

**COSTOS GENERADOS EN LAS CONSULTAS REALIZADAS POR MEDICINA
GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN
AFILIADOS A LA EPS-S SALUD CONDOR ATENDIDOS EN LA ESE HOSPITAL NIVEL
II SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA, ENERO- JUNIO 2008**

**MÓNICA ISABEL PRADO PIZO
MARIO ALEXIS JORDAN CASTILLO
FRANKLIN JAVIER GÓMEZ HERNÁNDEZ**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
DE NEGOCIOS
POPAYÁN
2008**

**COSTOS GENERADOS EN LAS CONSULTAS REALIZADAS POR MEDICINA
GENERAL Y ESPECIALIZADA EN CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN
AFILIADOS A LA EPS-S SALUD CONDOR ATENDIDOS EN LA ESE HOSPITAL NIVEL
II SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA, ENERO- JUNIO 2008**

**MÓNICA ISABEL PRADO PIZO
MARIO ALECXIS JORDAN CASTILLO
FRANKLIN JAVIER GÓMEZ HERNÁNDEZ**

**Mág. MARIA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Coordinadora Postgrado**

**Trabajo de Grado presentado para optar al título de
ESPECIALISTA EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA – UNIVERSIDAD ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
DE NEGOCIOS
POPAYÁN
2008**

Nota de Aceptación

CIUDAD Y FECHA

DIRECTOR

JURADO

JURADO

Agradecimientos

CONTENIDO

	Pág.
ABSTRACT	
PALABRAS CLAVE	
1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA EPS-S CÓNDOR SALUD	12
2. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
3. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO	16
3.1 ESTADO DEL ARTE	16
3.2 MARCO CONCEPTUAL	25
3.2.1 Generalidades de la normatividad en salud en Colombia	25
3.2.2 Conceptos Sobre el Análisis de Costos	26
3.2.3 Diferentes tipos de estudios de costos	28
3.2.4 Análisis de minimización de costos	29
3.2.5 Posibles problemas en la determinación de costos	31
4. OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GENERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	34
6. METODOLOGIA	35
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	35
6.2 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA	35
6.3 VARIABLES	36
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	37
6.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
6.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	37

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	38
8. DISCUSIÓN	53
9. CONCLUSIONES	57
10. RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFIA	61
ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	64

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución porcentual de los Afiliados EPS Salud Cóndor según Género, según consultas presentadas en el Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008	43
Figura 2. Distribución de consultas de acuerdo al género según mes. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	45
Figura 3. Distribución porcentual de consulta según edad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	47
Figura 4. Distribución porcentual de consultas de acuerdo al Tipo de consulta. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	50

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución porcentual de acuerdo al número de afiliados por municipio. EPS Salud Cóndor. Año 2008.	39
Tabla 2. Distribución porcentual de consultas de acuerdo al mes de atención. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	39
Tabla 3. Distribución porcentual de las consultas de acuerdo al municipio y mes. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	40
Tabla 4. Distribución de costos de acuerdo al mes y municipio. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	41
Tabla 5. Número de consultas por persona. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	42
Tabla 6. Comparación de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor Distribuidos por género v/s el número de consultas, realizadas en el Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	43
Tabla 7. Distribución porcentual de consultas de acuerdo al género y mes. En los afiliados a la EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	44

Tabla 8. Costos por género de acuerdo al mes de consulta. Afiliados a la EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Enero – Junio 2008.	46
Tabla 9. Distribución porcentual de consulta según edad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	46
Tabla 10. Costos por género de acuerdo a al grupo de edad. Afiliados a la EPS Salud Cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Enero – Junio 2008.	47
Tabla 11. Distribución porcentual de consultas de acuerdo a las 10 primeras causas de morbilidad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	48
Tabla 12. Costos generados para la EPS Salud Cóndor, por consultas de acuerdo al mes y tipo de consulta. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	50
Tabla 13. Distribución porcentual de consultas de urgencia de acuerdo a las 5 primeras causas de morbilidad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.	52

ABSTRACT

Para las entidades promotoras de salud, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, las acciones conducentes que deben llevar a cabo las instituciones prestadoras de servicios de salud deben enfocarse en el impacto positivo de las metas de salud pública, que son metas fundamentales y de obligatorio cumplimiento, esto con el fin de reducir el riesgo de enfermedad y de muerte por causas evitables, alcanzando mejoría en los niveles de salud garantizando una salud colectiva.

Mediante el análisis de la información suministrada en base de datos que fueron entregados por el Hospital Susana López de Valencia se concluyó:

Que la EPS Salud Cóndor cuenta en el año 2008 con 21.938 afiliados en la seccional Cauca, la mayor concentración de afiliados se encuentran en el Municipio de Popayán con un número de 18.172 usuarios. La mayor frecuencia de consultas se presentó en el mes de mayo, y dentro de las patologías más consultadas están las referentes a la supervisión de embarazo de alto riesgo y todo lo relacionado con el mismo (Controles prenatales, amenazas de aborto, etc.)

Teniendo en cuenta estos datos podemos concluir, que muchas de las patologías que generan mayor número de consulta y en general mayor costo para la EPS-S Salud Cóndor son prevenibles, lo que nos hace pensar sí es posible mejorar la ejecución de los programas de protección específica y detección temprana, pero eso será motivo de otro estudio. Lo que sí se puede establecer es tener datos que permitan mejorar la contratación en estos programas con el fin de ayudar a disminuir los costos generados por estas enfermedades, y a su vez, contribuir con la salud de sus afiliados y la salud pública del municipio.

PALABRAS CLAVE

Auditoria: Es un proceso sistemático, independiente y documentado, para obtener evidencias, que al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos.

RIPS: Registros individuales de prestaciones de servicio. Resolución 3374 del 94

ERP: Empresas responsables del pago.

Auditor Interno: Es el encargado de estudiar y evaluar el control interno establecido en una entidad de salud.

Auditor Externo: Es toda persona jurídica o natural, especializadas y debidamente autorizadas para evaluar las obligaciones sobre auditoria de servicios de salud en las entidades de salud.

Resolución 412 del 25 de Febrero del 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida que son de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

EPS-S: Empresa promotora de salud del régimen subsidiado

IPS: Institución prestadora de servicio de salud

Base de datos: Repositorio de toda la información que maneja el Sistema.

1. RESEÑA HISTÓRICA DE LA EPS-SALUD CÓNDOR

La Entidad Promotora de Salud E.P.S.-S SALUD CONDOR S.A. es una empresa responsable del pago en salud del régimen subsidiado, que tuvo su origen en los postulados del libro II de la Ley 100 de 1993, como persona jurídica que tiene como función básica, desde el punto de vista operativo, afiliar a los usuarios, organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud POS a sus afiliados y desde el punto de vista financiero la administración de los recursos de régimen subsidiado.

Con base en la experiencia obtenida en el ejercicio del régimen de transición con Salud Social Pasto, el Municipio de Pasto previa convocatoria nacional, contrata los servicios de la firma AGS Colombia Ltda., para la elaboración de un proyecto de factibilidad encaminado a la creación de una entidad promotora de salud. La firma consultora entregó un primer avance en junio de 1996 en el cual se tenía en cuenta únicamente el municipio de Pasto; se sugirió ampliar la participación a otros municipios, y en agosto del mismo año después de un análisis de los 64 municipios de Nariño se decidió iniciar con cobertura en 39 municipios de la región andina.

La Entidad Promotora de Salud Cóndor S.A. se constituyó como sociedad de economía mixta del orden municipal, bajo la modalidad de anónima, mediante escritura pública 3068 del 24 de septiembre de 1996.

Mediante Resolución 077 del 30 de enero de 1997 la Superintendencia Nacional de Salud le otorga la autorización de funcionamiento para organizar y garantizar la prestación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, en los municipios de la zona andina del Departamento de Nariño.

Por Resolución 0185 del 8 de febrero de 2000, se autoriza la ampliación de cobertura poblacional y geográfica de la EPS SALUD CONDOR S.A. a los Departamentos de Valle, Cauca y Putumayo. Ante lo ordenado por el Decreto 1804 de 1999, la entidad es ratificada en su autorización mediante Resolución 0549 de marzo de 2001, proferida por la misma Superintendencia Nacional de Salud.

Por decisión de la Junta Directiva de la Entidad avalada mediante resolución 2319 del 16 de diciembre de 2002 emanada de la Superintendencia Nacional de Salud, se revocó la autorización para administrar y operar el régimen contributivo. En abril del año 2001 la Superintendencia Nacional de Salud autorizó la emisión de 557 acciones y posteriormente en los meses de marzo y septiembre de 2003 autoriza la emisión de 1135 acciones más, cambiando la composición accionaría con el ingreso de nuevos socios convirtiéndose en una sociedad de economía mixta.

La EPS Salud Cóndor, es habilitada mediante Resolución 00309 del 17 de marzo de 2008, por parte de la Superintendencia Nacional de Salud; esta E.R.P cuenta actualmente con 395.176 afiliados a nivel nacional, de los cuales 22037 afiliados corresponden al Departamento del Cauca, la cual es nuestra población a estudiar.

La Resolución 3374 del 2000 y la Resolución 412 del año 2000 se constituyen como la base del proyecto en materia normativa. Estas resoluciones reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las E.R.P sobre los servicios de salud prestados (resolución 3374 del 2000) de la cual se obtendrán los datos, y normas técnicas claras con relación a las actividades, procedimientos, e intervenciones de demanda inducida, con miras hacia la realización de acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública, además de unos lineamientos claros con relación a las actividades especificadas en las normas técnicas, orientados a la programación, evaluación, y seguimiento (resolución 412 del 2000) de la cual se pretende verificar si pueden ayudar a disminuir los costos originados por ciertas patologías a través de dichos programas. También se hace necesario tener en cuenta el decreto 2423 de 1996, el cual determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y dicta disposiciones, debido a la relación contractual entre la IPS y EPS, que esta supeditada a pago en base a este decreto.

2. FORMULACIÓN O PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta las políticas de calidad de la EPS-S Salud Cóndor, sobresale el hecho de tener en cuenta al afiliado como ente fundamental en la prestación de servicios con calidad, siendo su salud una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico de la institución. Por tal razón, su preservación y conservación son actividades de interés social, institucional y sanitario. De esta forma se hace necesario generar acciones que promuevan y mantengan un grado de bienestar físico, mental y social en cada uno de los beneficiarios, previniendo todo daño causado a la salud por mal manejo de la enfermedad, mediante la planeación, organización y ejecución de actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de la población, a partir de la identificación y evaluación de los factores de riesgo presentes.

La EPS-S Salud Cóndor desconoce las repercusiones directas que generan las enfermedades de origen general en cuanto a frecuencia de consulta y costos. Igualmente desconoce las principales causas diagnósticas que afectan a la población afiliada en el Municipio de Popayán, Timbio y Caloto (mayor número de afiliados en el Cauca); ya que no cuenta con estudios de referencia, elementos que son soporte fundamental en el seguimiento de la atención prestada por parte de la red contratada y son base para analizar y generar estrategias de calidad. Por ello se generan los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las enfermedades que generan la mayor frecuencia de consulta de los afiliados a la EPS-S Cóndor Salud atendidos en el Hospital Susana López de Valencia en el periodo de enero a junio del 2008?
2. ¿Que costos traen consigo para la mencionada EPS-S Salud Cóndor la atención de dichas consultas?
3. ¿Cuál es la enfermedad que origina la mayor frecuencia de consulta y utilización de los servicios de salud?

