infecciosas agudas constituyen las causas principales. No se aprecian diferencias importantes. Es necesario tomar en consideración que estamos comparando causas sin poder comparar sus frecuencias absolutas o relativas, con lo que el análisis resulta limitado.

Tabla No. 3.48. SMO- EAAB. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 1 a 4 años. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	%
Infección intestinal aguda	7	12.28
Neumonía bacteriana	6	10.53
Bronconeumonía aguda	5	8.77
Infección urinaria	5	8.77
Otitis media aguda	3	5.26
Total casos	57	



Tabla No. 3.49. COMPENSAR EPS. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 1 a 4 años

1 Bronconeumonía, Organismo Causal No Especificado
2 Infecciones Renales
3 Neumonía Vírica
4 Bronquitis Y Bronquiolitis
5 Asma
6 Otras Celulitis Y Absceso
7 Infección Intestinal Mal Definida
8 Trastornos Gástricos Funcionales
9 Neumonía, Organismo Causal No Especificado
10 Otras Neumonías Bacterianas

En ambas instituciones es similar la importancia de las infecciones, especialmente respiratorias, de carácter agudo. Aparecen en Compensar el asma y los trastornos gástricos funcionales, tal vez a causa de un número de afiliados mucho mayor que en la EAAB no tiene la misma presencia.

Tabla No. 3.50. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 5 a 14 años. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Otros síntomas relacionados	8	9.52
Apendicitis aguda	5	5.95
Asma no especificada	5	9.95
Infección intestinal aguda	4	4.76
Neumonía bacteriana	4	4.76
Síntomas relacionados	4	4.76
Trastornos digestivos	3	3.57
Otros trastornos	3	3.57
Total casos	84	

Tabla No. 3.51. Compensar EPS. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 5 a 14 años. Segundo semestre de 2000.

1. Asma
2 Otras celulitis y absceso
3 Infecciones renales
4 Trastornos gástricos funcionales
5 Bronconeumonía, organismo causal no especificado
6 Leucemia linfoide
7 Neumonía vírica
8 Enteritis regional
9 Infección intestinal mal definida
10 Neumonía debida a otro microorganismo especificado



Los grupos de diagnósticos son nuevamente similares llamando la atención la importancia relativa de la apendicitis aguda. En los dos casos aparecen el asma y los trastornos digestivos como típicos de estas edades, combinados con patologías infecciosas. El trauma y los accidentes, de creciente peso en la población general no aparecen en estas instituciones.

Tabla No. 3.52. SMO - EAAB. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 15 a 44 años. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Atención del parto	18	6.79
Apendicitis aguda	9	3.40
Síntomas relacionados	9	3.40
Otros trastornos	9	3.40
Trastornos de la	7	2.64
Parto por cesárea	6	2.26
Cálculo de la vesícula	6	2.26
Control del Embarazo	6	2.26
Gastritis aguda	5	1.89
Otros síntomas relacionados	5	1.89
Total casos	265	

Tabla No. 3.53. Compensar. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 15 a 44 años. Segundo semestre de 2000.

1	Parto prematuro o amenaza de parto prematuro
2	Trastorno depresivo no clasificados en otra parte
3	Infecciones renales
4	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos
5	Hipertensión que complica el embarazo, el parto y el puerperio
6	Otras celulitis y absceso
7	Neuropatía inflamatoria y tóxica
8	Envenenamiento por otros antiinfecciosos
9	Trastornos gástricos funcionales
10	Epilepsia



En este grupo se perciben algunas diferencias importantes. En términos generales mientras en la EAAB la mayor carga corresponde a la patología relacionada con el embarazo y el parto y a la apendicitis aguda, en Compensar aparecen trastornos depresivos y el envenenamiento como causas relevantes entre las 10 más frecuentes. El perfil de Compensar es más cercano a la población general.

Tabla No. 3.54. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 45 a 59 años. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Otros trastornos	6	4.05
Síntomas relacionados	5	3.38
Cálculo de la vesícula	5	3.38
Enfermedad cerebral	5	3.38
Angina de pecho	4	2.70
Leiomioma Uterino	4	2.70
Otros vértigos	4	2.70
Várices de MMII	4	2.70
Otros Linfomas	3	2.03
Menorragia posmenopáusica	3	2.03
Total casos	148	



Tabla No. 3.55. Compensar EPS. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 45 a 59 años.

