

---

# **Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud**

---

ISBN 958-97166-4-4

Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud  
Ministerio de la Protección Social

Arte Laser Publicidad Ltda  
Cra. 16 No. 80-11 Of. 201  
Diseño, Corrección de Textos e Impresión.

Edición 2005

Bogotá D.C., noviembre 2005

Derechos reservados, prohibida su reproducción total  
o parcial sin autorización escrita del Ministerio de la  
Protección Social. ©

Interventoría: Blanca Elvira Cajigas de Acosta  
Impreso en Colombia



Libertad y Orden

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
Ministro de la Protección Social

**RAMIRO GUERRERO CARVAJAL**  
Viceministro Técnico

**EDUARDO JOSÉ ALVARADO SANTANDER**  
Viceministro de Salud y Bienestar

**JORGE LEÓN SÁNCHEZ MESA**  
Viceministro de Relaciones Laborales

**ALFREDO BERNARDO POSADA VIANA**  
Secretario General

**BLANCA ELVIRA CAJIGAS DE ACOSTA**  
Directora General de Calidad de Servicios



# TABLA DE CONTENIDO

## PRESENTACIÓN

## INTRODUCCIÓN

### Capítulo 1:

#### **POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

1. PROBLEMÁTICA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....	13
2. POLÍTICA NACIONAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	17
2.1. Propósito .....	17
2.2. Principios orientadores de la política.....	17
2.3. Objetivos .....	19
2.4. Ejes de la política, estrategias y líneas de acción .....	19
- Accesibilidad .....	20
- Calidad .....	24
- Eficiencia .....	28

### Capítulo 2:

#### **CONTEXTO DE LA POLÍTICA**

1. ENTORNO SOCIO POLÍTICO Y ECONÓMICO DE COLOMBIA .....	35
1.1. Generalidades.....	35
1.2. Etnias.....	36
1.3. Pobreza y Desempleo.....	37
1.4. Servicios Públicos.....	38
1.5. Educación.....	39
1.6. Orden Público.....	40
2. SECTOR SALUD .....	41
2.1. Coberturas de Aseguramiento.....	41
2.2. Gasto en Salud.....	42
2.3. Descripción de la Situación de Salud.....	44
2.4. Descripción de la oferta nacional de prestadores de Servicios de Salud.....	54
2.5. Caracterización de los Insumos Hospitalarios.....	59
2.6. Caracterización de las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud Públicas.....	61

## BIBLIOGRAFÍA



## Presentación

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que se entrega al país en este documento hace parte del esfuerzo que viene haciendo el Ministerio de la Protección Social por definir un derrotero de mediano y largo plazo para el sector.

Esta propuesta busca convertirse en el marco que promueva una actuación articulada, no solo de los distintos actores que hacen parte de la red de prestadores de servicios públicos y privados de salud, sino de otros sectores, como la academia, las entidades territoriales, los reguladores, los aseguradores, las organizaciones de usuarios y las entidades vinculadas con la investigación y el desarrollo.

Es por esto que para su formulación se realizó un trabajo multidisciplinario e interinstitucional con aportes y sugerencias de entidades territoriales, academia, gremios, instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, lo que permitió al grupo del Ministerio de la Protección Social que trabajó en esta materia, enriquecerla y ajustarla.

En esencia se busca lograr que la información sobre la calidad se convierta en un bien público que permita orientar las decisiones de los agentes en el sistema, modernizar las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar acceso y desarrollar un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio colombiano.

En esta publicación se reafirma el interés del Gobierno Nacional por fortalecer la prestación de los servicios de salud bajo la premisa de lograr una efectiva y digna atención en salud para la población, fin último y primordial del Estado y de todos los actores públicos y privados que hacen parte de esta red de servicios.



**Diego Palacio Betancourt**  
Ministro de la Protección Social





## Introducción

Con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos, se formuló la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. El documento se estructura en dos capítulos, en el primero se presenta la problemática y la formulación de la política propiamente dicha, en el segundo se encuentra el contexto y el ámbito donde ésta se desarrolla.

En la formulación fue fundamental el acuerdo sobre los principios orientadores de la política, los cuales reconocen la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de servicios, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema.

Enmarcada en estos principios la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se desarrolla a partir de tres ejes, **accesibilidad, calidad y eficiencia**, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar en los próximos años.

El ámbito de la política de prestación de servicios está dirigido tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país.

La consecución de los objetivos y el desarrollo de las estrategias y líneas de acción, exigen el compromiso por parte de las autoridades sanitarias nacionales y locales de cumplir con el papel de rectoría y vigilancia, así como un trabajo articulado con los usuarios, la academia, los aseguradores, los prestadores y los gremios para lograr el mejoramiento en el acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud en Colombia.







# capítulo 1

## 1

### Problemática de la Prestación de Servicios de Salud

Múltiples han sido los diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia. Estudios como el realizado sobre la problemática hospitalaria en 1988 por la Previsora SA, el estudio sectorial de salud, los trabajos del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud.

Dicha problemática puede clasificarse en dos grupos, de una parte los **problemas acumulados**, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los **problemas emergentes**, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios políticoadministrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

## 1.1. Problemas Acumulados

### ✓ **Baja capacidad resolutive.**

Se ha evidenciado baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.

### ✓ **Inflexibilidad del régimen laboral del sector público.**

El régimen laboral en los hospitales públicos, está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que le imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación.

### ✓ **Pasivo prestacional de los hospitales públicos.**

Las instituciones públicas aún no han resuelto el tema del pasivo prestacional, en cuanto a clarificar la magnitud y establecer las posibilidades de financiación. Esto pone en riesgo la sostenibilidad y viabilidad de las instituciones del sector público.

### ✓ **Ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología.**

El país no ha desarrollado los suficientes mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo efectivos se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país.

### ✓ **Falta del sistema integral de información en salud .**

La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios.

✓ **Ausencia de un sistema de rendición de cuentas.**

El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación a los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadores.

✓ **Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio.**

El desarrollo y organización de la red de servicios en las regiones y departamentos, en muchos casos no ha respondido a las necesidades y características de la región, lo que ha generado duplicidad e ineficiencia en la prestación de los servicios. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.

✓ **Debilidades en la gestión.**

Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general, no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano.

✓ **No se ha logrado la universalidad en el aseguramiento**

Si bien se han hecho esfuerzos por aumentar las coberturas de aseguramiento y a 31 de diciembre de 2004 el 71% de la población se encontraba asegurada, trece millones de habitantes no contaban con seguro de salud. Se requiere lograr universalización del seguro para obtener mejoras en el acceso a los servicios para la población pobre y vulnerable.

## 1.2. Problemas Emergentes

### ✓ Fragmentación y atomización en la prestación de servicios.

La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención. En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios.

### ✓ El sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información.

Si bien se definió en el país el SOGC, la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.

### ✓ No se ha desarrollado un sistema de incentivos.

La política de incentivos se ha centrado en limitadas acciones para mejorar el prestigio de las instituciones. A la fecha no se ha consolidado una estrategia con incentivos positivos y negativos para los prestadores y aseguradores en el Sistema de Salud. No existen incentivos para la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

### ✓ Desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores.

Existe una situación de permanente disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.

### ✓ Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud.

Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores, básicamente consultan precio, y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados, que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.

### ✓ Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda.

Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público.



# 2

## Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

El Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, consideró de vital importancia formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia.

### 2.1. Propósito

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

### 2.2. Principios Orientadores de la Política

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud:

- Parte de reconocer que el principal objetivo del Sistema es mejorar la salud de la población.
- Se enmarca en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Reconoce la heterogeneidad del país, esto constituye un desafío para la organización de la prestación de servicios de salud, que obliga la búsqueda de esquemas flexibles que den cuenta de las diferencias y que responda a las realidades epidemiológicas, sociales y culturales de la población.
- Promueve los enfoques de atención centrada en el usuario y mejoramiento continuo de la calidad, como ideales de la prestación de servicios de salud.

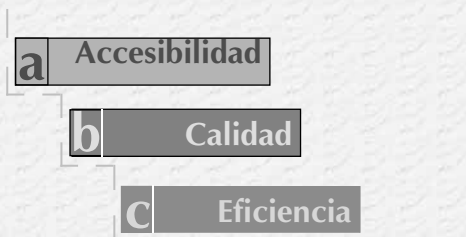
- Admite que la prestación de servicios de salud, se desarrolla en un escenario descentralizado, con definición de competencias, recursos y acciones de control de la prestación de servicios en las entidades territoriales.
- Reconoce que la prestación de servicios se desarrolla en condiciones de ajuste fiscal y en un entorno de competencia.
- Permite el diseño y aplicación de diferentes modelos de prestación de servicios, de manera que su organización de respuesta a las necesidades y condiciones particulares de la población, en especial a la que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Reconoce la necesidad de explorar y fortalecer todas las posibilidades que tienen las comunidades de organizarse para solucionar sus problemas de salud y de articular la respuesta de los prestadores de servicios de salud a las necesidades de sus usuarios.
- Admite la necesidad de generar capacidades e incrementar habilidades en los individuos, grupos, organizaciones, instituciones y comunidad, con el fin de lograr los objetivos y metas del sistema de salud.
- Reconoce la rendición de cuentas como un elemento fundamental para la óptima utilización de los recursos, y para lograr que la población reciba un trato semejante ante necesidades semejantes.
- Reconoce como ámbito de aplicación a prestadores públicos y privados.