4. ¿Se ha realizado un análisis de costos que permita identificar en qué tipo de consulta se están invirtiendo el dinero de los afiliados?

5. ¿Realmente es efectivo invertir en consultas por enfermedades que pueden ser prevenibles?

3. MARCO REFERENCIAL O TEÓRICO

Para el desarrollo de este trabajo creemos importante establecer algunas generalidades de la normatividad en salud en Colombia sobre todo en los aspectos que competen los factores que intervienen en el desarrollo del estudio.

El objetivo principal es establecer cuales enfermedades presentan la mayor frecuencia de consulta de personas afiliadas a una EPS-S (Salud Córdor) en un periodo determinado y analizar el costo de las mismas. Por lo tanto, nuestra información de base esta encaminada a rescatar normas y conceptos que permitan orientar de una forma correcta el desarrollo del estudio.

3.1 ESTADO DEL ARTE

Según un estudio realizado por la Secretaría Departamental de Salud del Valle del Cauca, con el objeto de establecer las causas de consulta con mayor frecuencia en los servicios de salud y apoyar la construcción de los lineamientos políticos para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles para los años 1994 a 2001, estableció que las causas de consulta más frecuentes en los servicios de salud son: el 58.5 % pertenecen a enfermedades del grupo II (enfermedades crónicas no transmisibles), el 32,12% son enfermedades del grupo I (Enfermedades transmisibles, maternas y de la nutrición), y el 9,3 % a enfermedades del grupo III (Lesiones accidentales e intencionales), esta clasificación se encuentra enmarcada en la evaluación del desarrollo de los Talleres de capacitación, Conceptos básicos de prevención y control, Enfermedades Crónicas no Transmisibles Guías y Normas Técnicas de la Resolución 412 /2000.¹ Para fines de este estudio lo que se desea es tener un patrón de referencia que permita identificar una

¹ • GOBERNACIÓN del Valle del Cauca, SECRETARIA Departamental del Valle, CEDETES Universidad del Valle. Proyecto vigilancia de las enfermedades crónicas en el Valle del Cauca. Énfasis en cardiovasculares: Un enfoque desde la promoción de la salud. [en línea] www2.valledelcauca.gov.co/SIISVC/documentos/ligarcia%20453960/archivos%20a%20bajar/cd%20cedetes/OBLIGACION%201/CRONIC-MORBILIDAD/Revisi%F3n%20de%20Registros%20de%20Morbilidad%20por%20Consulta%20Externa~B21.pdf.

posible comparación con los datos obtenidos en el desarrollo del mismo los cuales ayudaran en el análisis de las conclusiones.

Según el Instituto Nacional de Salud INS en el año de 1987 la información disponible sobre egresos hospitalarios representaba un indicador grueso de la morbilidad de un país, por estar referida no sólo a la demanda de servicios sino al estado de la oferta². Hoy se observa que Colombia tiene un número reducido de camas por habitante.

Las mujeres son responsables del doble de los egresos hospitalarios que los hombres. Colombia sigue el patrón latinoamericano según el cual el uso de los hospitales se divide aproximadamente en tres tercios: uno por parte de los hombres, otro por mujeres con enfermedades no obstétricas y el tercio restante por causas obstétricas. Los egresos hospitalarios entre 1980 y 1988 muestran que en los primeros grupos de edad se hospitalizan más hombres que mujeres (130 hombres por cada cien mujeres). Esa proporción se invierte en el grupo de 45 a 59 años, disminuyendo la proporción de hombres hospitalizados de 81 a 74 por cada cien mujeres. (Ver Cuadro 1)

² Citado por INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 1997. Florez, C. E., Guerrero, B. y otros, Perfil de la situación de la mujer y las políticas y programas relacionados en Colombia. <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/colombia/salu-4.htm>

**CUADRO 1. EVOLUCIÓN DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS,
POR SEXO, SEGÚN EDAD**

(Porcentajes)						
Edad	1980			1988		
	Hombres	Mujeres	♀/Total	Hombres	Mujeres	♀/Total
Menores de 1 año	14,0	4,8	42,6	12,1	4,0	42,1
1 a 4 años	11,4	4,2	44,5	10,0	3,5	43,7
5 a 14 años	11,1	3,8	42,8	10,6	3,6	42,5
15 a 44 años	38,0	75,1	81,1	37,6	73,9	81,3
45 a 59 años	12,0	6,8	55,2	12,3	7,5	57,5
60 y más años	13,6	5,3	45,9	17,4	7,5	48,9
Total	100,0	100,0	-	100,0	100,0	-

Fuentes: Florez, C. E., Guerrero, B. y otros, Perfil de la situación de la mujer y las políticas y programas relacionados en Colombia, Doc. CEDE, Bogotá, 1990.

Sin embargo, la caída de la fecundidad hace que los egresos por causas obstétricas presenten una tendencia a la disminución en términos relativos: en 1980 la tasa de egresos por parto normal era de 52 por mil y esa cifra cayó a 42 por mil en 1988. (Ver Cuadro 2)

CUADRO 2. EGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS, 1980-1988

(Tasas por mil)			
Causa	1980	1985	1988
Parto normal	51,48	47,41	41,95
Embarazo terminado en aborto	9,83	8,64	7,35
Complicaciones en el trabajo de parto y parto	7,41	8,63	7,23
Complicaciones relacionadas con el embarazo	5,41	6,40	6,20
Indicaciones en asis. del embarazo, trabajo de parto y parto	3,31	6,26	6,76
Enfermedades de los órganos genitales	3,12	3,45	3,18
Enfermedades varias del aparato urinario	1,07	0,83	0,71
Hernia de la cavidad abdominal	0,91	0,77	0,62
Planificación familiar, atención anticonceptiva	0,89	0,91	0,78
Signos, síntomas mal definidos	1,23	0,94	0,90
Tumor benigno del útero	0,73	0,80	0,79
Complicaciones del puerperio	0,58	0,70	0,70

Fuente: Flores, C. E., Guerrero, B. y otros, Perfil de la situación de la mujer y las políticas y programas relacionados en Colombia, Doc. CEDE, Bogotá, 1990

Además de los trastornos de refracción y acomodación relacionados con la epidemia de trastornos oculares que existe en Colombia, el cuadro está referido principalmente a las enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que refleja condiciones sanitarias aún deficientes. También es destacable la cifra de diagnósticos relacionados con problemas de nutrición y anemias.³

³ Citado por INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 1997. Florez, C. E., Guerrero, B. y otros, Perfil de la situación de la mujer y las políticas y programas relacionados en Colombia. <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/colombia/salu-4.htm>

Las mayores diferencias por sexo se aprecian en los diagnósticos de várices en los miembros inferiores, las enfermedades hipertensivas, las artropatías y dorsopatías, cataratas y obesidad, todas más frecuentes en las mujeres. (Ver Cuadro 3)

CUADRO 3. DIAGNÓSTICOS MÉDICOS MÁS FRECUENTES, POR SEXO, 1977-1980

(Miles por personas)						
(Tasas por mil)						
	Total		Hombres		Mujeres	
Diagnóstico	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
Trastornos refracción y acomodación	3.027	122,8	1.374	112,1	1.653	133,2
Otras enferm. de las vías respiratorias	2.026	122,7	1.492	121,8	534	123,6
Helmitiasis	2.515	102,0	1.294	105,6	1.221	98,4
Infecciones respiratorias agudas	2.394	97,1	1.171	95,6	1.223	98,6
Enferm. de la piel y tejido celular	1.741	70,6	941	76,9	800	64,5
Várices miembros inferiores	1.698	68,9	336	27,5	1.362	109,9
Deficiencias nutricionales	1.503	60,9	775	63,3	728	58,5
Resto de enfermedades del ojo y anexos	1.439	58,3	788	64,4	651	52,4
Pterigion	1.414	57,3	723	59,1	691	55,6
Hernia umbilicar	1.224	49,7	561	45,8	663	53,5
Enfermedades hipertensivas	1.188	48,2	454	37,1	734	59,1
Leucorrea	1.153	-	-	-	1.153	93,0
Prolapso genital	1.109	-	-	-	1.109	89,4
Enferm. inflamatoria de órganos pelvianos	914	-	-	-	914	73,6
Anemias	913	37,0	413	33,7	500	40,3
Artropatías, dorsopatías	884	35,9	345	28,2	539	43,5
Cataratas	863	35,0	372	30,4	491	39,5

Infecciones intestinales	730	29,6	395	32,2	335	27,1
Resto enfermedades infecciosas	656	26,3	325	26,6	331	26,7
Resto enfermedades del sistema osteomuscular	647	26,2	346	28,3	301	24,2
Obesidad	637	25,9	112	9,2	525	42,3
Resto enferm. de los órganos genitales femeninos	626	25,4	-	-	626	50,3
Signos, síntomas y estados mal definidos	611	24,8	338	27,6	273	22,0
Traumatismos y envenenamientos	551	22,3	401	32,7	150	12,1
Infecciones renales, cistitis	547	22,2	133	10,9	414	33,2
Hipertrofia de la próstata	482	-	482	39,3	0	-
Hipertrofia prepucial y fimosis	463	-	463	37,9	0	-

Fuente: INS, Morbilidad General, Vol. II, Bogotá, agosto de 1987.

Las empresas responsables del pago tienen una gran responsabilidad frente a la salud de sus afiliados, lo cual genera grandes expectativas frente a la prestación de servicios con calidad y disminuir en la mayor medida complicaciones que a su vez pueden generar un mayor gasto, posibilidades que se presentan frecuentemente.

Muchas veces dejamos pasar en alto la utilidad de los soportes de información, como es el uso de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) en los análisis de datos que permitan mejorar la calidad en la prestación de los servicios y la salud de los usuarios. Por esta razón se cree que estos análisis serán, y de hecho consideramos que ya lo son, fundamentales para el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los objetivos a diferentes niveles del gobierno, y los de las entidades involucradas en el SGSSS; por consecuencia directa se puede decir además que los beneficiados con este tipo de implementaciones son los usuarios que forman parte del sistema.