- 1 Angina de pecho
- 2 Trastrono depresivo no clasificados en otra parte
- 3 Tumor maligno de la mama
- 4 Tumor maligno del ovario
- 5 Infarto agudo del miocardio
- 6 Diabetes mellitus
- 7 Otras celulitis y absceso
- 8 Trastornos gastricos funcionales
- 9 Infecciones renales
- 10 flebitis y tromboflebitis

En los dos casos se registra la importancia de las patologías crónicas, pero nuevamente son importantes en Compensar los trastornos depresivos y los tumores, mientras en el SMO se percibe un peso mayor a patologías quirúrgicas como la litiasis vesicular, la miomatosis y las várices de MMII.

Tabla No. 3.56. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 60 y más años. Segundo semestre de 2000.

Causas	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bronquitis crónica	27	4.32
Insuficiencia cardíaca congestiva	25	4.00
Aterosclerosis coronaria	19	3.04
Angina de pecho	18	2.88
Carcinoma in situ	15	2.40
Otros trastornos	10	1.60
Otras enfermedades	9	1.44
Infarto agudo del miocardio	8	1.28
Hiperplasia de la Próstata	8	1.28
Enfermedad cerebral	8	1.28
Total caso	625	

Tabla No. 3.56. Compensar EPS. Hospitalizaciones. Morbilidad por egresos hospitalarios. Grupo de 60 y más años. Segundo semestre de 2000.

- 1 Insuficiencia cardiaca
- 2 Obstrucción crónica de las vías respiratorias no clasificada en otra parte
- 3 Enfermedad cerebrovascular
- 4 Angina de pecho
- 5 Infecciones renales
- 6 Diabetes mellitus
- 7 Neumonía vírica
- 8 Infarto agudo del miocardio
- 9 Bronconeumonía, organismo causal no especificado
- 10 Neumonía debida a otro microorganismo especificado



Los dos grupos son sensiblemente similares en el tipo de patologías que ocupan los primeros lugares. Sin embargo debe recordarse nuevamente como no es disponemos de datos para comparar sus pesos relativos.

3.13.3 Complicaciones.

En el grupo de pacientes hospitalizados se presentaron complicaciones en un 5% de los casos lo que resulta ser una cifra usual. Las complicaciones más importantes tienen un comportamiento igualmente previsible, como puede observarse en la tabla siguiente:

Tabla No. 3.58. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Causa de complicación. Segundo semestre de 2000.

Causa	Frecuencia	Porcentaje
MUERTE	24	1.96
DESCOMPENSACION	3	0.24
NEUMONIA	3	0.24
NEUMONIA NOSOCOM	2	0.16
SOBREINFECCION PUL.	2	0.16
Ninguna	1169	95.35

Tabla No. 3.59. SMO - EAAB. Hospitalizaciones. Motivo de salida de hospitalización. Segundo semestre de 2000.

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
Sin dato	77	6.28
Mejoría	1.085	78.50
Sin Cambio	32	2.61
Muerte	24	1.96
Remisión	4	0.32
No Defin	2	0.16
Sali. Vol	2	0.16
Total	1226	100.00

3.14. HOSPITALIZACIONES DE ALTO COSTO.

Un total de 140 hospitalizaciones fueron clasificadas como de alto costo, lo que representa un 11.42% del total. No encontramos información similar para establecer comparaciones. Sin embargo parece un porcentaje relativamente alto lo que resulta consecuente con la composición de la población. Es fundamental evaluar y comparar su impacto financiero.



3.15 EXISTENCIA DE EPICRISIS.

El 86% de los casos contaban con epicrisis, mientras un 11% no la tenían y en los restantes no existe dato. Tratándose de hospitalizaciones y de la importancia de la epicrisis para la facturación, la cifra es alta.

Tabla No. 3.60. SMO - EAAB. Promedio de estancia hospitalaria.