## 2.3 Objetivos

- 1** Mejorar el acceso a los servicios de salud.
- 2** Mejorar la calidad de la atención en salud.
- 3** Generar eficiencia en la prestación de servicios de salud y lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

## 2.4. Ejes de la Política, Estrategias y Líneas de Acción

La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud se enmarca en tres ejes estratégicos.



Ejes de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud



# ACCESIBILIDAD

Accesibilidad a los servicios de salud, entendida como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios.

## **En el acceso se pueden identificar tres factores:**

- El que corresponde a la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención.
- El que corresponde al tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral.
- El de las relaciones que se establecen entre la población, los aseguradores, las entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

En este contexto, se tienen en cuenta las siguientes dimensiones:

### **Geográfica**

En términos de distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.

### **Económica**

En términos de la capacidad de pago, de los costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.

### **Cultural**

En términos de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.

### **Organizacional**

En términos de las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

## ESTRATEGIA 1

### **Incremento de la capacidad resolutive de los prestadores de servicios de salud en Colombia.**

#### **Líneas de acción**

1. Acuerdo e intervención nacional para el manejo efectivo de patologías prevalentes y eventos de interés en salud pública, con la participación del Ministerio de la Protección Social, las universidades, las sociedades científicas, aseguradores, entidades territoriales y prestadores.
  - Proyecto para la determinación de patologías prevalentes por región epidemiológica y elaboración, revisión, adopción o adaptación de normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública.
  - Programa nacional para la actualización permanente del personal de salud en la intervención y manejo de los eventos de interés en salud pública y de las patologías prevalentes por región epidemiológica.
2. Identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria.
  - Proyecto para la sistematización, consolidación y difusión de experiencias exitosas de modelos de atención.
3. Apoyo a las entidades territoriales y a las IPS en la identificación e incorporación de tecnologías costoefectivas.
  - Programa de evaluación e incorporación de tecnologías costo efectivas para prestadores de servicios de salud.

## ESTRATEGIA 2

**Desarrollo y fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud, para garantizar disponibilidad, continuidad e integralidad en la atención.**

### Líneas de acción

1. Fortalecimiento de la capacidad de dirección, organización, gestión y control de redes por parte de las entidades territoriales.
  - Programa de apoyo técnico a direcciones territoriales en salud para el mejoramiento de la gestión de las redes de servicios de salud.
  - Proyecto para la revisión y modernización del sistema de referencia y contrarreferencia.
2. Desarrollo y consolidación del sistema de información en el componente de prestación de servicios.
  - Proyecto de apoyo para el desarrollo del sistema de información en salud en el componente de prestación de servicios
3. Definición de lineamientos y criterios para la consolidación de redes de servicios prioritarios a nivel local, regional y nacional.
  - Programa Red Nacional de Urgencias
  - Programa nacional para el desarrollo y fortalecimiento de las redes de servicios prioritarios.
4. Definición de los lineamientos normativos para la regulación de la oferta en el territorio nacional.
  - Revisión y ajuste del marco regulatorio del crecimiento de la oferta de servicios de salud.
5. Impulso al desarrollo de la telemedicina
  - Programa nacional para el desarrollo de la telemedicina

## ESTRATEGIA 3

**Ampliación de las coberturas de aseguramiento, reconociendo la necesidad de mantener subsidios de oferta en los lugares que por condiciones territoriales y de mercado lo requieran.**

### Líneas de acción

1. Desarrollo de nuevos mecanismos de ampliación de coberturas de aseguramiento en el Sistema.
  - Desarrollo e implantación de una metodología de transformación de subsidios de oferta a demanda.
  - Estudio de alternativas de ampliación de coberturas en población trabajadora informal.
2. Desarrollo de mecanismos para garantizar la oferta en donde las condiciones de mercado no operan o donde se requiere mantener el subsidio a la oferta.
  - Proyecto de evaluación y análisis permanente de las condiciones de la oferta de servicios de salud en Colombia.
  - Estudio, revisión y alternativas de garantía de la oferta de servicios.

# CALIDAD

La calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios accesibles, equitativos, con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El eje de calidad en la política de prestación de servicios se concibe como un elemento estratégico que se basa en dos principios fundamentales: el mejoramiento continuo de la calidad y la atención centrada en el usuario.

CALIDAD

## ESTRATEGIA 4

**Fortalecimiento de los sistemas de habilitación, acreditación y auditoría, con el fin de disminuir los riesgos asociados a la atención e incrementar el impacto de los servicios en la mejora del nivel de salud de la población.**

### Líneas de acción

1. Fomento al uso permanente por parte de los prestadores y entidades administradoras de planes de beneficios, de los estándares de acreditación y de las metodologías de auditoría.
  - Proyecto para el desarrollo e implementación del Sistema Único de Acreditación.
  - Proyecto para la implementación y monitorización de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
2. Desarrollo y consolidación a nivel territorial del Sistema Único de Habilidadación.
  - Proyecto de consolidación, seguimiento y ajuste del Sistema Único de Habilidadación.
3. Definición de un marco de referencia de indicadores de calidad para el país, que incluya estándares (umbrales) indicativos de la calidad esperada.
  - Proyecto definición y actualización periódica de los estándares de calidad de la atención en salud.
  - Proyecto de indicadores, estándares y umbrales indicativos de calidad esperada.



## ESTRATEGIA 5

### **Empoderamiento del usuario y sus formas asociativas a través del desarrollo del Sistema de Información en Calidad.**

#### **Líneas de acción**

1. Elaboración, difusión y publicación periódica de los resultados sobre calidad de aseguradores y prestadores, con el fin de incentivar la competencia institucional por la calidad de la atención.
  - Proyecto informe nacional sobre la calidad de los servicios de salud en prestadores y aseguradores.
  - Proyecto desarrollo del observatorio de la calidad: banco de metodologías de auditoría, procesos de mejoramiento, indicadores y estándares de calidad en la atención.
2. Fortalecimiento de los mecanismos de participación social, en los procesos de evaluación y mejoramiento de la calidad.
  - Proyecto de fortalecimiento de la libre elección en el SGSSS, como mecanismo de refuerzo de la calidad en salud y del empoderamiento del usuario.
  - Proyecto de apoyo a los mecanismos de participación en los procesos de evaluación de calidad.

## ESTRATEGIA 6

### Desarrollo y mejoramiento del talento humano en salud.

#### Líneas de acción

1. Desarrollo de un sistema de recertificación y registro único nacional del personal de salud.
  - Proyecto de recertificación del personal en salud.
  - Proyecto de registro único nacional del personal en salud.
2. Definición e implementación de los criterios de calidad para los escenarios de práctica y hospitales universitarios.
  - Proyecto Red Docencia Servicio.
  - Proyecto para la promoción del desarrollo de la investigación en los hospitales universitarios.
3. Promoción de una cultura de ética, en los trabajadores del sector salud
  - Proyecto de apoyo al desarrollo de la iniciativa del programa nacional de bioética.

## ESTRATEGIA 7

**Fortalecimiento de los procesos de evaluación e incorporación de tecnología biomédica.**

### **Líneas de acción**

1. Implementación del Sistema Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud.
  - Proyecto Sistema Nacional de Evaluación de Tecnología en Salud.
2. Apoyo a la implantación de la Política Farmacéutica Nacional.
  - Programa de monitoreo y seguimiento a la política farmacéutica nacional.

## EFICIENCIA

En esencia, el eje de eficiencia se refiere a la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.

Si existen dos estrategias de asistencia, igualmente eficaces o efectivas, la menos costosa es la más eficiente.

EFICIENCIA

## ESTRATEGIA 8

**Reorganización y rediseño de la red de prestadores públicos de servicios de salud del país.**

### Líneas de acción

1. Apoyo técnico y financiero a entidades territoriales para el rediseño, reorganización y ajuste de las redes de prestación de servicios y de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.
  - Programa reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud.
2. Apoyo a las entidades territoriales para la revisión, ajuste y saneamiento de los pasivos prestacionales de los prestadores públicos de servicios.
  - Proyecto para el ajuste y saneamiento del pasivo prestacional de los prestadores de servicios.
3. Monitoreo a la gestión de la red pública.
  - Definición e implantación del sistema de seguimiento a la gestión asistencial, administrativa y financiera de los prestadores públicos.
  - Actualización del catastro físico hospitalario.

## ESTRATEGIA 9

**Generación de mecanismos jurídicos, administrativos y técnicos para la modernización institucional de los prestadores públicos.**

### Líneas de acción

1. Revisión y ajuste del régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado.
  - Revisión, ajuste y modernización del régimen de la naturaleza jurídica de las Empresas Sociales del Estado.
  - Evaluación, revisión y ajuste del régimen salarial de las Empresas Sociales del Estado.
  - Desarrollo del marco regulatorio para la evaluación de la gestión de gerentes y juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado.
  - Desarrollo del marco regulatorio para la operación conjunta de entidades territoriales en la prestación de los servicios.
  - Desarrollo del régimen de fusiones y supresiones de Empresas Sociales del Estado.
2. Fomento a nuevas formas de operación de los prestadores públicos con participación del sector privado y/o solidario y/o tercer sector.
  - Proyecto para la participación del sector privado, solidario y tercer sector en la operación de los prestadores públicos.