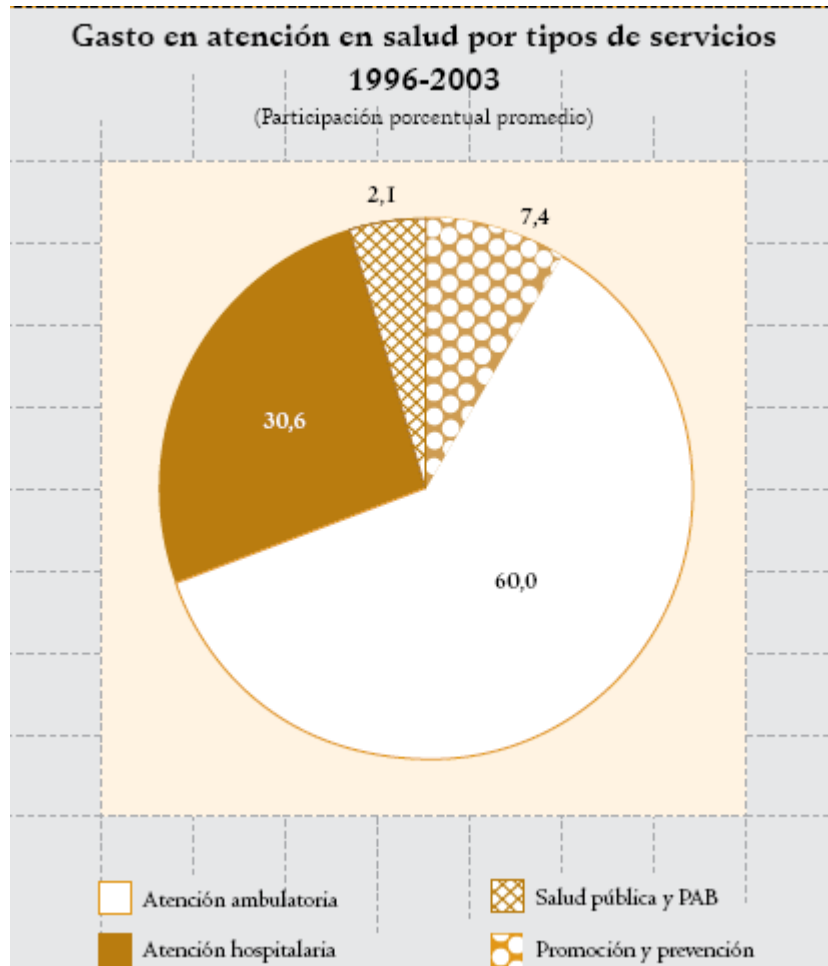
Es importante anotar que según las guías de capacitación y consulta del Ministerio de Salud plasmadas en el libro RE-CREAR en su segunda edición del estudio “la prestación de servicios de salud en las empresas sociales del estado en el Sistema de Seguridad Social en Salud”, establece que el costo de una consulta por médico especialista según tarifa SOAT era de \$6.786 y el costo total de la UPC \$128.530 en año 1998 y que para el 2008 es de \$26.600 Y \$242.700 respectivamente, datos que para efectos de nuestro estudio son importantes por que lograran establecer si hay costo beneficio entre la inversión realizada y la mejoría de salud de los afiliados de acuerdo al número de consultas.⁴

Según el estudio realizado por el programa de apoyo a la reforma a la salud, “cuentas de salud en Colombia 1993-2003 el gasto nacional en salud y su financiamiento”. Se establece, que del gasto total de atención en salud, 60% corresponde a servicios ambulatorios; 30,6%, a atención hospitalaria; 7,4%, a actividades de promoción y prevención y el restante 2,1%, a los programas de salud pública trazados por el Ministerio de la Protección Social.⁵ (Grafico 1)

⁴ MINISTERIO de la Protección Social, La Prestación De Servicios De Salud En Las Empresas Sociales Del Estado En El Sistema De Seguridad Social En Salud. **Guías De Capacitación Y Consulta**. [en línea]. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo14705DocumentNo1242.pdf>.

⁵ MINISTERIO de la Protección Social, PROGRAMA de Apoyo a la reforma de Salud – PARS, DEPARTAMENTO nacional de Planeación. Precios y Contratos en salud. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. el gasto nacional en salud y su financiamiento. [en línea] <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6281.PDF>

**GRAFICO 1. GASTO EN ATENCIÓN EN SALUD POR TIPOS DE SERVICIO 1996-2003.
PARTICIPACIÓN PORCENTUAL PROMEDIO.**

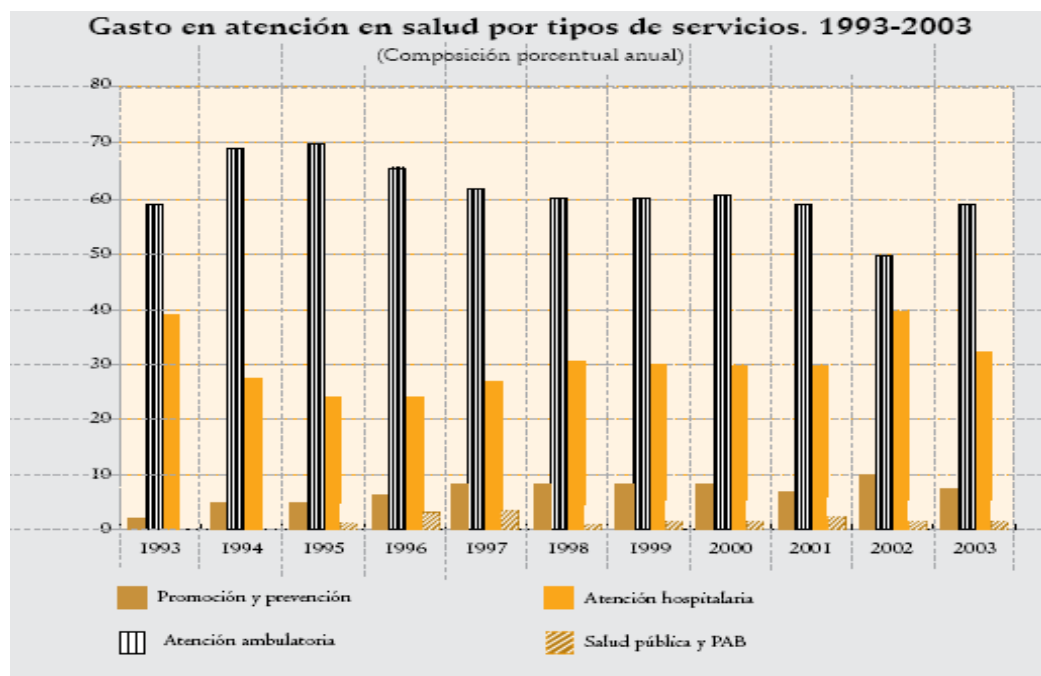


Atendiendo a las variaciones promedio anuales del mismo periodo, con base en valores constantes de 2000, puede establecerse que la atención hospitalaria y las actividades de promoción y prevención registran incrementos positivos en términos reales de 4,0 y 1,5%, respectivamente, mientras que para la atención ambulatoria se obtiene una variación promedio anual negativa de -0,6%. Estos tres componentes determinan, en conjunto, una variación real promedio anual de 0,9%, a pesar de la reducción importante operada en el

gasto directo o de bolsillo desde 1997, el cual es imputado en su totalidad como gasto en atención ambulatoria y hospitalaria. (Grafico 1)⁶

Permite apreciar cómo las participaciones porcentuales anuales del gasto en atención ambulatoria entre 1997-2000 son más bajas con respecto al nivel alcanzado en 1996 (65,7%), manteniéndose alrededor del 61%, para luego disminuir significativamente en 2002 y volver a aumentar en el último año del periodo, alcanzando un nivel similar al de 2001. Lo contrario ocurre con el gasto en atención hospitalaria, donde aumentan las participaciones porcentuales entre 1998-2003, resaltando la proporción más alta de este gasto (39,0%) en 2002. (Ver Grafico 2).⁷

GRÁFICO 2. GASTO EN ATENCIÓN EN SALUD POR TIPOS DE SERVICIO 1996-2003. COMPOSICIÓN PORCENTUAL ANUAL.



⁶ MINISTERIO de la Protección Social, PROGRAMA de Apoyo a la reforma de Salud – PARS, DEPARTAMENTO nacional de Planeación. Precios y Contratos en salud. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. el gasto nacional en salud y su financiamiento. [en línea] <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6281.PDF>

⁷ MINISTERIO de la Protección Social, PROGRAMA de Apoyo a la reforma de Salud – PARS, DEPARTAMENTO nacional de Planeación. Precios y Contratos en salud. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. el gasto nacional en salud y su financiamiento. [en línea] <http://www.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6281.PDF>

Este análisis fue base fundamental para responder los siguientes interrogantes:

1. ¿Cuánto se gasta en producir servicios de salud en un país y cómo se compara ese nivel con el gasto incurrido en el pasado o con el gasto de otros países?

La respuesta a esta pregunta, combinada con otra información a cerca del estado de salud y condiciones demográficas de un país, ayuda a los responsables de las decisiones a prever si una mayor asignación de recursos (o fondos) públicos está garantizada. Así, la información de las Cuentas en Salud puede ser usada para determinar los niveles de gasto e inversión en el sector salud.

2. ¿Qué servicios se están comprando con el nivel de gasto actual?

Las Cuentas en Salud pueden indicar la proporción de gasto en que se incurre según diferentes tipos de servicios. Por ejemplo, la proporción gastada en servicios de hospitalización en comparación con el gasto que alternativamente va a los servicios de prevención o a los servicios ambulatorios.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

3.2.1 Generalidades de la normatividad en salud en Colombia. La Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema de seguridad social en salud (SGSSS) dispuso, en efecto, el carácter obligatorio de la afiliación, unificó el nivel de cotización y definió los planes de beneficios, con servicios integrales de salud para el grupo familiar, en virtud de lo cual estableció un plan obligatorio de salud (POS) y una unidad de pago por capitación (UPC) ajustada por riesgo. Igualmente autorizó la creación de las Empresas promotoras de salud (EPS), las cuales entrarían a competir entre sí por la consecución de afiliados, quienes a su vez ejercerían el derecho a la libre escogencia, y dispuso una reorganización de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) según su naturaleza pública, privada o mixta.

De otro lado, con el propósito de lograr integrar un subsistema definido de beneficios con un subsistema de financiamiento y administración de los recursos, dada una diferenciación en la capacidad real de pago de la población, la ley concibió un sistema de aseguramiento segmentado, representado en los regímenes contributivo y subsidiado, que progresivamente avanzaría hacia un sistema único de aseguramiento.

En el régimen subsidiado, la vinculación al sistema supone un proceso previo de identificación de los potenciales beneficiarios entre los grupos más pobres y vulnerables de la población de las áreas urbanas y rurales. La vinculación se da mediante el pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, según lo previsto en la ley, equivalente a una UPC, financiada con recursos fiscales, parafiscales y de solidaridad, y con la cual se garantiza el derecho a un POS que cubre servicios del primer nivel y algunos del segundo nivel de atención. El resto de servicios de segundo nivel y los del tercer nivel se financian con recursos de subsidios a la oferta.

En este régimen, los esfuerzos tendientes a garantizar una mayor provisión de recursos mediante las leyes 60 y 100 de 1993, tropezaron prácticamente desde un comienzo con dificultades derivadas de problemas de diseño o concepción, y con la aplicación de criterios y mecanismos de asignación y distribución de recursos que revelaban problemas de eficiencia y sesgos en contra de principios básicos de equidad. El problema de fondo surgió de las diferentes concepciones que sostenían las dos normas citadas, ya que mientras la Ley 100 proponía desarrollar un esquema progresivo de subsidios a la demanda, la Ley 60 recogía la concepción del antiguo modelo asistencialista basado en subsidios a la oferta, mediante el cual los hospitales públicos garantizaban su sostenimiento de una alta dependencia de los recursos del situado fiscal.