Variable	Observaciones	Promedio	Desv. Stand.	Min	Max
días	1221	6.93	12.35	0	281

El promedio es relativamente prolongado, lo que nuevamente refleja el manejo de casos crónicos de edades extremas. Es indudable que este hecho tiene implicaciones financieras. Esta cifra puede presentar ligeras variaciones con estimaciones globales obtenidas para efectos financieros o actuariales. Debe tenerse presente que se refiere al grupo depurado de hospitalizaciones de más de 24 horas y que su utilidad es comparativa.

3.16. MEDICAMENTOS.

Hemos querido realizar un análisis especial a los medicamentos por su peso en el gasto. Es de anotar que se presenta en el SMO una característica que resulta contradictoria con el conocimiento y con las disposiciones del Ministerio y del Sistema. Para los usuarios es una ventaja, una reivindicación, poder tener acceso a medicamentos de marca y a medicamentos no POS. Curiosamente en COMPENSAR, el derecho a este mismo tipo de medicamentos es presentado como un Plus en el plan complementario, y resulta ser uno de sus atractivos.

De acuerdo con la política de **medicamentos esenciales** de la Organización Mundial de la Salud, y con la forma en que el Ministerio de Salud los ha incorporado al POS, se trata de los mejores productos disponibles por eficacia, beneficio/riesgo (seguridad) y valor intrínseco. Los demás productos o son menos eficaces (algunos demostradamente inútiles) o son más peligrosos por lo que el "derecho" a estos productos es profundamente contradictorio.

El derecho a utilizar las marcas esconde un desconocimiento importante de los conceptos básicos de calidad de medicamentos, al tiempo que traduce la imagen de que es siempre mejor lo más costoso. Y tratándose de la salud el servicio médico debiera emplear lo que es mejor independientemente del costo. El SGSSS asume que la eficacia depende del principio activo y la calidad del fabricante, pero que ésta debe ser



homogénea y estandarizada, por lo que debe utilizarse el nombre genérico para prescribir y para los procesos de adquisición y suministro. Aunque hay algunos casos en los que no es recomendable cambiar de fabricante (anticoagulantes, digitálicos, inmunosupresores, anticonvulsivantes entre otros) en la gran mayoría de casos lo apropiado es utilizar el genérico, con lo que la reducción de costos es usualmente importante. Unisalud se encuentra desarrollando una interesante política en este sentido para asegurar a sus médicos y usuarios la calidad de los medicamentos que entrega, que pudiera ser de utilidad para el SMO.

Quisimos realizar una comparación entre los medicamentos de mayor uso en el SMO y Compensar, pero los datos no pueden ser comparados directamente por cuanto en el primer caso disponemos de la lista de medicamentos facturados por las IPS en pacientes hospitalizados, mientras en Compensar contamos con la lista de medicamentos de mayor uso ambulatorio. No obstante es interesante observar los datos correspondientes con las necesarias precauciones.

Tabla No. 3.61. SMO - EAAB . Grupos terapéuticos de mayor uso. Pacientes hospitalizados. Segundo semestre de 2000.

GRUPO TERAPEUTICO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
Antibióticos sistémicos	417	30.89	30.89
Anestésicos generales	247	18.30	49.19
Anticoagulantes	160	11.85	61.04
Líquidos y electrolitos	76	5.63	66.76
Analgésicos Antipiréticos	68	5.04	71.80
Antiinflamatorios	25	1.85	73.65
Asociaciones de corticosteroides	25	1.85	75.40

Hay que hacer notar como 7 grupos terapéuticos (de un total de aproximadamente 50) dan cuenta del 75% del uso, el que por otra parte se acerca mucho al perfil de uso hospitalario y las causas de hospitalización más comunes.



Tabla No. 3.62. SMO - EAAB. Medicamentos de mayor uso. Pacientes hospitalizados.

Segundo semestre de 2000

NOMBRE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Enoxaparina	88	6.60
Sevorane	67	5.03
Clexane	57	4.28
keflin	48	3.60
Solución Salina	42	3.15
Ampicilina	43	3.23
Ciprofloxacina	36	2.70
Cefradina	34	2.55
Cefalotina	34	2.55
Unasyn	34	2.55
Lactato de Ringer	33	2.48

Tabla No. 3.63. COMPENSAR. Medicamentos Ambulatorios de mayor consumo.