## ESTRATEGIA 10

### Desarrollo e implantación del sistema de incentivos para los prestadores de servicios

#### Líneas de acción

1. Diseño y desarrollo de nuevas formas de contratación y pago de los servicios ambulatorios y hospitalarios.
  - Identificación, evaluación y desarrollo de formas de contratación y pago de los servicios hospitalarios y ambulatorios.
2. Formulación del sistema de incentivos para el talento humano del sector salud.
  - Programa de incentivos para el talento humano en el sector salud.
3. Desarrollo de mecanismos de reconocimiento de los logros en calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud y empresas promotoras de salud, como parte del sistema de incentivos.
  - Programa de reconocimiento a las Instituciones por los logros en calidad.
  - Proyecto líneas de crédito blando para reposición de tecnología biomédica y reforzamiento hospitalario.
5. Fomento a las mejores prácticas asistenciales, administrativas y financieras en los prestadores de servicios.
  - Constitución y desarrollo del banco de mejores prácticas asistenciales, administrativas y financieras en los prestadores de servicios.
  - Programa de transferencia de tecnología entre prestadores de servicios de salud.
10. Desarrollo de un sistema de rendición de cuentas para cada una de las instancias responsables de la dirección y operación de las redes de servicios: Ministerio, Departamentos, Municipios, Distritos y Prestadores Públicos.
  - Programa de rendición de cuentas de responsables y gestores de redes.

## ESTRATEGIA 11

**Desarrollo de un sistema de precios de referencia y de unificación y normalización de procesos y requerimientos entre Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Ministerios, Superintendencia, Departamento Nacional de Planeación, Entidades Territoriales y Aseguradores.**

### Líneas de acción

- 1 Definición de manual de tarifas mínimas de referencia para la prestación de servicios de salud en Colombia.
  - Proyecto manual de tarifas para la prestación de servicios de salud.
2. Apoyo a trabajos conjuntos entre aseguradores y prestadores para lograr consensos y estandarización de procesos.
  - Proyecto para los consensos entre aseguradores y prestadores.
3. Implementación del sistema único de reporte de información para prestadores.
  - Proyecto interinstitucional de información de prestadores.

# Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud

# Capítulo 2

## Contexto de la Política





# I. Entorno Socio Político y Económico de Colombia

## 1.1. Generalidades

Colombia tiene una extensión territorial de 1.138.910 Kms<sup>2</sup>. Desde el punto de vista político-administrativo, el país cuenta con 32 departamentos, 1.095 municipios y cuatro distritos, incluyendo el Distrito Capital (Bogotá). Es de destacarse la gran heterogeneidad en las características y tamaños de éstos, ya que más del 88% de los municipios cuentan con menos de 50.000 habitantes, y éstos representan menos del 35% de la población nacional. Al contrario, casi el 35% de la población se concentra en menos del 1% de los municipios, cada uno de los cuales cuenta con más de 500.000 habitantes.

**Tabla 1. Distribución de frecuencia de los municipios por tamaño de la población total proyección 2005**

Población	Distritos - Municipios Corregimientos Departamentales		Población total	
	Número	%	Número	%
Hasta 5.000	138	12,4	440.336	1,0
De 5.001 a 10.000	258	23,1	1.914.919	4,2
De 10.001 a 50.000	594	53,2	12.898.870	28,0
De 50.001 a 100.000	73	6,5	4.958.511	10,8
De 100.001 a 250.000	28	2,5	3.937.008	8,6
De 250.001 a 500.000	17	1,5	5.933.809	12,9
De 500.001 a 1.000.000	3	0,3	1.841.720	4,0
De 1.000.001 a 5.000.000	4	0,4	6.934.049	15,1
Más de 5.000.000	1	0,1	7.185.889	15,6
Total	1.116	100,0	46.045.111	100,0

Fuente: Proyecciones DANE para 2005, a partir del Censo de 1993

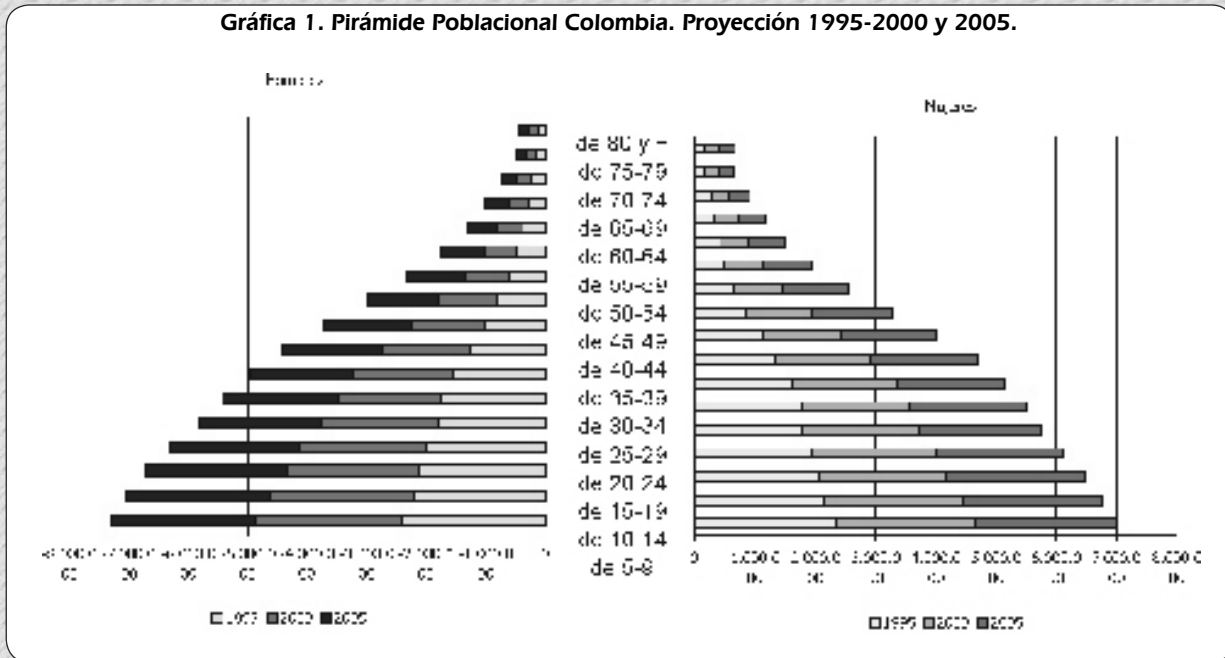
De la población calculada para el año 2005, el 50,55% son mujeres (23.275.804 habitantes), y el 49,45% hombres (22.769.307 habitantes); la proporción de población menor de 15 años es de 31%, la de población adolescente entre 15 y 19 años es de 9,4%, las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años corresponden al 27,2%, y la de población de 60 años y más alcanza el 7,4%; adicionalmente, el 72,67% reside en las cabeceras municipales y el 27,33% habita en la zona rural.

En Colombia la edad mediana es de 25,43 años, la esperanza de vida al nacer de 72,17 años, el índice de masculinidad es de 97,8 hombres por cada 100 mujeres, la razón de niños-mujer es de 0,38 niños entre 0 y 4 años por cada mujer en edad fértil, y la relación de dependencia es de 561,5 por cada mil personas en edad económicamente activa.

El país se encuentra en el proceso de transición epidemiológica<sup>1</sup>, la expectativa de vida al nacer ha pasado de 55,14 años en 1955, a 72,17 años en 2004; descenso de la tasa de fecundidad, pasando de 7 hijos por mujer en el período 1950–1955 a 2,62 hijos en el año 2000 y 2.4 hijos para el 2005, según lo observado en la ENDS (Encuesta Nacional de Salud) de 2005. La misma encuesta establece diferencias para la zona urbana y rural, encontrándose que en la zona urbana la tasa de fecundidad pasó de 2.3 a 2.1 y en la zona rural de 3.8 a 3.4 respectivamente.

<sup>1</sup> Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, OPS/OMS Colombia Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003, Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.

De acuerdo con los resultados de la ENDS, para el 2005 la tasa bruta de natalidad es de 20 nacidos vivos por mil habitantes y la tasa bruta de mortalidad de 6.0 por mil habitantes.



Fuente: Proyección DANE censo 1993

## 1.2. Etnias

**Población Indígena.** La población indígena en Colombia asciende a 785.356 habitantes, los cuales son miembros de 82 pueblos y habitan en la mayoría de los departamentos y municipios del país. La mayor concentración se encuentra en los departamentos de Vaupés (69,9% de la población del departamento), Guainía (50,67%), Amazonas (44,54%), La Guajira (27,15%), Vichada (24,78%), y Chocó (8,85%).<sup>2</sup>

**Población Afrocolombiana.** Frente al total de la población departamental, el Chocó cuenta con el mayor porcentaje de afro colombianos (con un 85% aproximadamente), seguido por Magdalena (72%), Bolívar (66%), y Sucre (65%). En términos absolutos, los departamentos con mayor número de habitantes afrocolombianos son, Valle del Cauca (1.720.257 habitantes aproximadamente), Antioquia (1.215.985) y Bolívar (1.208.181).<sup>3</sup>

**Población raizal.** Habitan el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, donde de los 80.000 habitantes, según los datos del DANE, en el año 2002, 42,6% de la población se definió como raizal. El pueblo raizal ha conservado un idioma propio, el criollo sanandresano, uno de los dos idiomas criollos hablados en territorio colombiano.<sup>4</sup>

**Población ROM.** En el año 2002 se estimó que el número de gitanos con ciudadanía colombiana estaba entre 5.500 y 8.000 personas.

<sup>2</sup> [www.mininterior.gov.co](http://www.mininterior.gov.co) - Dirección de Etnias.