3.2.2 Conceptos Sobre el Análisis de Costos .El ambiente actual del cuidado de la salud en Colombia presenta varios escenarios novedosos y cambios en relación con las fuerzas del mercado y las reformas estatales. Estas presiones demandan un cuidado de la salud que sea costo-efectivo sin comprometer y además mejorar la calidad de la

atención. Una desventaja competitiva para cualquier institución es desconocer la estructura de sus costos.⁸

La mayoría de los programas para reducir el costo se han enfocado a restringir el acceso de los pacientes a los servicios médicos y reducir el uso de pruebas y tratamientos costosos. Infortunadamente, estas medidas no han dado los resultados esperados.

Tenemos la hipótesis de que hay factores adicionales al consumo de los recursos de salud que contribuyen a la escalada de costos.

Los costos hospitalarios pueden ser catalogados en dos tipos: fijos y variables. Los costos fijos son los que no dependen del volumen y no son recuperados o compensados por el hospital a corto plazo si no se presta un servicio en particular. Los elementos del costo fijo incluye entre otros el edificio, equipos y algunos costos de la mano de obra como salarios.

Los costos variables son aquellos que cambian con el rendimiento y pueden ser ahorrados por el hospital si un servicio no se presta.

Otra función del costo es el costo marginal. El costo marginal es definido como el costo extra por una consulta adicional. El cambio en los costos totales de una institución como resultado de un cambio en el rendimiento es definido por la función "costo marginal". Este indica el costo adicional del tratamiento al próximo paciente o al aumento de pacientes. El costo marginal es usualmente representado como una función lineal y continua. Sin embargo, en realidad el incremento del costo marginal para el cuidado de la salud se presenta mayormente potenciado cuando se aumenta el rendimiento.

La definición del costo de proporcionar cuidado médico también depende del punto de vista de quien lo mire. Las empresas promotoras de salud (EPS) se orientan en los reembolsos que ellos pagan a la institución prestadora de salud (IPS). Los hospitales facturan en función del costo total del hospital, pero es un costo variable para las EPS. Si el servicio médico no es proporcionado o no es reembolsado, las EPS ahorran el monto

⁸ JIMÉNEZ Elizabeth Rodríguez. Costos en salud: del análisis contable a la evaluación económica. [en línea] www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592000000100002&script=sci_arttext.

de la cuenta que ellos debían pagar. En contraste, si el hospital no proporciona el servicio, este no recibe el reembolso y sin embargo debe cubrir los costos fijos de la prestación del servicio. El efecto global para el hospital a corto plazo es un incremento en los costos fijos por unidad de trabajo o disminuir la eficiencia del hospital.

3.2.3 Diferentes tipos de estudios de costos.

1. La primera diferenciación que se debe hacer es entre los costos económicos y los costos contables. Los costos contables ayudan a la planificación de flujos de efectivo, al establecimiento de tarifas o a la asignación de recursos presupuestarios, pero tienen limitaciones respecto a la evaluación económica de aquellos costos que no involucran flujos de efectivo, así como respecto a la evaluación de resultados.
2. Un segundo tipo de estudio se refiere a la descripción de costos. Estos estudios se limitan a hacer una recopilación de todos los costos en los que es necesario incurrir para llevar a cabo una intervención. La descripción de costos puede incluir costos económicos en general, pero no es una evaluación económica como tal, en tanto no compara con otras alternativas ni tampoco evalúa los resultados. La utilidad de estos estudios es muy limitada; en general pueden servir cuando no se dispone de otras alternativas para resolver un problema particular o como primera etapa para estudios económicos completos.
3. Otro tipo de estudios es el análisis de costos, el cual compara dos intervenciones alternativas en relación con sus costos. Este tipo de análisis es una evaluación económica parcial, por cuanto no contempla los resultados de las opciones analizadas. Un proyecto de inversión puede tener un costo bastante inferior a otro, precisamente por que no incorpora todos los requerimientos necesarios para resolver el problema en cuestión. Es análisis de costos puede ser útil cuando se dispone de un monto reducido y fijo para la inversión, que obliga a elegir la opción de menor costo, dejando de lado los resultados.
4. Finalmente está el análisis de minimización de costos, que constituye una evaluación económica completa, en tanto en términos de costos como de beneficios. Este tipo de

análisis tiene la particularidad de comparar intervenciones con resultados básicamente iguales, por lo que un paso previo a la realización de un análisis de minimización de costos es probar que las intervenciones a comparar no difieran sustancialmente respecto a los resultados

3.2.4 Análisis de minimización de costos. El análisis de minimización de costos aparece así como un tipo de estudio que responde a gran parte de las necesidades actuales de evaluación de costos por parte de la Institución.

Puesto que estos estudios se realizan con el fin de servir a la toma de decisiones, deben cumplir una serie de requisitos formales que permitan su lectura a un sector relativamente amplio de profesionales (médicos, administradores, etc.). Por esta razón, se recomienda que tengan las siguientes características.

1. Deben explicar claramente el problema que pretenden resolver, los objetivos del estudio y la metodología general que se emplea.
2. Debe realizar una descripción exhaustiva de las opciones disponibles para enfrentar el problema incluyendo la opción de no hacer nada. Esta descripción debe incluir los métodos que se emplean y los posibles efectos sobre el paciente, tanto en términos puramente clínicos como de la prestación en sí (incomodidades producidas, efectos secundarios, etc.) En este sentido, se debe hacer lo posible por basarse en pruebas existentes a nivel nacional o internacional.
3. Se debe analizar o al menos mencionar si se vislumbran otras alternativas hacia el futuro y cuál sería, en términos generales, el impacto potencial de las mismas.
4. Identificar claramente todos los costos y beneficios relevantes a nivel social. Dentro de los costos de los programas se deben contemplar los de la población, los del sector productivo y los de otras instituciones públicas.
5. Medir en unidades apropiadas y homogéneas tanto costos como beneficios y evaluar explícitamente los métodos utilizados, con sus ventajas y desventajas.

6. Identificar la distribución temporal de costos y beneficios y presentar los resultados al momento actual, utilizando tasas de actualización apropiadas. Para los usuarios del estudio, los resultados son más claros si se traen al presente que si se ubican en otro punto del espacio temporal.
7. Cuando los costos o los beneficios no son constantes por unidad de producción para alguna de las alternativas evaluadas, se debe realizar un análisis marginal de costes y beneficios.
8. Realizar un análisis de sensibilidad que permita observar el impacto del cambio de magnitud de algunas de las variables utilizadas en el análisis, como por ejemplo el número de pacientes tratados, la tasa de descuento, la vida útil de equipo y, en fin, todas aquellas variables cuyas magnitudes han sido supuestas o estimadas y que podrían variar dentro de determinado rango.
9. El análisis de minimización de costos requiere ante todo ser exhaustivo con los costos relevantes. Las principales categorías de costos que se deben tener en cuenta se presentan en el cuadro N° 1. Los costos irrelevantes, es decir, los que no aportan una diferencia fundamental al resultado, se pueden omitir, pues muchas veces el costo de recopilarlos hace que su inclusión no sea en sí misma costo beneficioso.

Un aspecto relevante al hacer minimización de costos es tener clara la perspectiva desde la que se hace el análisis. Un elemento que es un costo para uno de los participantes podría resultar un beneficio para otro. Cuando se utiliza una perspectiva social, el análisis incluye los costos de todos los agentes económicos involucrados. Este es el análisis más amplio siempre que haya dudas respecto a los costos y beneficios a tomar en cuenta.

Cuando se comparan opciones, es posible obviar los costos comunes entre las mismas y comparar únicamente los costos que difieren. Por ejemplo dos opciones pueden tener los mismos costos administrativos, implicar los mismos costos de traslado del paciente, etc., lo que permite excluirlos del análisis. Sin embargo, la exclusión de costos impide la comparación futura con nuevas opciones que difieren en los costos omitidos.

Cuadro 1 Definición de Costos

Nombre	Definición
Costos directos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costo de organización y funcionamiento dentro del sector salud, como tiempo de trabajo de médicos y profesionales del sector, suministros, equipamiento, luz, costos de capital, etc. 2. Costos sufragados por los pacientes y sus familiares, como gastos de bolsillo y participación en el tratamiento
Costos indirectos:	Costos sufragados por los pacientes y sus familiares, como pérdida de horas de trabajo y costos físicos
Costos externos al sector salud, a los pacientes y a los familiares	Pueden ser directos o indirectos etc.

3.2.5 Posibles problemas en la determinación de costos. La valoración de cada uno de los elementos, tanto por el lado de los costos como de los beneficios, se debe hacer a precios de mercado. Sin embargo, en algunos casos hay razones particulares para utilizar otro tipo de costo.

Inversiones de capital. Los costos de capital presentan varias diferencias respecto a los costos de funcionamiento de los programas. A diferencia de estos últimos, los costos de capital representan pagos de una sola vez, normalmente al inicio del programa. Estos pagos se invierten en un activo que se utiliza a lo largo del tiempo, y que se va depreciando durante ese período. De esta manera, la inversión de capital representa dos costos: por un lado está el costo de oportunidad del monto invertido y, por otro, el costo de la depreciación que va sufriendo el activo conforme pasa el tiempo. Un método para tratar estos dos costos conjuntamente es el de analizar la inversión inicial de capital a lo largo de la vida útil del activo, calculando su costo anual equivalente. Otra forma de tratar las inversiones de capital consiste en determinar la amortización anual mediante algún

método contable y luego determinar el costo de oportunidad a partir del saldo no depreciado del activo.

Una fórmula que aunque burda, puede resultar práctica para la distribución de gastos generales es:

Costo = número de consultas x valor constante.

Cuando la diferencia de este cálculo respecto a uno más fino no es significativa, esta fórmula resulta apropiada. Este es un principio que se debe aplicar en todos los cálculos más exacto conlleva un esfuerzo muy grande y la ganancia en exactitud no tiene un efecto significativo sobre el resultado final, es preferible utilizar una aproximación burda.⁹

⁹ JIMÉNEZ Elizabeth Rodríguez. Costos en salud: del análisis contable a la evaluación económica. [en línea] www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592000000100002&script=sci_arttext.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los costos generados en las consultas realizadas por medicina general y especializada en consulta externa y urgencias en afiliados a la EPS-S Salud Cóndor Atendidos En La Ese Hospital Nivel II Susana López De Valencia, enero- junio 2008.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Generar base de datos de los registros individuales de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor con prestación de servicios en el Hospital Nivel II Susana López de Valencia correspondiente al primer semestre del año 2008.
- Determinar si el factor género, incide directamente en los costos de una empresa promotora de salud.
- Determinar por género la mayor frecuencia de consultas.
- Identificar los principales diagnósticos que generan mayor frecuencia de consulta en la ESE Susana López de Valencia en el primer semestre del 2008.
- Determinar qué mes representa el mayor costo por frecuencia de consulta en el periodo comprendido.
- Realizar un análisis de costos que permita identificar en qué tipo de consulta se generó el mayor gasto, y su diagnóstico más frecuente.
- Identificar la frecuencia de uso de consulta por afiliados en el periodo de enero a junio de 2008.
- Estipular según edad y género la repercusión de los costos en consultas.
- Ofrecerle a la EPS - Salud Cóndor herramientas que sean motivos de análisis para saber si se requiere o no, planes que generen impacto positivo para sus afiliados.

5. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Al determinar un costeo de prestación de servicios en una entidad, podemos analizar e identificar cada uno de los aspectos que generaron el gasto, por esta razón es necesario desarrollar un estudio que nos permita establecer los principales diagnósticos que generen mayor número de consultas y por ende el mayor gasto en un segundo nivel para una empresa responsable de pago, con base en esto se pueden obtener datos específicos para la EPS-S que en la actualidad no posee y con ello mejorar estrategias que logren sugerir medidas que solucionen el problema no solo de costos sino también de la morbi mortalidad en salud pública.

El motivo por el cual se toma como referencia a los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor y no otra EPS-S, es la accesibilidad a la información que se requiere como la fuente principal para el desarrollo de este trabajo, ya que se cuenta con los contactos necesarios para poder analizar la información mencionada y con ello ofrecerle a la EPS-S herramientas que le permitan realizar planes de choque que generen impacto en la salud de sus afiliados si verdaderamente se requiere.

Por otra parte es importante destacar que la razón principal por la cual se toma la información de la ese hospital Susana López de Valencia, se deba a que la mayoría de afiliados de la población de la seccional de la EPS -S mencionada se encuentran en el municipio de Popayán, y por ser el único nivel II del municipio, también presta sus servicios a otros en los que hay población afiliada permitiéndonos obtener datos para poder realizar comparaciones.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación utilizado es descriptivo, longitudinal, retrospectivo debido a que se realizará un análisis de información en un periodo de tiempo ya determinado.

6.2 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Se conformó un grupo interdisciplinario y se socializó la idea del proyecto, posteriormente se investigó la teoría de referencia vital en la obtención de la información necesaria para realizar el análisis retrospectivo de la información contenida en las bases de datos generadas a través de los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) del archivo de consulta del Hospital Nivel II Susana López de Valencia de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor del primer semestre del 2008.(ver base de datos en medio magnético).

Se tomaron todas las consultas por enfermedad general en el Hospital Susana López de Valencia de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor del periodo comprendido entre el 1 de enero del 2008 al 31 de junio del año 2008.

Se tuvo en cuenta que un afiliado pudo acudir a consulta en una o varias ocasiones durante el periodo de estudio, es decir, que el número total de las consultas que hacen parte de la muestra no son equivalentes al número de afiliados que acudieron.

El total de la muestra recogida durante el periodo fue de 1322 consultas.

Especificación de la muestra y de Consultas realizadas en el Hospital Susana López de Valencia en el periodo Enero a Junio 2008, de los afiliados a la EPS salud Cóndor.

POBLACION Y MUESTRA	NÚMERO
Afiliados EPS Salud cóndor Seccional Cauca	21939
Afiliados que consultaron al Hospital Susana López de Valencia Ene – Jun. 2008.	771
Consultas realizadas en el Hospital Susana López de Valencia Ene – Jun. 2008.	1322

De la muestra menciona, para la EPS corresponde al universo de las consultas realizadas en el Hospital Susana López en el periodo de enero a junio.

6.3 VARIABLES

Se identifica la **variable Dependiente** consultas médicas y las **variables Independientes** son las siguientes:

Características sociodemográficas, que contienen los indicadores Documento de Identidad, Edad, Género.

Costos de la enfermedad general, Diagnóstico Médico, Tipo de consulta.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las consultas medicas generales y especializadas de la dependencia de urgencias y consulta externa realizadas en el hospital Susana López de Valencia de los afiliados a la EPS Salud cóndor en el periodo comprendido entre el 1 de enero del año 2008 al 30 de Junio del año 2008.

Es importante anotar que para motivos de este estudio se determina como consulta de urgencias, todas aquellas que hayan sido presentadas y aprobadas por la EPS- S.

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Consultas realizadas en otras IPS de los afiliados a la EPS salud cóndor. Y las consultas e interconsultas realizadas en el área de hospitalización.

6.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se consolidó la información consultas en el Hospital Susana López de Valencia del periodo enero a junio del 2008 través de los registros individuales de prestación de servicios específicamente del archivo de consultas, el cual se fundamenta como fuentes secundaria.

El análisis de las cualidades técnicas se basó en principios de confiabilidad y validez que consideraron el RIPS capaz de aportar información objetiva, avalado por los profesionales de auditoría de la EPS y de la IPS, quienes consideraron confiable y válida la información registrada.

6.7 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

La tabulación de la información se realizó por medio del graficador de Excel, utilizando estadística univariada y bivariada, de los aspectos más relevantes de la investigación, los cuales se presentaron en tablas y figuras como circulares, barras simples y compuestas.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos facilitados por la EPS Salud cóndor a través de la dependencia de Auditoría Médica, arrojó diversos aspectos de suma importancia que deben tenerse en cuenta durante todo el análisis que se presenta en este trabajo.

Teniendo en cuenta el alcance y el acceso a la información de todas las consultas de los afiliados a la EPS-S Salud cóndor dentro de sus historias clínicas, no se puede establecer una amplia relación de factores internos y externos que pueden influir en la aparición de la enfermedad, por lo tanto la muestra se reduce a las consultas realizadas en el Hospital nivel II Susana López de Valencia, complementada con los soportes físicos de facturación y anexos presentados a la dependencia de auditoría de cuentas médicas.

Se utilizó una población y muestra conformada por todas las consultas especializadas y de medicina general del área de urgencias y consulta externa realizadas en el hospital nivel II Susana López de Valencia de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor en el periodo enero a junio del 2008, a saber, 1322 consultas. Se analizaron las consultas por enfermedad general dentro de los servicios de urgencias y consulta externa.

En lo que respecta a los diagnósticos se tuvieron en cuenta las 10 primeras causas de morbilidad;

1. Otros dolores abdominales y los no especificados.
2. Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación.
3. Otros síntomas y signos generales especificados.
4. Amenaza de aborto.
5. Supervisión de embarazo normal no especificado.
6. Otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte.
7. Otros trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte.
8. Aborto no especificado incompleto, sin complicación.
9. Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice.
10. Neumonía, no especificada.

De estos diagnósticos se resalta el hecho de ser los más costosos en el periodo estudiado.

La EPS-S Salud cóndor cuenta en el año 2008 con 21938 afiliados en la seccional Cauca.

Con el propósito de facilitar el análisis de esta investigación, se procedió a realizar entre otros, figuras y tablas. De acuerdo a lo anterior se obtuvieron y se analizaron los siguientes resultados:

Tabla 1. Distribución porcentual de acuerdo al número de afiliados por municipio. EPS Salud Cóndor. Año 2008.

Municipio	Nº	%
POPAYÁN	18172	82,8
CALDONO	3571	16,3
TIMBIO	215	1,0
TOTAL	21938	100,0

El 82.8% (18172) de los afiliados pertenecen al municipio de Popayán lo cual indica la mayor densidad poblacional de afiliados, lo cual es directamente proporcional a la cantidad de consultas que se verifican posteriormente por municipios (Ver Tabla 1).

Tabla 2. Distribución porcentual de consultas de acuerdo al mes de atención. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

AÑO	Nº	%
Enero	224	16,9
Febrero	195	14,8
Marzo	191	14,4
Abril	245	18,5
Mayo	254	19,2
Junio	213	16,1
TOTAL	1322	100,0

La mayor frecuencia de consultas se presentaron en el mes de mayo, con un 19.2% (254), y abril con un 18.5%(245), este hecho se ve reflejado en dos aspectos, el primero, en este periodo de abril y mayo se presento la contratación de la red, lo cual por aspectos administrativos genero inconvenientes de prestación de servicios en primer y tercer nivel; el segundo, se realizo ampliación de coberturas en el mes de abril, lo cual incide en el aumento de servicios. (Ver Tabla 2).

Tabla 3. Distribución porcentual de las consultas de acuerdo al municipio y mes. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

Mes	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caldono	5	2,2	17	8,7	20	10,5	11	4,5	22	8,7	14	6,6	89	6,7
Popayán	216	96,4	176	90,3	165	86,4	234	95,5	228	89,8	194	91,1	1213	91,8
Timbío	3	1,3	2	1	6	3,1	0	0	4	1,6	5	2,3	20	1,5
Total	224	100	195	100	191	100	245	100	254	100	213	100	1322	100

Esta tabla permite identificar lo descrito anteriormente, en donde analizamos como los meses de abril y mayo fueron los que presentaron la mayor frecuencia de consultas; y como el municipio de Popayán al tener la mayor densidad poblacional, presenta la mayor cantidad de estas. Un hecho relevante es que en el mes de abril en comparación al de mayo, las consultas de los afiliados al municipio de caldono se duplicaron, lo cual describe los inconvenientes de prestación de servicios del primer nivel.

Para el presente estudio debemos tener en cuenta el costo facturado a la EPS-S Salud Condor, la cual es Tarifa SOAT 2008 descrito en la resolución 2423 de 1996 menos el 10%; con base a esto, tomamos las consultas de medicina general y especializada realizadas en la dependencia de urgencias y consulta externa correspondientes a los códigos 39139, 39140, 39143, 39145, definidos en su orden en consulta Preadestésica, Interconsulta medica especializada, Consulta ambulatoria especializada, y consulta de urgencias. Como se describe a continuación.

CODIGO	DESCRIPCION	TARIFA SOAT 2008	COSTO PARA LA EPS-S (TARIFA SOAT 2008 MENOS 10 %)
39139	Consulta Preanestésica	\$ 22.800	\$ 20.520
39140	Interconsulta medica especializada	\$ 29.400	\$ 26.460
39143	Consulta ambulatoria de medicina ambulatoria	\$ 26.600	\$ 23.940
39145	Consulta de urgencias	\$ 30.330	\$ 27.297
VALOR PROMEDIO			\$ 24.550

Se realiza la suma de la facturación correspondiente a los costos de estos códigos en las consultas del periodo a estudio, se obtiene un promedio, el cual genera un valor constante (\$ 24.450), y este se multiplica por el número de consultas. (Formula de costo= frecuencia de consulta * valor constante), un ejemplo de este calculo lo obtenemos al multiplicar las 5 consultas del mes de enero del municipio de Caldono por el valor constante, \$24.550, esta operación genera como resultado \$ 122750.

Tabla 4. Distribución de costos de acuerdo al mes y municipio. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

Municipio	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Caldono	122750	417350	491000	270050	540100	343700
Popayán	5302800	4320800	4050750	5744700	5597400	4762700
Timbío	73650	49100	147300	0	98200	122750
Total	5499200	4787250	4689050	6014750	6235700	5229150

Podemos analizar de manera general que de acuerdo al municipio, el gasto y las consultas realizadas son directamente proporcionales a la cantidad de población afiliada. El mes de mayor gasto y consultas fue el mes de mayo, sin embargo los meses de mayor gasto según municipio fueron abril para Popayán, Mayo para Caldono, y Marzo para Timbío. (Ver Tabla 3 y 4).