No	NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENERICO	LABORATORIO	PRESENTACION
1	CAPOTEN 50 MG 30 TABLETAS	CAPTOPRIL	SQUIBB PAULY	TABLETA
2	FUZOL 200 MGS X 5 CAPSULAS	FLUCONAZOL	PHARMACEUTICAL	CAPSULAS
3	VOLTAREN 50 MGS 30 TBS	DICLOFENACO		
	PREMARIN 0,625 MGS	SODICO	NOVARTIS CIBA	TABLETA
4	GRAGEAS	28ESTROGENOS		
5	SERVAMOX 250 MGS 120 ML	CONJUGADOS	WYETH	UNIDAD
	BRISTAMOX 500 MGS 100	AMOXICILINA	NOVARTIS SERVI	FRASCO
6	CAPSULAS	AMOXICILINA	BRISTOL	CAPSULAS
7	CLARITYNE 10 MGS 10 TBS	LORATADINA	SCHERING ESSEX	TABLETA
8	CAPOTEN 25 MG 30 TABLETAS	CAPTOPRIL	SQUIBB	TABLETA
9	LOPID 600 MGS 20 TABLETAS	GEMFIBROSIL	PFIZER	TABLETA
		HIDROXIDO DE		
		ALUMINIO	LUTECIA	DE
10	MILPAX SUSPENSION 360 ML CER	ALGINATO	COLOMBIA S,A,	FRASCO
	SERVITAMOL AEROSOL 200			
11	APLICACIONES	SALBUTAMOL	NOVARTIS SERVI	FRASCO
12	ISOPTIN 120 MGS 30 TABLETAS	VERAPAMILO	KNOLL	TABLETA
		DIVALPROATO		
13	VALCOTE 250 MGS 30 TBS	SODICO	ABBOTT	TABLETA
		NOMBRE		PRESENTACION
No	NOMBRE COMERCIAL	GENERICO	LABORATORIO	ON
		DICLOFENACO		
14	VOLTAREN 50 MGS 20 TABLETAS	SODICO	NOVARTIS CIBA	TABLETA
	LOVASTATINA 20 MGS 10 TBS G-			
15M	TEGRETOL RETARD 200 MGS 30	LOVASTATINA	GENMAR	TABLETA
	TBS	CARBAMAZEPI		
16TBS		NA	NOVARTIS CIBA	TABLETA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES PARA EL DESARROLLO
PROYECTO CID - SERVICIO MEDICO Y ODONTOLÓGICO (EAAB)
INFORME FINAL FASE I.



No	NOMBRE COMERCIAL	NOMBRE GENERICO	LABORATORIO	PRESENTACION
17	BECLOVENT INH 200 DOS 50 MC	BECLOMETASO	GLAXO	FRASCO
18	OMEPRAZOL 20 MGS 10 CAP	OMEPRAZOL	PROCAPS COLMED	CAPSULAS
19	SERVAMOX 500 MGS 24	AMOXICILINA CARBONATO	NOVARTIS SERVI	CAPSULAS
20	MEGACAL 600 MGS,30 TABLETAS	DE CALCIO	FARMASER S,A	TABLETA
21	CORDARONE 200 MG 10	AMIODARONA CLORHIDRATO	GRUPO FARMA	TABLETA
22	DIPROSONE CREMA 40 GRS 0,05% A	BETAMETASON	SCHERING UNDR	TUBO
23	CALCITRIOL 0,25 MGR 30	CALCITROL	ROCHE	TABLETA
24	ATROVENT AEROSOL 10 ML	BROMURO DE IPRATROPIO	BOEHRINGER	FRASCO
25	COMPRIMIDOS VOLTAREN 75 MGS CJA X	10DIHIDROERGOT OXINA	NOVARTIS CIBA	TABLETA
26	AMPOLLAS	60DICLOFENACO SODICO	NOVARTIS CIBA	AMPOLLA
27	LORATADINA 10 MGS 10 TBS	LORATADINA CARBONATO	GENFAR	TABLETA
28	OSTEOCAL D 500 MGS 30	DE CALCIO + VIT D	METLEN PHARMA	UNIDAD
29	SERVIPROFEN 400 MGS 60	IBUPROFEN	NOVARTIS SERVI	CAPSULAS
30	ROBAXIN 750 MGS 30 TABLETAS	METOCARBAM OL	A,H, ROBINS	TABLETA



4. ANÁLISIS ORGANIZACIONAL



INTRODUCCION

Todo diagnóstico, como señala la metodología de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), debe basarse en una conceptualización teórica¹.