<sup>3</sup> DNP. Comisión para la formulación del Plan Nacional de Desarrollo de la población afrocolombiana \* 1998

<sup>4</sup> DNP. Bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. Capítulo III. Construir Equidad Social

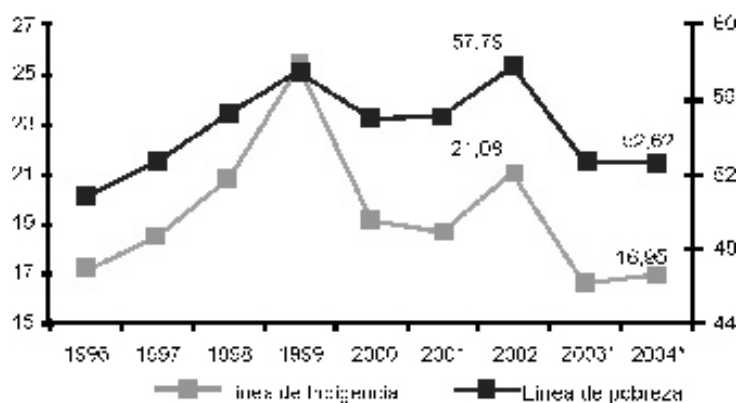
### 1.3. Pobreza y Desempleo

En 2004 la población por debajo de la línea de pobreza fue 52,62%, es decir, 5,17 puntos porcentuales menos que la cifra registrada en el 2002 (57,79%). A su vez, y para el mismo período, la población por debajo de la línea de indigencia disminuyó de 21,08% a 16,95%. Gráfica 2.<sup>5</sup>

Con respecto a la distribución del ingreso en Colombia en el período comprendido entre 1996 – 2003, la desigualdad ha aumentado, ya que de un coeficiente de Gini<sup>6</sup> de 0,544 en 1996 se pasó a un coeficiente de 0,563 en 2003.

La Encuesta de Hogares<sup>7</sup> en el boletín de julio de 2005 destaca que de la población total del país proyectada a julio de 2005 el 76,7% estaba en edad de trabajar, el 46,6% correspondía a población económicamente activa, el 88% estaba ocupada, y el 12% desocupada. Si bien con respecto al año 2004 la población ocupada se incrementó en 546.000 personas (3,1%), la población desocupada igualmente se redujo un 6,8%, no ocurriendo lo mismo con la población inactiva, que presentó un aumento de 2,6%. Una situación similar se presenta con los subempleados, que crecieron en el 7,7%<sup>8</sup>.

**Gráfica 2. Líneas de pobreza e indigencia Colombia 1996 – 2004**  
(porcentaje del total de la población)



Fuente: DNP – Reporte de Evaluación No. 26 Julio 2005

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el informe de Desarrollo Humano del año 2004 destaca que durante los últimos 14 años el país avanzó de manera continua en materia de desarrollo humano, con excepción de los años 1998, 1999 y 2002. Según este informe, el Índice de Desarrollo Humano (IDH)<sup>9</sup> presentó un incremento por encima del 7% entre 1991 y 2003 (de 0,728 a 0,781), ubicando a Colombia en el puesto 77 entre 177 países.

<sup>5</sup> Balance Resultados Plan Desarrollo a 3 años. Bogotá Julio de 2005

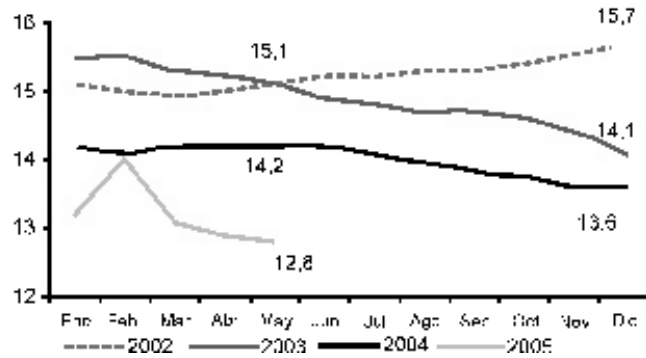
<sup>6</sup> El Coeficiente de Gini se basa en la distribución acumulada de los ingresos. Un valor de 0 implica que los ingresos están perfectamente distribuidos entre los individuos más pobres y los más ricos. Ha medida que la distribución tiende a 1 significa que los ingresos se están concentrando en los individuos más ricos.

<sup>7</sup> Es la investigación del DANE que permite conocer el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo de la población del país.

<sup>8</sup> Departamento Nacional de Estadística, DANE. Bogotá, D.C., Colombia. Agosto 31 de 2005.

<sup>9</sup> El Índice de Desarrollo Humano incorpora como variables para su cálculo la esperanza de vida, el nivel educativo de los individuos, y el nivel de ingreso.

**Gráfica 3. Tasa de desempleo. Promedio Nacional 2002-2004**

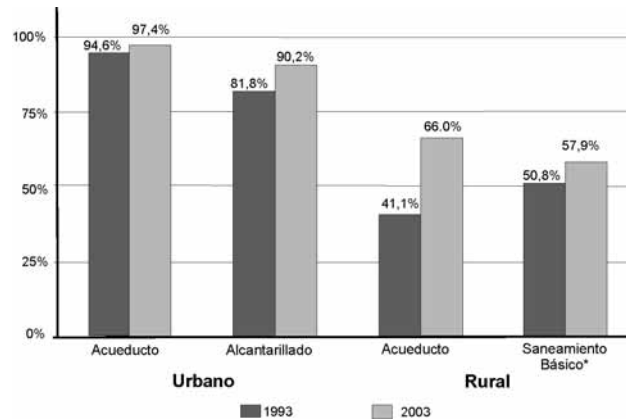


Fuente DNP – Reporte de Evaluación No. 26 Julio 2005

## 1.4. Servicios Públicos

Agua potable. Durante los últimos años, las coberturas nominales (sin tener en cuenta las deficiencias en continuidad o calidad del agua), de acueducto y alcantarillado urbanas y rurales han venido incrementándose, aunque aún se presentan algunos rezagos significativos en departamentos de las costas atlántica y pacífica. En las cuatro principales ciudades (Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali), las coberturas se acercan al 100%, en el resto de capitales departamentales (Pasto, Ibagué, Yopal, Santa Marta, Florencia, Cartagena, Cúcuta, Montería y las ciudades de los antiguos territorios nacionales) se observan coberturas inferiores al 90%.

**Gráfica 4. Variación de la cobertura de agua potable en zona urbana y rural. 1993-2003**

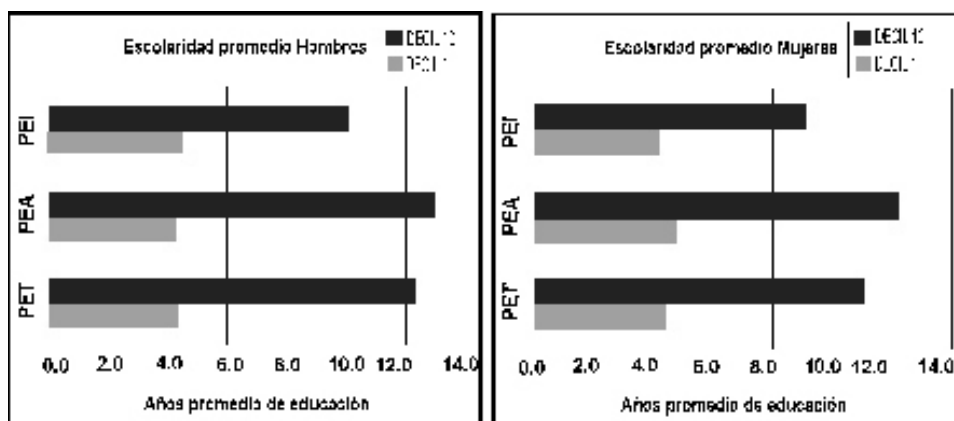


FUENTE: DNP. Consulta temática- Indicadores del sector. 2005.

## 1.5. Educación

En el componente de educación, es importante resaltar los avances logrados en el acceso en el período 1997-2003. Los esfuerzos han estado concentrados en disminuir la deserción a nivel de primaria, con lo que se ha logrado aumentar el porcentaje de niños que terminan este nivel y, adicionalmente, mejorar el acceso a la secundaria. Mientras en 1997, sólo el 74% de los jóvenes de 12 a 17 años terminaban la primaria, en 2003 esta cifra se encuentra 8 puntos porcentuales por encima (82%). Además el acceso a la educación secundaria ha aumentado casi 9 puntos, pasando de 67% en 1997 a 76% en 2003.<sup>10</sup>

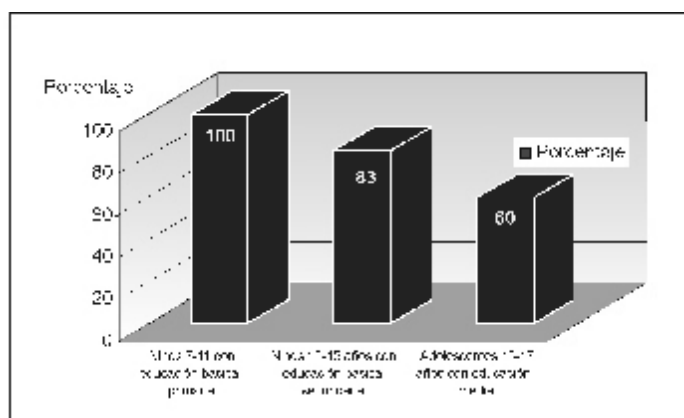
Gráfica 5. Escolaridad promedio Hombres y Mujeres



Fuente: Cálculos PNDH – DNP con base en DANE-ECV 1997 y 2003

En general, para el año 2004, se encontraba una tasa de analfabetismo en población mayor de 15 años de 7,18%, y niveles de cobertura neta de población por grupos de edad que asiste a la escuela entre 100 y 60%.