Tabla 5. Número de consultas por persona. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

NÚMERO DE PERSONAS	FRECUENCIA DE USO DE CONSULTAS	NÚMERO DE CONSULTAS (NÚMERO DE PERSONAS X USO DE CONSULTAS)	%
457	1	457	59,3
196	2	392	25,4
55	3	165	7,1
36	4	144	4,7
16	5	80	2,1
4	6	24	0,5
4	7	28	0,5
1	8	8	0,1
1	9	9	0,1
1	15	15	0,1
771		1322	100

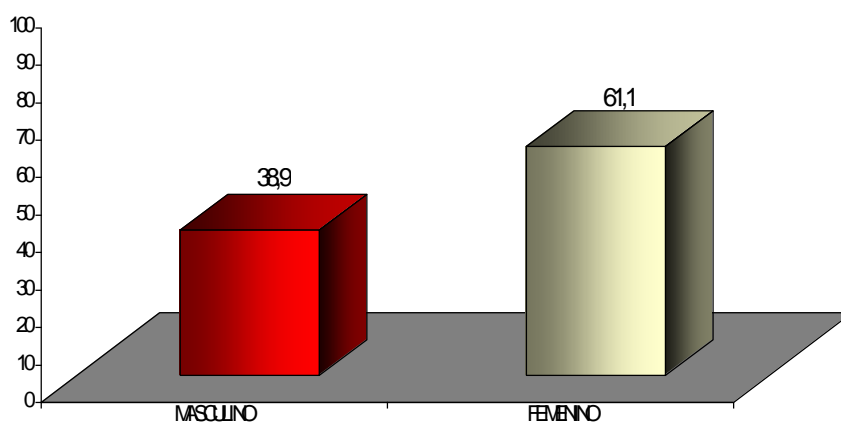
El 59,3 % de los afiliados (457) que consultaron en el periodo del estudio, lo hicieron en una ocasión, este hecho es relevante ya que en promedio días, de los 180 días del periodo en estudio, hubo al menos 2 usuarios que consultaron en una única ocasión diariamente. (Ver Tabla 5).

Tabla 6. Comparación de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor Distribuidos por género v/s el número de consultas, realizadas en el Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

GÉNERO	TOTAL AFILIADOS EPS CONDOR		TOTAL AFILIADOS CONSULTAS	
	Nº	%	Nº	%
MASCULINO	10584	48,2	514	38,9
FEMENINO	11354	51,8	808	61,1
TOTAL	21938	100,0	1322	100,0

La diferencia porcentual en el número afiliados entre el genero femenino y masculino es del 3% a favor del genero femenino, y la diferencia porcentual entre el número de consultas es del 22% igualmente a favor del genero femenino, lo que quiere decir que el genero femenino consulto un 19% mas que el genero masculino en el periodo del estudio.

Figura 1. Distribución porcentual de las consultas realizadas por los Afiliados EPS Salud cóndor según genero, en el Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

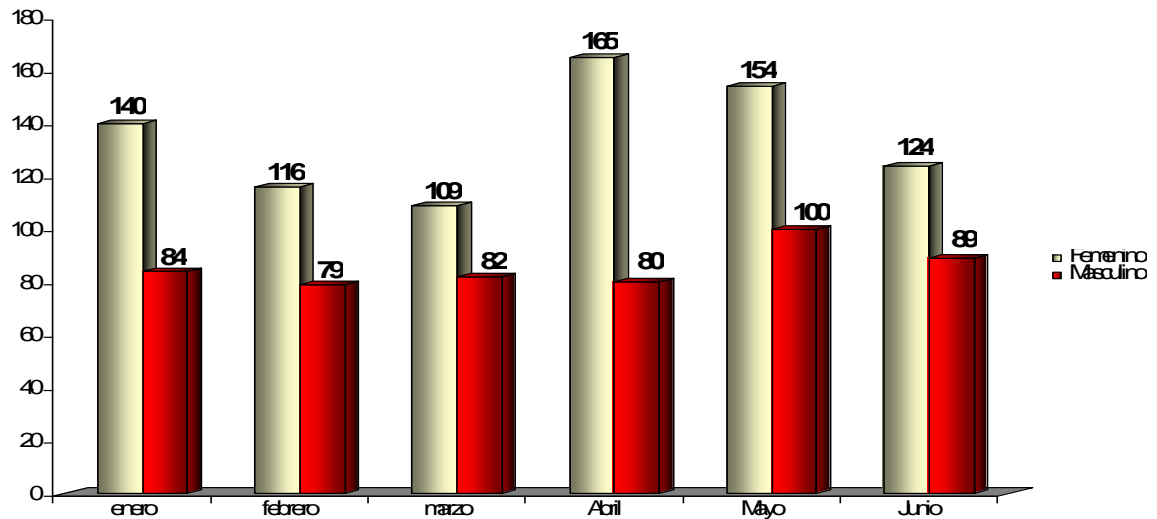


De los afiliados que consultaron al hospital Susana López de Valencia, el 61.1% (806) lo representa el género femenino y el 38.9% (514) el masculino, lo cual es directamente proporcional a la población total de la EPS-S, sin embargo porcentualmente la diferencia de la población total es del 3%(% población total genero femenino 51.8% - % población total genero masculino 48.2%), y en nuestro estudio esta diferencia es del 22% (% población estudio consultas genero femenino 61.1% - % población estudio consultas genero masculino 38.9%) esto nos permite identificar como las mujeres siguen siendo los pacientes que consulta con mayor frecuencia en una institución prestadora de servicios (19% mas). (Ver Tabla 6 – Figura 1).

Tabla 7. Distribución porcentual de consultas de acuerdo al género y mes. En los afiliados a la EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

MES	GÉNERO FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enero	140	17,3	84	16,3	224	16,9
Febrero	116	14,4	79	15,4	195	14,8
Marzo	109	13,5	82	16,0	191	14,4
Abril	165	20,4	80	15,6	245	18,5
Mayo	154	19,1	100	19,5	254	19,2
Junio	124	15,3	89	17,3	213	16,1
TOTAL	808	100,0	514	100,0	1322	100,0

Figura 2. Distribución de consultas de acuerdo al género según mes. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.



Podemos identificar como el género femenino prevalece en la mayor frecuencia de consultas en comparación al género masculino, esto se ve en cada mes del periodo del estudio; cabe resaltar, de los meses de mayor frecuencia de consultas abril y mayo, que el género femenino consulta 80 % y 50% respectivamente, mas que el género masculino, en promedio y teniendo en cuenta el periodo del estudio, una mujer consulta hasta 49% mas que un hombre, sumado a la ampliación de cobertura, fue necesario verificar la cantidad de usuarios nuevos por género, lo cual mostró una mayor afiliación del género femenino, y explica en una pequeña medida este fenómeno, determinando como la mayor cantidad de diagnósticos serian de la parte obstetricia. (Ver tabla 7 – Figura 2)

Tabla 8. Costos por género de acuerdo al mes de consulta. Afiliados a la EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Enero – Junio 2008.

GÉNERO MES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
enero	3437000	62,5	2062200	37,5	5499200	16,9
febrero	2847800	59,5	1939450	40,5	4787250	14,8
marzo	2675950	57,1	2013100	42,9	4689050	14,4
Abril	4050750	67,3	1964000	32,7	6014750	18,5
Mayo	3780700	60,6	2455000	39,4	6235700	19,2
Junio	3044200	58,2	2184950	41,8	5229150	16,1
TOTAL	19836400	61,1	12618700	38,9	32455100	100

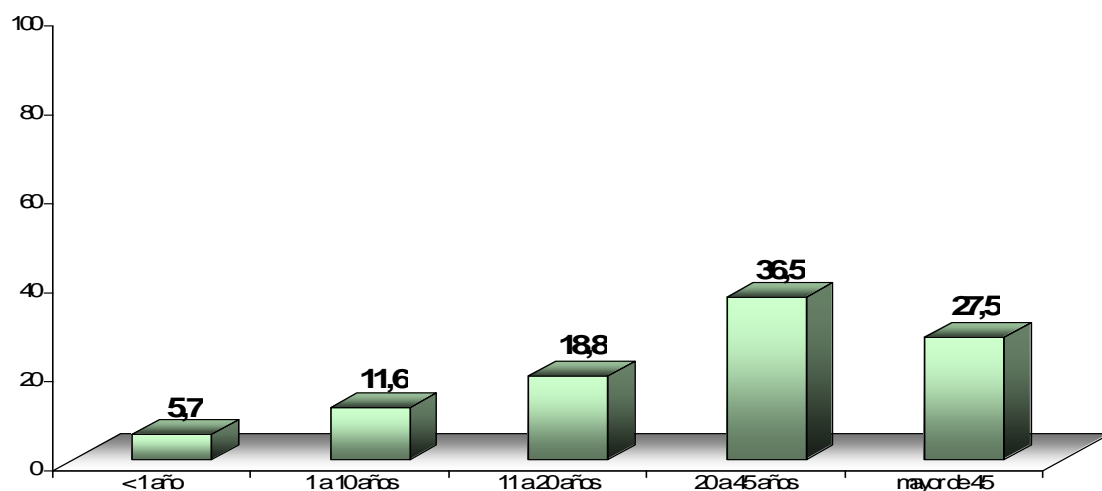
El costo generado por consultas según género es el resultado obtenido del producto entre la frecuencia de consultas según género (Tabla 7) y el valor constante (\$ 24550), para dicho calculo se realiza la siguiente formula: frecuencia de consultas según género x valor constante, es así como se obtiene el costo del mes de enero por el género femenino: frecuencia de consulta del género femenino (140) por valor constante (\$ 24550), obteniéndose \$ 3'437.000.

El mayor costo está referido en el género femenino con un 61%, lo cual es directamente proporcional al número de consultas previamente analizado, y al porcentaje de las mismas con respecto al género masculino. (Ver Tabla 8).

Tabla 9. Distribución porcentual de consulta según edad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

Grupos de edad	Nº	%
< 1 año	75	5,7
1 a 10 años	153	11,6
11 a 20 años	248	18,8
20 a 45 años	483	36,5
mayor de 45	363	27,5
Total general	1322	100,0

Figura 3. Distribución porcentual de consulta según edad. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.



Estos datos determinan como la población de grupos de edades que están por encima de los 20 años, presentan el mayor porcentaje de consultas, esto aunque no representa un dato de análisis, nos permite establecer en una población y para efectos del estudio cual puede generar el mayor gasto . (Ver tabla 9 – Figura 3)

Tabla 10. Costos por género de acuerdo a al grupo de edad. Afiliados a la EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Enero – Junio 2008.

Grupos de edad	Femenino		Masculino		Total
	N	Costo	N	Costo	
< 1 año	22	540100	53	1301150	75
1 a 10 años	56	1374800	97	2381350	153
11 a 20 años	185	4541750	63	1546650	248
20 a 45 años	356	8739800	127	3117850	483
Mayor de 45	189	4639950	174	4271700	363
Total	808	19836400	514	12618700	1322

El costo generado por consultas según grupos de edad y género es el resultado obtenido del producto entre la frecuencia de consultas según género (Tabla 10) y el valor constante (\$ 24550), para dicho cálculo se realiza la siguiente fórmula: frecuencia de consultas según género x valor constante.

Los mayores costos se presentan en la edad adulta con un mayor gasto del género femenino frente al masculino; en la niñez (menor de 10 años) los costos por consultas en ambos sexos son bajos, sin embargo se presenta un mayor gasto por consultas del género masculino, lo cual es significativo teniendo en cuenta de que este género presenta la menor frecuencia al igual que este grupo de edad. (Ver Tabla 10).