Para efectos del diagnóstico del SMO el análisis de gestión se ha apoyado en el marco teórico conceptual sistémico de gerencia estratégica y calidad total. Específicamente nos basamos en la contribución de Mintzberg, Juran, Schvarstein y la perspectiva teórica PODER SEEO² que define la capacidad de gestión de una entidad (SMO) con los procesos de planeación estratégica y operativa, organización, direccionamiento y liderazgo, sistema de evaluación de gestión interna, redireccionamiento del sistema (SMO) hacia el análisis de eficiencia, calidad y eficacia en la gestión y producción de los servicios.

Eficiencia se refiere al análisis de costos de los servicios y la relación del volumen de productividad con los recursos utilizados, calidad evalúa las características señaladas en los criterios de mejoramiento continuo e innovación de los procesos de planeación y control de los servicios, y eficacia analiza los factores de impacto social.

Para diagnosticar la capacidad de gestión actual del SMO analizamos los siguientes factores organizacionales:

1. Planeamiento estratégico de eficiencia y calidad de los servicios
2. Estructura
3. Sistema de información para la evaluación de gestión
4. Procesos
5. Gestión financiera

¹ OIT. *Consultoría de empresas*, Ginebra, 1997.

² Véase Henry Mintzberg: *El proceso estratégico*, PHH, México, 1997; J. M. Juran: *Planificación para la calidad*. Edic. Santos S. A., Madrid, 1990; Leonardo Schvarstein: *Dis eño de organizaciones*, Paidós, Buenos Aires, 1998; y Carlos Martínez Fajardo: *Administración de Organizaciones, productividad y eficacia*. Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, 1999.



4.1 PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO DE EFICIENCIA Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS

El planeamiento estratégico actual del SMO se fundamenta en:

- Naturaleza jurídica de **entidad adaptada**,
- **La racionalidad técnica definida por la alta dirección de la EAAB como empresa de servicio público (Ley 142 , 1993), y**
- **Las políticas y acuerdos que la empresa ha realizado mediante Convención Colectiva de Trabajo³.**

También se define formalmente la misión de la gestión del SMO en el decreto 1890 de 1995 en términos de acreditar *capacidad técnica y administrativa que garantice gradualmente la prestación del plan obligatorio de salud*⁴

En el informe de Gestión 2000 se señalaban formalmente cuatro áreas específicas relacionadas con el direccionamiento estratégico:

- Aseguramiento, incluida la gestión de afiliados y derechos
- Servicios de salud, incluida contratación y sistema de calidad
- Gestión financiera incluida la compensación,
- Administración del talento humano

Se precisan cinco objetivos estratégicos⁵:

- **Estandarizar las tarifas con proveedores de salud.**
- **Sistematizar y estandarizar las formas de contratación.**
- **Continuar con el objetivo de diseñar un sistema de información de gestión.**
- **Racionalizar el plan de beneficios.**

³ En la convención colectiva de 1971, se pactó que la Entidad continuaría prestando los servicios médicos a los trabajadores y familiares, en las condiciones descritas en la "Cartilla Informativa y Reglamento del Servicio Médico" y en el acta no. 7 de Negociación Colectiva Año 2000 se acuerda que "La EAAB- ESP continuará garantizando la prestación de los servicios médicos a sus trabajadores dentro de los términos de la ley y de la Convención Colectiva de Trabajo. Los servicios médicos deben prestarse en forma efectiva y eficiente, buscando mantener la mejor calidad de los mismos".

⁴POS: de acuerdo con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud incluye educación, información, y fomento de la salud y la prevención diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. [Art. 7, L 100/93]. Las entidades promotoras de salud y las adaptadas podrán incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada"

⁵ Cfr. *Informe de gestión 2000*, p. 2.