Gráfica 6. Coberturas netas de población que asiste a la escuela o a la educación media. 2004



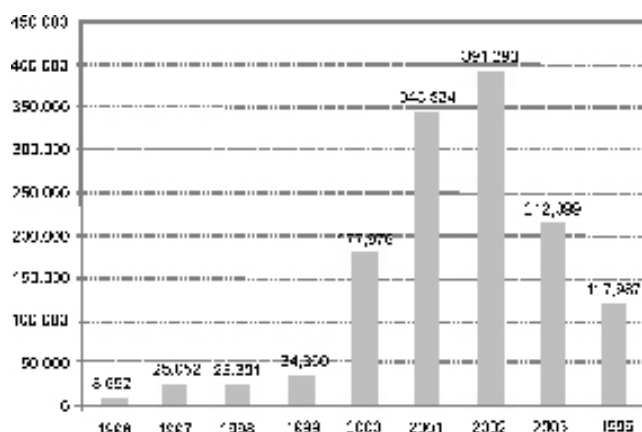
Fuente: MinEducación. Analfabetismo y Cobertura. 2004

<sup>10</sup>Departamento Nacional de Planeación - Archivos de Economía - Evolución de los resultados de la educación en Colombia (1997-2003)

## 1.6. Orden Público

Desde hace varias décadas, el país afronta dificultades de orden público que han generado el desplazamiento forzado de la población principalmente de las áreas rurales. En 2004 según cifras de la Red de Solidaridad Social, la población desplazada ascendía a 1.594.831 personas.

Gráfica 7. Número de personas desplazadas por la violencia a Nivel Nacional 1996-2004



Fuente: Observatorio de Minas Antipersonales  
DNP - DJS Cifras de Violencia 2004

Por otro lado, en la reincorporación a la sociedad de los ciudadanos que abandonan las armas, según las estadísticas del Programa de Atención Humanitaria al Desmovilizado, en lo corrido del actual gobierno se han acogido al programa alrededor de 8 mil personas.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> [www.mindefensa.gov.co](http://www.mindefensa.gov.co)

## 2. Sector Salud

En esta sección, se describe de manera general aspectos relacionados con el sector salud, se incluye, comportamiento del aseguramiento de la población, la tendencia del gasto en salud con relación al porcentaje del producto interno bruto, la descripción de la situación de salud y de la oferta nacional de prestadores de servicios de salud.

### 2.1. Coberturas de Aseguramiento

#### - Régimen Subsidiado

Al cierre del año 2003, se encontraban afiliadas al régimen subsidiado un total de 11.867.947 personas. Durante el año 2004, la ampliación de cobertura registrada en el país fue de 3.685.527 nuevos afiliados, con lo cual, al cierre del año 2004 se registra un total de 15.553.474 colombianos afiliados al Régimen Subsidiado en Salud<sup>12</sup>. Esta ampliación de cobertura es la más importante registrada desde que se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se pasó de una ampliación de cobertura de 423.944 afiliados en el año 2003 a 3.685.527 nuevos afiliados en el 2004, registrándose un incremento de cobertura de afiliación al régimen subsidiado superior al 800%. Tabla 2.

Del total de nuevos afiliados que ingresaron en el año 2004 al régimen subsidiado, 1.788.069 personas están cubiertos con subsidios parciales y 1.897.458 afiliados tienen cobertura mediante subsidios plenos.

Tabla 2. Comportamiento de la afiliación al régimen subsidiado. 1998-2004

Año	Población Asegurada	% Variación
1998	8.527.061	
1999	9.325.832	9,37
2000	9.510.566	1,98
2001	11.069.182	16,39
2002	11.444.003	3,39
2003	11.867.947	3,70
2004	15.553.474	31,05

Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda. MPS 2005.

#### - Régimen Contributivo

A diciembre de 2004, el número de afiliados compensados<sup>13</sup> fue de 14.857.250, superior en un 7.62% al reportado en la vigencia anterior. Tabla 3. De ellos, el 45.94% (6.824.968) corresponde a cotizantes y el 54.06% (8.032.282) a beneficiarios.

Con respecto, al período 2002 – 2004 se presenta un aumento en la afiliación de 1.691.787 personas que representa un cumplimiento de la meta del Gobierno en el cuatrienio en un 130%, que es de 1.300.000

<sup>12</sup> Acuerdo 277 del 6 de Diciembre de 2004, Por el cual se define un período de contratación en el régimen subsidiado; Acuerdo 280 del 16 de Diciembre de 2004, por el cual se define un período de contratación en el régimen subsidiado

<sup>13</sup> Por el cual se define el periodo para la entrada en vigencia de la metodología de reasignación de recursos del Sistema General de Participaciones. De acuerdo al ciclo de compensación, con corte al 26 de mayo del 2005. Por el cual se define el periodo para la entrada en vigencia de la metodología de reasignación de recursos del Sistema General de Participaciones.



nuevos afiliados al régimen contributivo del sistema General de Seguridad Social en Salud. Frente a la vigencia anterior, se observa un aumento en la afiliación de 1.052.049 nuevos afiliados.

El anterior aumento se explica por el comportamiento favorable de las variables económicas durante el año 2004, a la promoción de la afiliación y en especial en los sectores con capacidad de pago parcial, agrupados en gremios, sector informal y trabajadores independientes preservando el equilibrio financiero del SGSSS, y a los controles adicionales en los sectores con mayor riesgo de evasión con el objeto que afilien a sus trabajadores, entre otros.

El Régimen Contributivo a través de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA presenta un valor total de las cotizaciones –Recaudo Proceso de Compensación UPC– Sin Situación de Fondos para el año 2004 de \$4.664.931 millones.

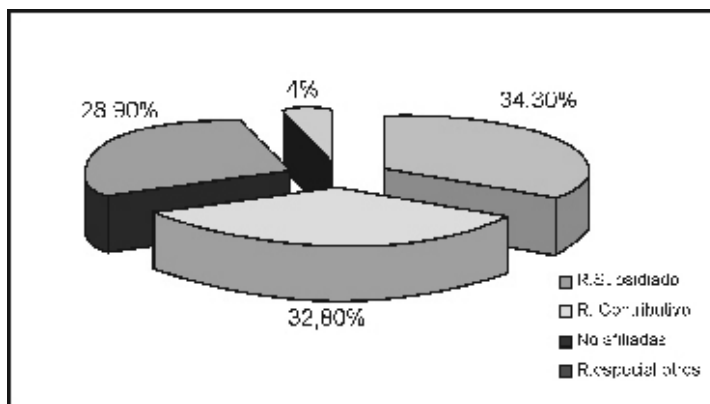
**Tabla 3. Comportamiento de la afiliación al Régimen Contributivo. 2001-2004**

Año	Población Asegurada	% Variación
2001	13.335.932,00	
2002	13.165.463,00	-1,28
2003	13.805.201,00	4,86
2004	14.857.250,00	7,62

Fuente: Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones. MPS 2005.

Para Diciembre de 2004, la población asegurada se distribuía de la siguiente manera:

**Gráfica 8. Distribución población por tipo de aseguramiento. 2004**



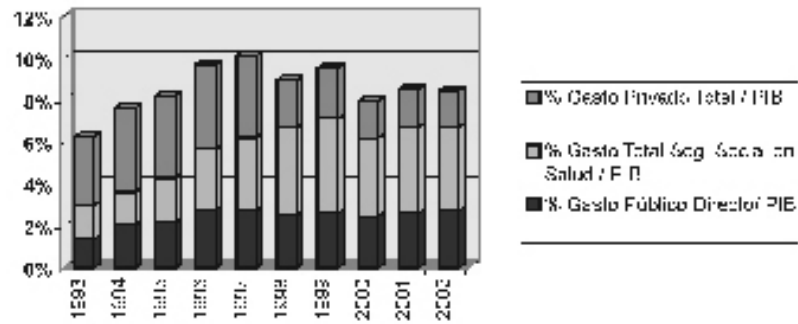
Fuente: Dirección General de Gestión de la Demanda. MPS 2005.

## 2.2. Gasto en Salud

Con respecto al gasto en salud, de acuerdo con el sistema de cuentas de salud en Colombia<sup>14</sup>, los recursos públicos y privados destinados para la salud, han pasado del 6% del PIB en 1993 al 10% en 1997, y al 8.2% en el año 2002. Gráfica 9.

<sup>14</sup> Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Cuentas de Salud en Colombia. Bogotá, D. C. 2002.

**Gráfica 9. Gasto en salud como porcentaje del PIB 1993-2002**

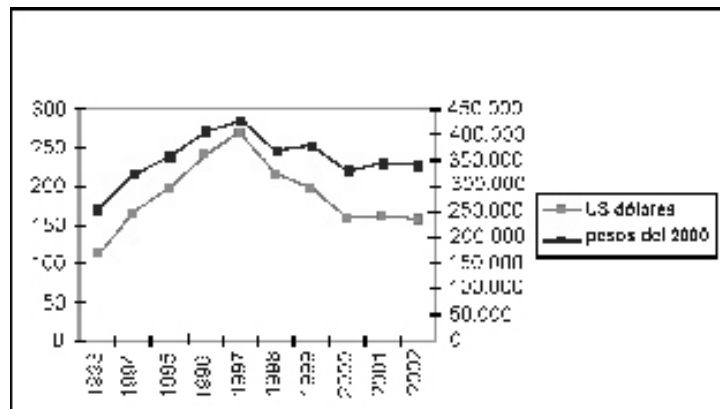


Fuente: MPS PARS-DNP Cuentas en salud – Versión preliminar.