Tabla 11. Distribución porcentual de consultas de acuerdo a las 10 primeras causas de morbilidad. Afiliados EPS Salud Cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

Diagnóstico	Frecuencia		
	frecuencia	%	valor
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	91	6,9	2234050
SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACION	76	5,7	1865800
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	72	5,4	1767600
AMENAZA DE ABORTO	65	4,9	1595750
SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO	50	3,8	1227500
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	43	3,3	1055650
OTROS TRASTORNOS DE LOS	37	2,8	908350

TEJIDOS BLANDOS EN ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTRA PARTE			
ABORTO NO ESPECIFICADO: INCOMPLETO, SIN COMPLICACION	36	2,7	883800
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	35	2,6	859250
NEUMONIA, NO ESPECIFICADA	33	2,5	810150
OTROS	202	15,3	4959100
TOTAL	1322	100,0	32455100

Esta tabla nos permite identificar la prevalencia del género femenino en las consultas del periodo del estudio; dentro de los 10 primeros diagnósticos reportados por consultas, el 19,8% son obstétricos, como lo son:

1. Supervisión De Embarazo De Alto Riesgo, Sin Otra Especificación
2. Amenaza De Aborto
3. Supervisión De Embarazo Normal No Especificado
4. Aborto No Especificado: Incompleto, Sin Complicación
5. Parto Único Espontáneo, Presentación Cefálica De Vértice

Las consultas para estos diagnósticos generaron un gasto de \$ 6´432.100. (Ver Tabla 11 – Figura 4)

Figura 4. Distribución porcentual de consultas de acuerdo a las 10 primeras causas de morbilidad. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

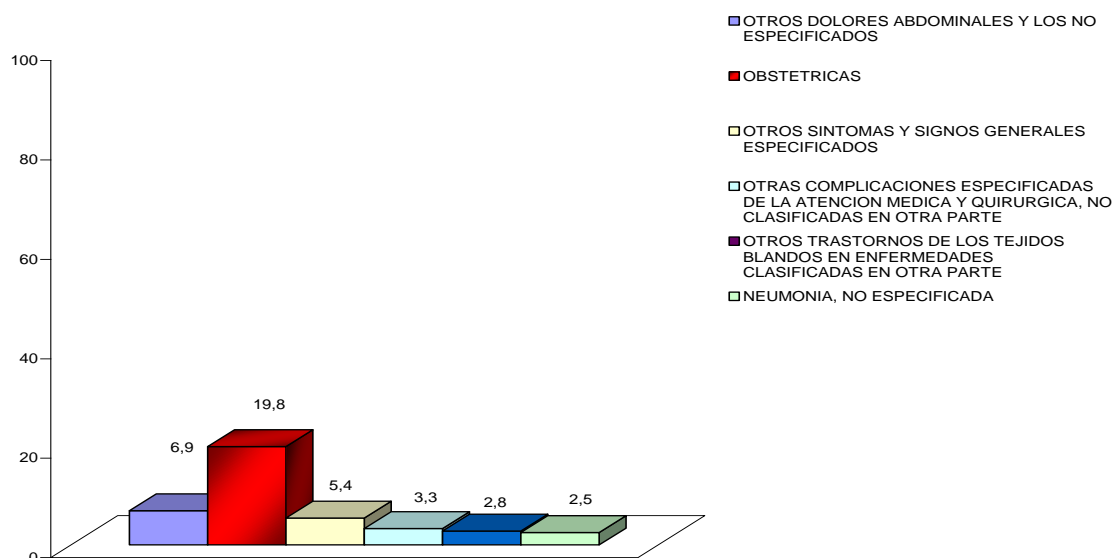


Tabla 12. Costos generados para la EPS Salud Cóndor, de acuerdo al mes y al tipo de consulta. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital Nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

Tipo de Consulta	Consulta Preanestésica		Interconsulta Medica		Consulta ambulatoria especializada		Consulta de urgencias		Total	
	Nº	Costo	Nº	Costo	Nº	Costo	Nº	Costo	Nº	Costo
Enero	13	319.150	41	1.006.550	54	1.325.700	116	2.847.800	224	5.499.200
Febrero	9	220.950	21	515.550	79	1.939.450	86	2.111.300	195	4.787.250
Marzo	13	319.150	33	810.150	67	1.644.850	78	1.914.900	191	4.689.050
Abril	16	392.800	35	859.250	79	1.939.450	115	2.823.250	245	6.014.750
Mayo	6	147.300	53	1.301.150	77	1.890.350	118	2.896.900	254	6.235.700
Junio	6	147.300	27	662.850	90	2.209.500	90	2.209.500	213	5.229.150
Total	63	1.546.650	210	5.155.500	446	10.949.300	603	14.803.650	1322	32.455.100

El costo generado para la EPS Salud cóndor en el periodo de enero a junio del 2008 por consultas en el hospital nivel II Susana López de Valencia es de \$32.455.100 millones de pesos, el mes de mayor costo fue mayo con \$6.235.700; el tipo de consulta al que mas

acudieron los afiliados en el segundo nivel además del mas costoso fue el de atención de urgencias con un valor de \$14.803.650 millones de pesos. Para este cálculo tomamos el valor constante (\$24.550) y lo multiplicamos por la frecuencia según el tipo de consulta. Por lo anterior definimos la siguiente formula, costo= valor constante (\$24.550) x frecuencia de consultas (Nº). (Ver Tabla 12).

Teniendo en cuenta la tabla anterior podemos concluir, como del total de consultas realizadas en el segundo nivel, el 46% (603) corresponde a consultas de urgencias, la cual indica la posibilidad de consultas por diagnósticos obstétricos, el cual confirmamos al tomar de las 603 consultas los principales 5 diagnósticos por los que se consulto en esta dependencia, y los cuales se describen a continuación.

1. Otros Dolores Abdominales Y Los No Especificados
2. Otros Síntomas Y Signos Generales Especificados
3. Amenaza De Aborto
4. Parto Único Espontáneo, Presentación Cefálica De Vértice
5. Otras Complicaciones Especificadas De La Atención Medica Y Quirúrgica, No Clasificadas En Otra Parte

Tabla 13. Distribución porcentual de consultas de urgencia de acuerdo a las 5 primeras causas de morbilidad. Afiliados EPS Salud cóndor. Hospital nivel II Susana López de Valencia. Periodo Enero - Junio 2008.

DIAGNÓSTICO	Nº	%
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS	70	11,6
OTROS SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES ESPECIFICADOS	46	7,6
AMENAZA DE ABORTO	39	6,5
PARTO UNICO ESPONTANEO, PRESENTACION CEFALICA DE VERTICE	35	5,8
OTRAS COMPLICACIONES ESPECIFICADAS DE LA ATENCION MEDICA Y QUIRURGICA, NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	30	5,0
OTROS	383	63,5
TOTAL	603	100,0

De lo anterior podemos señalar como los diagnósticos amenaza de aborto y Parto Único Espontáneo, representan el 12,3% , el cual indica que los diagnósticos obstétricos fueron la principal causa de consulta en el servicio de urgencia. Esto determina la necesidad de realizar seguimiento a las mujeres gestantes y generar estrategias de parte de la EPS-S con el fin de evitar complicaciones con respecto a la mortalidad materna, (Ver Tabla 13).

8. DISCUSIÓN

La EPS S Salud Cóndor cuenta en el año 2008 con 21938 afiliados en la Seccional Cauca, en donde la mayor concentración esta en el Municipio de Popayán con el 82.8% (18172) de afiliados.

La mayor frecuencia de consultas se presentaron en el mes de mayo, con un 19.2% (254), y abril con un 18.5%(245), este hecho se ve reflejado en dos aspectos, el primero, en este periodo de abril y mayo se presentó la contratación de la red, lo cual por aspectos administrativos generó inconvenientes de prestación de servicios en primer y tercer nivel; el segundo, se realizó ampliación de coberturas en el mes de abril, lo cual incide en el aumento de servicios. El municipio de Popayán al tener la mayor densidad poblacional, presenta la mayor cantidad de consultas. Un hecho relevante es que en el mes de abril en comparación al de mayo, las consultas de los afiliados al Municipio de Caldonó se duplicaron, lo cual describe los inconvenientes de prestación de servicios del primer nivel.

El mes de mayor gasto y consultas fue el mes de mayo; sin embargo los meses de mayor gasto según municipio, fueron abril para Popayán, Mayo para Caldonó, y Marzo para Timbío.

El 59, 3 % de los afiliados (457) que consultaron en el periodo del estudio, lo hicieron en una ocasión, este hecho es relevante ya que en promedio días, de los 180 días del periodo en estudio, hubo al menos 2 usuarios que consultaron por primera vez diariamente.

En relación al porcentaje de consultas según genero, el 61.1% (806) lo representa el género femenino y el 38.9% (514) el masculino, lo cual es directamente proporcional a la población total de la EPS-S, sin embargo porcentualmente la diferencia de la población total es del 3%(% población total género femenino 51.8% - % población total género masculino 48.2%), y en nuestro estudio esta diferencia es del 22% (% población estudio

consultas género femenino 61.1% - % población estudio consultas género masculino 38.9%) esto nos permite identificar como las mujeres siguen siendo los pacientes más frecuentes en una institución prestadora de servicios, este resultado esta representado en el estudio de morbilidad del Instituto Nacional de Salud, en su análisis de evolución de los egresos hospitalarios, por sexo, según edad; el cual define como las mujeres presentan el doble de egresos mas que los hombres .

Esto se ve reflejado cada mes del periodo del estudio; cabe resaltar, de los meses de mayor frecuencia de consultas abril y mayo, que el género femenino consulta 80 % y 50% respectivamente, mas que el género masculino, en promedio y teniendo en cuenta el periodo del estudio una mujer consulta hasta 49% mas que un hombre, sumado a la ampliación de cobertura fue necesario verificar la cantidad de usuarios nuevos por género, lo cual mostró una mayor afiliación del género femenino, lo cual explica en una pequeña medida este fenómeno, y determina cómo la mayor cantidad de diagnósticos estarían catalogados en la parte obstetricia. Lo anterior determina como el mayor costo por consultas esta referido al género femenino con un 61%.

Según grupos de edad la población mayor a 20 años, presentan el mayor porcentaje de consultas y por ende el mayor gasto, en este aspecto se identificó al género femenino en este grupo de edad como el de mayor costo frente al masculino; sin embargo en la niñez (menor de 10 años) los costos por consultas en ambos sexos son bajos, pero el hecho relevante es que en este grupo de edad, el género masculino supera al femenino según consultas, lo cual es significativo teniendo en cuenta de que este género presenta la menor frecuencia al igual que este grupo de edad. Siendo un indicador importante en la atención de los niños. Este mismo patrón lo podemos observar en el estudio de morbilidad del Instituto nacional de salud en el análisis de evolución de los egresos hospitalarios, por sexo, según edad.