De acuerdo con el trabajo “Principales estudios sobre la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud”<sup>15</sup>, el gasto en salud en el año 2004 sería de 18.4 billones de pesos, equivalentes al 9.1% del PIB.

En la gráfica 10 se observa que el gasto per cápita en salud creció de manera permanente en el periodo 1993-1997, y a partir del año 2000 el gasto se ha estabilizado en aproximadamente \$345.000 para 2002.<sup>16</sup>

**Gráfica 10. Gasto en salud per cápita (pesos y dólares). Colombia 1993-2002**



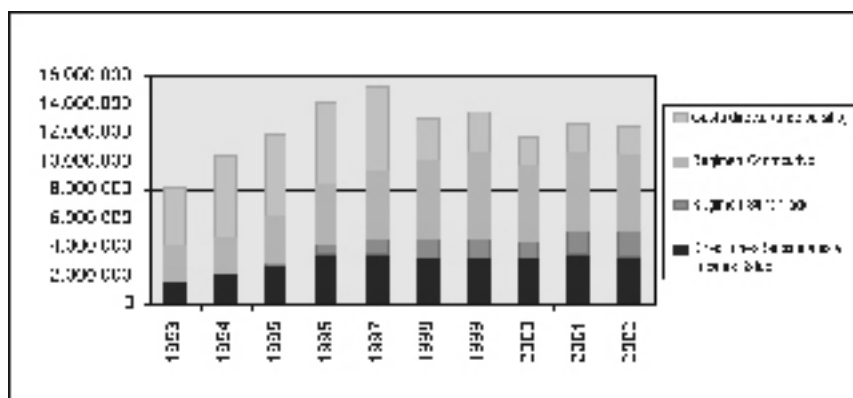
Fuente: MPS PARS – DNP Cuentas en Salud – Versión preliminar

Al desagregar el gasto en salud en sus principales componentes, en la gráfica 11 se observa que el gasto público total y el gasto en seguridad social en salud régimen contributivo crecen, mientras que el gasto privado total que lo integran seguros privados, medicina prepagada, planes complementarios, SOAT y gasto de bolsillo, disminuyen de manera importante.

<sup>15</sup> Principales Estudios sobre la Sostenibilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Fundación Corona – Universidad del Rosario, Octubre 2004

<sup>16</sup> MPS PARS – DNP Cuentas de Salud Versión preliminar. Documento publicado en SALUDCOLOMBIA Edición No. 75

Gráfica 11. Gasto por grandes componente en Salud. Colombia 1993-2002



Fuente: MPS PARS-DNP Cuentas en salud – Versión preliminar.

## 2.3. Descripción de la Situación de Salud

Durante los últimos años, la conceptualización sobre la salud, ha sufrido un proceso de transformación en respuesta a los cambios que vive el mundo en el ámbito político, social, económico y técnico. Cabe anotar que el concepto de salud ha superado la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social.

En el país las cifras disponibles del 2001<sup>18</sup>, indican que la principal causa de mortalidad de la población colombiana son las enfermedades crónicas, de las cuales la primera causa es la enfermedad isquémica del corazón en personas de 45 y más años de edad con una tasa de 205,2 defunciones por 100 mil habitantes, seguida por las enfermedades cerebro vasculares en personas de 45 y más años de edad con una tasa de 119,1 defunciones por 100 mil habitantes, y las enfermedades del aparato circulatorio con una tasa de 118,9 defunciones por 100 mil. Igualmente, se destaca la mortalidad por neoplasias de todo tipo con una tasa de 65,4 defunciones por 100 mil habitantes.

### 2.3.1. Mortalidad Infantil

En Colombia la tasa de mortalidad infantil (MI)<sup>19</sup>, es uno de los indicadores de salud que ha logrado mayor descenso y transformación en su estructura durante los últimos años, pasando de 123,2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en 1950 a 19 defunciones por mil nacidos vivos en el año 2005, según la ENDS-2005. En esta transformación se mantienen marcadas diferencias entre la zona urbana y rural, con tasas de 17 y 24 defunciones por mil nacidos vivos, respectivamente.

Según el DANE, en el año 2001, el porcentaje de defunciones de niños de uno a cinco meses, donde se concentra la mortalidad infantil, solo el 1,1% de las muertes estuvieron asociadas con enfermedades prevenibles por vacunación. Sin embargo, por razones de diagnóstico incorrecto y clasificación errada de las defunciones resultantes, estas cifras podrían subestimar una proporción de defunciones prevenibles por la vacunación<sup>20</sup>. Esta proporción ha sido estimada en un 7,4% del total.

<sup>18</sup> DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Registro de nacimientos y defunciones del año 2001. Los datos de mortalidad son crudos, validados, sin ajustar por subregistro.

<sup>19</sup> Colombia Estimaciones departamentales de la mortalidad infantil 1985-1993 DANE1998

Para 2002, las primeras causas de muerte en menores de 1 año fueron en su orden las siguientes: trastornos respiratorios específicos del período perinatal (27,9%), anomalías congénitas (17,3%), otras afecciones originadas en período perinatal (8,2%), infección respiratoria aguda (7,1%), y sepsis bacteriana del recién nacido (6,0%).

### 2.3.2. Nutrición Infantil

En la última década los estudios muestran disminución en la prevalencia de desnutrición global (peso bajo para la edad) en menores de 5 años, de 10% en 1990, a 8,4% en 1995, a 6,7% en 2000 y se situó en 7% en 2005. La desnutrición crónica (talla baja para la edad), disminuyó del 16% en 1990, a 15% en 1995, al 13% en 2000 y a 12% en 2005 (ENDS-2005). En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2005<sup>21</sup>, la desnutrición aguda (peso bajo para la talla), se presenta en el 1% de los niños. Se notan diferencias regionales marcadas y la zona rural resulta más afectada para estos indicadores. En los últimos 5 años, el indicador que mayor porcentaje de cambio presentó fue el de peso para la talla.

Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, ENSIN-2005, realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la valoración antropométrica reportó retraso de crecimiento y bajo peso, especialmente notorios en el grupo de 10-17 años y en gestantes respectivamente, como se presenta en la siguiente tabla:

**Tabla 4. Valoración antropométrica según rango de edad. 2005.**

Rango de edad	Tipo de deficiencia
0 - 4 años	Retraso Crecimiento 12%
5 - 9 años	Retraso Crecimiento 12,6%
10 - 17 años	Retraso Crecimiento 16,2%
18 - 64 años	Bajo peso: 3,7%
Gestantes	Bajo peso: 20,7%

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. 2005

La prevalencia de anemia, como carencia específica, es de 23% en el país<sup>22</sup>. Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN)-2005, la valoración del estado nutricional por indicadores bioquímicos, muestra los siguientes resultados. Tabla 5.

**Tabla 5. Valoración por indicadores bioquímicos según rango de edad. 2005.**

Rango de Edad	% anemia
1 - 4 años	33,2
5 - 12 años	37,6
Mujeres 13 a 49 años	32,8
Gestantes	44,7
	% deficiencia vitamina A
1 - 4 años	5,9

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. 2005

<sup>20</sup> Esto puede ser el caso cuando los síntomas de distintas enfermedades son similares, como es el caso con H. Influenza y neumonías.

<sup>21</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. 2005

<sup>22</sup> Deficiencia de hierro, vitamina A y prevalencia de parasitismo intestinal en la población infantil y anemia Nutricional en mujeres en edad fértil, Colombia 1995-96.

La prevalencia nacional de deficiencia de vitamina A (nivel de retinol en plasma), en menores de 5 años fue de 14.2%, en 1995, cifra que de acuerdo con la OMS indica un problema moderado de salud pública. El grupo de edad más afectado es el de 24 a 35 meses y la región con mayor prevalencia es la Pacífica, con un 20%. Según la Encuesta Nacional de la situación Nutricional en Colombia ENSIN. 2005, la deficiencia de vitamina A, en el grupo de 1-4 años, se situó en 5.9%, lo que muestra una mejoría notable en este grupo de edad, con relación a lo encontrado en 1995.

Igualmente, la ENSIN-2005, determinó los tipos de deficiencias de ingesta en los hogares de la muestra como se observa en la tabla 6.

**Tabla 6. Tipo de deficiencia de ingesta según hogares. 2005.**

Tipo de deficiencia	% hogares
Proteínas	36,0
Calcio	85,8
Zinc	62,3

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. 2005

Dentro de la encuesta ENSIN-2005, se estimó el grado de inseguridad alimentaria en los hogares que participaron en el estudio, como se aprecia en la Tabla 7.

**Tabla 7. Porcentaje de hogares en inseguridad alimentaria. 2005.**

Grado de inseguridad alimentaria	% hogares
Leve	26,1
Moderada	11,2
Severa	3,6
Total Inseguridad Alimentaria	40,9

Fuente: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. ENSIN. 2005

### **2.3.3. Enfermedades prevalentes de la infancia: Enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda**

Las enfermedades diarreicas -EDA- continúan siendo un problema de salud pública, pues ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en menores de cinco años, sobre todo en los municipios con menor grado de desarrollo; de igual modo la infección respiratoria aguda -IRA-, que constituye la primera causa de consulta médica.

Según datos disponibles, entre 1992 y 2002 la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años pasó de 45,9 por 100.mil habitantes a 19,3 defunciones en 1996, y a 18,7 por 100 mil habitantes en 2002.

La mortalidad por IRA pasó de 47,9 por 100 mil habitantes en 1990, a 34,2 por 100 mil habitantes en el año 2000, y a 25,5 en el 2002.

### 2.3.4. Enfermedades inmunoprevenibles

Frente al descenso de coberturas de vacunación, registrado durante los primeros años de implantación del nuevo sistema de salud, a partir del año 2000 las mismas se han venido incrementando. No obstante, es preciso tener en cuenta que las actuales coberturas no pueden compararse con las coberturas al inicio de la década de los noventa, cuando se disponía de información sobre población susceptible más real que la actual y cuando el esquema de vacunación de PAI era más simplificado.

**Tabla 8. Coberturas de vacunación (%) en menores de un año. Colombia 1994-2004**

Vacuna	1994	2000	2001	2002	2003	2004
Anti-Polio	92,0	81,9	80,5	82,9	92,2	89,0
DPT	88,2	77,8	77,6	80,5	91,8	88,9
BCG	96,0	90,1	84,8	87,2	96,6	91,8
Anti-Hepatitis B	NA	77,5	78,1	78,3	91,7	89,0
Anti-Hemophilus Hib	NA	64,6	53,6	68,9	92,7	88,6
Triple viral	NA	78,6	85,5	93,3	92,7	91,5

Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

A pesar del comportamiento decreciente de las coberturas de vacunación, se presentan resultados positivos en términos de incidencia de enfermedades durante el periodo de 1994 a 2004, entre los que se destacan:

- Registro de la disminución de casos de enfermedades inmunoprevenibles en la última década con logros considerables en la erradicación de la poliomielitis, y la progresiva reducción del sarampión y el tétanos neonatal.
- Consolidación de la erradicación del polio en Colombia, sin casos autóctonos desde 1991, aunque prevalece el riesgo de reintroducción del poliovirus salvaje o del virus vacunal que circula desde el año 2000 en Haití y República Dominicana.
- La eliminación del sarampión se inició en 1993 con una campaña de puesta al día dirigida a los niños de 9 meses a 14 años, vacunando alrededor de 11 millones de niños. De 1994 a 1999, los casos confirmados de sarampión disminuyeron en un 97%, lo que significó un importante avance en la interrupción de la transmisión autóctona del virus, hasta lograr su erradicación en el año 2000. Sin embargo, en los años posteriores, el país ha debido esforzarse en la contención de brotes y epidemias de sarampión que reintrodujeron el virus al territorio nacional a partir de focos epidémicos en varios países de la Región. Hoy, las coberturas con vacuna antisarampionosa y triple viral han reducido las posibilidades de transmisión de la enfermedad a partir de casos aislados.
- La reducción de la tasa de incidencia de tétanos neonatal -TN-, de 0,22 por mil nacidos vivos en 1989 a 0,01 en el año 2000, el mantenimiento de la incidencia global de TN por debajo de 0,01 casos por 1.000 nacidos vivos durante los últimos 4 años, y la reducción de la mortalidad por esta causa en un 80%, demuestran la efectividad de las actividades de vacunación en mujeres en edad fértil –MEF-.
- El control de la epidemia de fiebre amarilla en Santander en 2003 y en la Sierra Nevada de Santa Marta en 2004, son ejemplos de éxito frente a las situaciones adversas que caracterizan el escenario epidemiológico nacional frente a la amenaza de urbanización de la fiebre amarilla.
- La introducción de las vacunas contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) en el esquema nacional de vacunación desde 1998, y pentavalente (anti-Hib, anti-Hepatitis B y DPT), desde enero de 2002, han tenido un impacto importante en la disminución de la morbimortalidad infantil.

### 2.3.5. Detección precoz del cáncer de cuello uterino: prevalencia de uso de la citología cervicouterina

Según el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas –ENFREC II-1999, entre 1990 y 1998, en Colombia se ha incrementado el uso de la citología cervicouterina para el diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino, así también lo demuestran las diferencias significativas de prevalencias de citología cervicouterina en las tres últimas encuestas nacionales de salud (EPDS-90, ISS/PROFAMILIA/INC-1993, ENFREC II-98)<sup>23</sup> en las que se indagó por la frecuencia de citología cervicouterina.

**Tabla 9. Porcentajes de mujeres que han tenido alguna vez una citología cervicouterina. Comparación de Encuestas Nacionales de 1990, 1993 y 1998**

Grupos quinquenales de edad	1990	1993	1998
	% que alguna vez se hizo CV	% que alguna vez se hizo CV	% que alguna vez se hizo CV
25-29	52,8	64,6	67,9
30-34	70,0	80,0	84,7
35-39	74,9	83,1	86,7
40-44	78,3	82,3	85,8
45-49	67,8	81,6	85,2
50-54	-	76,8	79,8
55-59	-	73,3	80,0
60-64	-	63,0	80,2
65-69	-	58,7	70,4
Total 25-69 (IC95%)	66,8* (68,7-65,0)	75,4 (76,5-74,3)	80,4 (81,2-79,5)

Fuentes: PROFAMILIA/EPDS-90; ISS/PROFAMILIA/INC-1993; Minsalud/Encuesta Crónicas-98

En 1998, la frecuencia de uso de citología cervicouterina, por lugar de toma de la última citología, mostró que el 42,3% de las entrevistadas mayores de 25 años se han practicado la última citología en la red pública, seguido de un 25,1% que se la practicaron en las aseguradoras y medicina prepaga. El resto se la hicieron en el sector privado (25,9%)<sup>24</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005, más de 4 de cada cinco mujeres (85%), se han hecho la citología cervicouterina en algún momento. Casi 7% se la hizo antes del año 2000, el 28% entre el 2002-2003, el 53% en el 2004 y el 14% en el 2005. Sin embargo, el porcentaje es mayor en la zona urbana y aumenta con el número de hijos, la edad de las mujeres, el nivel educativo y el índice de riqueza.<sup>25</sup>

En general, se concluye que en efecto se han registrado aumentos significativos en la frecuencia de uso de citología cervicouterina por grupos de edad, especialmente en las edades de mayor interés para la detección temprana del cáncer cervical.

<sup>23</sup> (1) Profamilia, DHS/IRD Colombia. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud -EPDS, 1990; (2) Instituto de Seguros Sociales –ISS, Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología –INC. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. 1994; (3) Ministerio de Salud. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades crónicas –ENFREC II, 1998

<sup>24</sup> Idem.

<sup>25</sup> Encuesta nacional de demografía y salud.2005.

### 2.3.6. Violencia contra la mujer

La violencia en todas sus expresiones se reconoce hoy como el mayor problema político y social del país y la tercera causa de muerte en las mujeres entre 15 y 44 años<sup>26 27</sup>. La violencia verbal es la más frecuente (33%), seguida de la física (19,3%) y finalmente la sexual (5%). Los casos de violencia sexual intrafamiliar son mayores contra las mujeres entre 10 y 14 años y las de 19 a 25 años. La tasa nacional de violencia intrafamiliar es de 123 por 100 mil y la específica de delitos sexuales es de 34/100 mil<sup>28</sup>.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005, el 66% de las mujeres encuestadas manifestaron ser objeto de situaciones de control por parte del esposo o compañero y el 33% contestaron que efectivamente sus esposos o compañeros ejercían amenazas contra ellas. El 39% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportaron haber sufrido agresiones físicas por parte del esposo o compañero. Igualmente, es preocupante que el 76% de las mujeres maltratadas físicamente no acudieron a ninguna parte para denunciar la agresión de la que fueron objeto.

### 2.3.7. Anticoncepción

Para el año 2000, los programas de planificación familiar registran un importante avance: el 76,9% de las mujeres en unión usaban métodos anticonceptivos, y de ellas, el 64% utilizaban métodos modernos<sup>29</sup>, mostrando que el uso de anticonceptivos se está extendiendo cada vez más. Según la ENDS-2000, la oferta anticonceptiva con métodos modernos ofrecida por el sector público de salud, pasó del 19,4% en 1990 a 30,7% en 2000, incluyendo EPS/ARS/Cajas. El uso de anticonceptivos modernos es mayor en el área urbana (62,6%), que en el área rural donde sólo alcanza el 51,6%.

Sin embargo, en la actualidad se observa un aumento de la fecundidad en el grupo de adolescentes porque un alto porcentaje de ellos inicia su vida sexual tempranamente. Es así como de acuerdo con las ENDS de Profamilia, la Tasa de fecundidad en adolescentes ha presentado un incremento en el país, pasando del 15% en 1990 a 17% en 1995 y a 19% en el 2000.

Para el año 2002, la tasa global de fecundidad era de 2,48 hijos por mujer<sup>30</sup>. Se apreciaban notables diferencias asociadas con la zona de residencia, el nivel educativo y la situación socioeconómica. Si se mantienen las tasas actuales, las mujeres de la zona rural, y las más pobres, tendrían al final de su vida reproductiva casi dos hijos más que las mujeres de residencia urbana.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud-2005, el 78% de las mujeres casadas o unidas usan actualmente algún método de planificación, mientras que para el año 2000 fue de 77%. Entre las mujeres no casadas o unidas pero sexualmente activas, este indicador descendió de 84% en el 2000 a 81% en el 2005. El único grupo que presentó incremento, es el de todas las mujeres en edad fértil, que aumentó de 53% en el 2000 a 56% en el 2005.