La mayor frecuencia de consultas en el periodo del estudio corresponde a los siguientes diagnósticos : otros dolores abdominales y los no especificados (91), supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación (76), otros síntomas y signos generales especificados (65), supervisión de embarazo normal no especificado (50), otras complicaciones especificadas de la atención medica y quirúrgica, no clasificadas en otra

parte (43), otros trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte (37), aborto no especificado: incompleto, sin complicación (36), parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice (35), neumonía, no especificada (33).

Dentro de los 10 primeros diagnósticos reportados por consultas, el 19,8% son obstétricos, como lo son:

1. Supervisión de Embarazo de Alto Riesgo, sin otra especificación
2. Amenaza de Aborto
3. Supervisión de embarazo normal no especificado
4. Aborto No Especificado: Incompleto, sin Complicación
5. Parto Único Espontáneo, Presentación Cefálica de Vértice

Estos diagnósticos generaron un gasto de \$ 6´432.100. Según el CEDETES en el estudio de vigilancia de enfermedades crónicas en el Valle del Cauca realizado en el 2001 los diagnósticos relacionados con las maternas se encontraron en el segundo lugar con un 32.12%; en relación con el género, los resultados de investigación son consistentes con el estudio anteriormente mencionado que describe como las mujeres son responsables del doble de los egresos hospitalarios que los hombres, siguiendo el patrón latinoamericano según el cual el uso de los hospitales se divide aproximadamente en tres tercios: uno por parte de los hombres, otro por mujeres con enfermedades no obstétricas y el tercio restante por causas obstétricas.

Se observa que los dos primeros diagnósticos con mayor frecuencia coincidieron con los que mayor costo están produciendo.

El costo generado para la EPS-S Salud Cóndor en el periodo de enero a junio del 2008 por consultas en el hospital Nivel II Susana López de Valencia es de \$32.455.100 millones de pesos, el mes de mayor costo fue mayo con \$6.235.700; y el tipo de consulta más frecuente en el segundo nivel además de presentar mayor costo es el de atención de urgencias con un valor de \$14.803.650 millones de pesos, y 606 consultas que corresponden al 46% del total; esto sumado al porcentaje de costos de las consultas médicas especializadas ambulatorias 34% (\$10.949.300) generaría un 80% del costo

total, lo cual avala lo descrito en el estudio realizado por el programa de apoyo a la reforma a la salud, "Cuentas de Salud en Colombia 1993-2003 el gasto nacional en salud y su financiamiento", en donde describe como el 60% del gasto es realizado en servicios ambulatorios.

Dentro de los 5 principales diagnósticos presentados en consulta de urgencias encontramos:

1. Otros Dolores Abdominales y los no especificados
2. Otros Síntomas y Signos Generales especificados
3. Amenaza de Aborto
4. Parto Único Espontáneo, Presentación Cefálica de Vértice
5. Otras Complicaciones Especificadas de la Atención Médica y Quirúrgica, No Clasificadas en otra parte

En donde se observa el hecho de que el 12, 3% corresponde a diagnósticos obstétricos, que serían la primera causa de consulta, siguiendo con la tendencia. Este dato se ve soportado en el estudio de Morbilidad realizado por Instituto Nacional de Salud, el cual dentro de egresos hospitalarios por causas obstetricias y ginecológicas, las 2 principales son Parto normal y Aborto. Esto determina la necesidad de realizar seguimiento a las mujeres gestantes y generar estrategias de parte de la EPS-S con el fin de evitar complicaciones con respecto a la mortalidad materna.

9. CONCLUSIONES

1. Se generó base de datos de las consultas por medicina general y medicina especializada del servicio de urgencias y consulta externa, de los afiliados a la EPS-S Salud Cóndor con prestación de servicios en el Hospital Nivel II Susana López de Valencia correspondiente al primer semestre del año 2008, el cual se convierte en el soporte fundamental de este estudio de costos por consultas de la EPS-S Salud Condor. Siendo este el primer análisis realizado en la seccional Cauca.
2. La mayor frecuencia de consultas el 61.1% (806) lo representa el género femenino y el 38.9% (514) el masculino, lo cual es directamente proporcional a la población total de la EPS-S, sin embargo porcentualmente la diferencia de la población total es del 3%(% población total género femenino 51.8% - % población total género masculino 48.2%), y en nuestro estudio esta diferencia es del 22% (% población estudio consultas género femenino 61.1% - % población estudio consultas género masculino 38.9%) esto nos permite identificar como las mujeres siguen siendo los pacientes mas frecuentes en una institución prestadora de servicios.
3. El mayor costo está referido en el género femenino con un 61%, lo cual es directamente proporcional al número de consultas previamente analizado.
4. El género femenino en promedio consulta hasta 49% más que un hombre, lo cual incide en las consultas y en los costos.
5. Mediante el estudio se definen los siguientes diagnósticos, los cuales generaron la mayor frecuencia de consulta:
 1. Otros dolores abdominales y los no especificados
 2. Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación
 3. Otros síntomas y signos generales especificados

4. Supervisión de embarazo normal no especificado
5. Otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica no clasificadas en otra parte
6. Otros trastornos de los tejidos blandos en enfermedades clasificadas en otra parte
7. Aborto no especificado incompleto sin complicación
8. Parto único espontáneo, presentación cefálica de vértice
9. Neumonía no especificada

Cabe resaltar que 5 de los 10 principales diagnósticos están relacionadas con causas obstétricas. Lo que ratifica como la mayor frecuencia de consultas se presenta en el género femenino.

6. El costo generado para la EPS-S Salud Cóndor en el periodo de enero a junio del 2008 por consultas en el hospital Nivel II Susana López de Valencia es de \$32.455.100 millones de pesos, el mes de mayor costo fue mayo con \$6.235.700.
7. El tipo de consulta mas frecuente en el segundo nivel además de presentar mayor costo es el de atención de urgencias con un valor de \$14.803.650 millones de pesos, y 606 consultas que corresponden al 46% del total, este resultado puede ser consecuencia de las pocas instituciones de salud de primer nivel que presten el servicio de urgencias en el Municipio de Popayán.
8. El 59,3 % de los afiliados (457) que consultaron en el periodo del estudio, lo hicieron en una ocasión, y el 25.4% (196) consultaron al menos 2 veces, este hecho es relevante ya que avala el diagnóstico mas frecuente que se genera por la consulta de una gran cantidad de afiliados y no por unos pocos que consulten varias veces.
9. Los mayores costos se presentan en la edad adulta (20 a 45 años) con un mayor gasto del género femenino frente al masculino; en la niñez (menor de 10 años) los costos por consultas en ambos sexos son bajos, sin embargo se presenta un mayor gasto por consultas del género masculino, lo cual es significativo teniendo en cuenta que éste género presenta la menor frecuencia al igual que este grupo de edad.

10. RECOMENDACIONES

- Realizar acciones tendientes a prevenir el mayor número de consulta del género femenino, teniendo en cuenta el grupo de edad.
- En la contratación se puede dar mayor importancia a los parámetros establecidos para el cumplimiento de las acciones tendientes a prevenir las enfermedades relacionadas.
- Mayor atención a la gestante para identificar los factores de riesgos que permitan prevenir complicaciones en el embarazo
- Verificar procesos de seguimiento al programa de control prenatal entre la EPS-S y el Primer nivel de los diferentes municipios en donde se tiene contratado para las atenciones.
- Evaluar cuáles son los posibles factores que ocasionaron el mayor costo en el mes de mayo.
- Mejorar los procesos de atención inicial de urgencias, determinado según su nivel de atención.
- Analizar si los policonsultantes acudieron a la institución por un mismo diagnóstico o uno diferente.
- Mostrar este estudio a las Alcaldías de Popayán, Timbio y Caldonó para que en la implementación de los planes territoriales de salud generen un rubro que fortalezcan y fomenten que incidan directamente en la efectividad del programa de control prenatal

- Verificar y acompañar de parte de la EPS-S Cóndor en el Departamento del Cauca y en especial los Municipios de Popayán, Caldono y Timbío, las estrategias en salud para el acompañamiento de los afiliados que consultan excesivamente en relación del costo beneficio.

BIBLIOGRAFIA

ARMANDO Cortés, EDGAR Flor, GERMÁN Duque. Análisis de costos de la atención médica hospitalaria Experiencia en una clínica privada de nivel II-III. [en línea] www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No2/cm33n2a1.htm [citado 06/09/2008].

GOBERNACIÓN del Valle del Cauca, SECRETARIA Departamental del Valle, CEDETES Universidad del Valle. Proyecto vigilancia de las enfermedades crónicas en el Valle del Cauca. Énfasis en cardiovasculares: Un enfoque desde la promoción de la salud. [en línea] www2.valledelcauca.gov.co/SIISVC/documentos/ligarcia%20453960/archivos%20a%20bajar/cd%20cedetes/OBLIGACION%201/CRONIC-MORBILIDAD/Revisi%F3n%20de%20Registros%20de%20Morbilidad%20por%20Consulta%20Externa~B21.pdf. [citado 18/09/2008].

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. 1997. Florez, C. E., Guerrero, B. y otros, Perfil de la situación de la mujer y las políticas y programas relacionados en Colombia. <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/colombia/salu-4.htm> [citado 18/09/2008]

JIMÉNEZ Elizabeth Rodríguez. Costos en salud: del análisis contable a la evaluación económica. [en línea] www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-12592000000100002&script=sci_arttext. [citado 06/09/2008].

LEY 1122 del año 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

MALAGON LONDOÑO GUSTAVO “Auditoria en Salud” editorial medica panamericana segunda edición de 2003.

MALAGON LONDOÑO GUSTAVO “Garantía de la calidad “editorial medica panamericana segunda edición 2006.

MINISTERIO de la Protección Social, La Prestación De Servicios De Salud En Las Empresas Sociales Del Estado En El Sistema De Seguridad Social En Salud. Guías De Capacitación Y Consulta. [en línea]. <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo14705DocumentNo1242.pdf>.

MINISTERIO de la Protección Social, PROGRAMA de Apoyo a la reforma de Salud – PARS, DEPARTAMENTO Nacional de Planeación. Precios y Contratos en Salud. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. el gasto nacional en salud y su financiamiento. [en línea] <http://www.minproteccion-social.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16539DocumentNo6281.PDF> [citado 18/09/2008].

MINISTERIO de la Protección Social, PROGRAMA de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS, PONTIFICIA Universidad Javeriana, CENTRO de Apoyo para el desarrollo CENDEX, DEPARTAMENTO Nacional de Planeación. Precios y Contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. [en línea] www.minproteccion-social.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo17276DocumentNo6598.pdf [citado 18/09/2008].

RESOLUCION 00412 25 de febrero del 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y de detención temprana y la atención de enfermedades de interés de salud pública.

RESOLUCION 3384 del año 2000 Por la cual se Modifican Parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se Deroga la Resolución 1078 de 2000.

RESOLUCION 3374 del 200 Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL “Ley 100 de 1993” por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se adoptan otras disposiciones.

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA - PERIODOS EN SEMANAS-2008																											
	ABRIL				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPT				OCTUB							
Planteamiento del nombre del trabajo de grado																												
Clasificación de los costos según enfermedad																												
Revisión Bibliográfica y documental																												
Análisis de Datos, resultados y recomendaciones																												
Revisión del Proyecto y tutorías																												