<sup>26</sup> Medicina Legal en cifras Instituto de Medicina Legal 1997

<sup>27</sup> Encuesta Nacional de Demografía y Salud PROFAMILIA 1995.

<sup>28</sup> Solo el 27% de las víctimas denuncian el hecho ante las autoridades. Para el mismo año, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 62.147 dictámenes por lesiones no fatales de violencia intra familiar, presentándose un aumento con relación al año anterior de 4.103 casos. En 1998 el 92% de las víctimas de lesiones no fatales por maltrato conyugal corresponde a mujeres, siendo más afectadas las de 25 a 34 años.

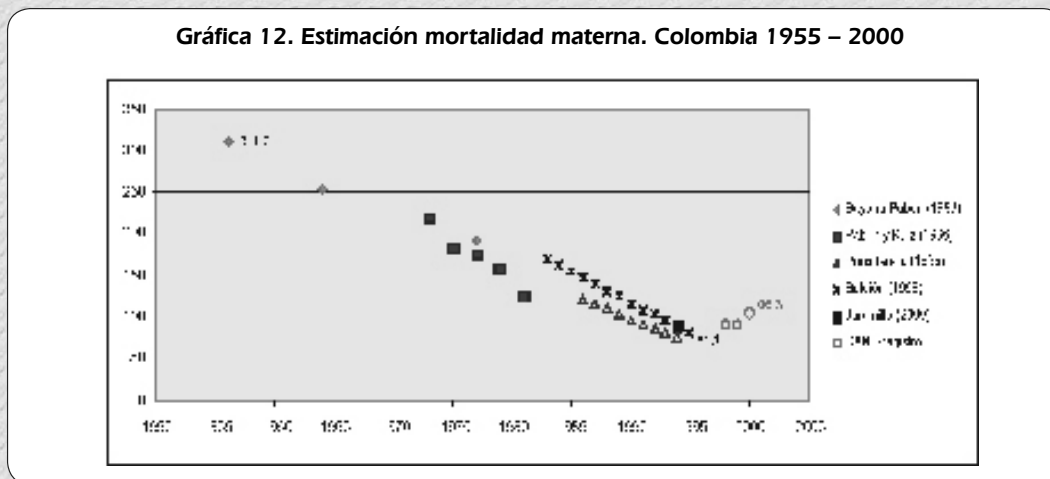
<sup>29</sup> Encuestas Nacionales de Demografía y Salud PROFAMILIA 1990. 1995, 2000

<sup>30</sup> La fecundidad en Colombia según el censo de 1993 Estimaciones departamentales y municipales DANE 1998.



### 2.3.8. Mortalidad Materna

A partir de las cifras de estadísticas vitales, la mortalidad materna en los últimos diez años oscila alrededor de una tasa de 100 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, diferentes estudios sobre mortalidad materna en Colombia consideran que el nivel es alto para el desarrollo que tiene el país y para los descensos que ha tenido la mortalidad femenina en los últimos años (Baldión 1999; Jaramillo 2000; Prada 2001)<sup>31</sup>.



Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

Entre 1998-2000, las estimaciones de la mortalidad materna provienen del cociente entre las defunciones maternas registradas y los nacimientos “certificados”<sup>32</sup>. La tasa así calculada supone que la omisión de las defunciones maternas es igual a la omisión de las estadísticas de nacimientos y de aceptar la tendencia y nivel de las estimaciones realizadas para los años anteriores, indicaría aumento<sup>33</sup> de la mortalidad materna entre 1994 y 2002. Desde 1998 en todos los departamentos, comienza la aplicación de registro de defunciones maternas y la certificación de la mortalidad fetal e infantil. Por lo tanto, el registro de mortalidad materna mejoró, de un promedio de 470 defunciones maternas registradas anualmente en el período 1992-1995, a 730 en 1998-2002.

En general, el uso de los servicios de salud materno infantil ha venido mejorando, es así como la atención institucional a las gestantes aumentó la cobertura de 76% en 1990 (ENDS-90) a 91% en 2000 (ENDS-2000). De las gestantes atendidas en el año 2000, el 30% es captada en el primer trimestre del embarazo y en gran proporción es atendida por médico. Para el periodo entre 1993-1998, la ENFREC II-98 encontró un promedio de 88% de parto institucional y en el año 2002, se encuentra una proporción de 94,8%<sup>34</sup>.

En el área rural, el acceso al parto institucional sólo llega al 56%; de las mujeres con nivel educativo superior, el 99,2% acceden al parto institucional, mientras que sólo el 40,5% de las mujeres sin educación acuden a este servicio. La atención de parto por médico o enfermera aumentó de 81 a 94% entre el año 1990 y el 2002.

<sup>31</sup> Magda Ruiz: Proyecto DANE-MPS Estudio de Mortalidad Materna 2004.

<sup>32</sup> El certificado es el documento expedido por el sector salud que sirve como documento antecedente para el registro civil de nacimiento. Copia del certificado pasa al DANE para fines estadísticos.

<sup>33</sup> Las diferentes estimaciones contemplan ajustes de cobertura del registro y de calidad en la certificación de la causa de la muerte.

<sup>34</sup> DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Registro de nacimientos y defunciones del año 2002. Los datos de mortalidad son crudos, validados, sin ajustar por subregistro.

### 2.3.9. Lactancia Materna

En Colombia, la práctica de la lactancia materna se considera tradicional ya que más del 95% de las niñas y niños han sido amamantados alguna vez (ENDS 1990, 95 y 2000). La duración de la lactancia hasta los 12 meses presenta una tendencia positiva, pues pasa del 39 al 42% y al 49% en el período; a los 24 meses de edad baja, presentado fluctuaciones de 23% en 1990, 16,5% en 1995 y subiendo a 27,6% en 2.000. A pesar de lo anterior, la práctica de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses no se ha generalizado en el país; durante la década descendió de 16,9% en 1990 a 15,8% en 1995, y a 11,6% en 2000.

Según la ENDS-2005, la duración de la lactancia exclusiva mejoró, pasando de 0,5 meses en 1995 a 2,2 meses en el 2005. Igualmente, la duración total de la lactancia, reportó mejoría pasando de 11,3 meses en 1995 a 14,9 meses en el 2005. Con respecto a la iniciación de alimentación complementaria, se observó que se inicia con líquidos a los 3 meses y con sólidos a los 7 meses.

**Tabla 10. Lactancia materna y alimentación complementaria. 2005.**

Duración de la lactancia exclusiva	2,2 meses
Duración total de la lactancia	14,9 meses
Inicio de líquidos	3 meses
Inicio de semisólidos	5 meses
Inicio de sólidos	7 meses

Fuente: ENDS. 2005

### 2.3.10. VIH-Sida

La prevalencia general estimada para Colombia es de 0,4%; sin embargo, en el estudio de seroprevalencia realizado con hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá<sup>35</sup>, se encontró una tasa del 18,4% lo cual evidencia que la epidemia está aún concentrada en hombres homo y bisexuales. Para personas entre 15 y 49 años, la prevalencia estimada es de 0,7%, con un estimado de 180.982 casos, y un promedio estimado de 35.000 nuevas infecciones por año; para los menores de 15 años se estiman 3.963 casos con un promedio de 652 casos nuevos por año. La mortalidad por SIDA igualmente, se calcula en un número de 3.940 muertes por año.

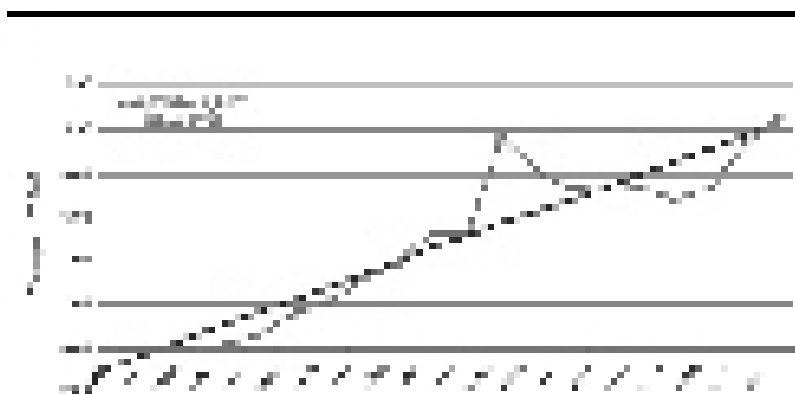
En los casos en que se reportó el mecanismo de transmisión, 50,9% fue heterosexual, 28,3% homosexual y 16,8% bisexual, para un total de 96% transmitidos por vía sexual, 3,1% perinatal, 0,67% transfusional, 0,11% en usuarios de drogas intravenosas y 0,12% por otras formas.

Por otro lado, en el último estudio centinela<sup>36</sup>, se encontraron prevalencias por encima de lo esperado en departamentos de la costa Atlántica, lo que sugiere una tendencia a una epidemia generalizada en estos sitios. Las mujeres representan el 18% de los casos, y la relación hombre-mujer es cada vez más cercana, pues ha descendido de 20:1 al inicio de la epidemia a 3:1 entre 1999 y 2003, con una relación actual de 3:1 promedio en el país, que en algunos departamentos puede ser de 2:1.

<sup>35</sup> Estudio de prevalencia al VIH con HSH en Bogotá, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Instituto Nacional de Salud, 2000.

<sup>36</sup> Estudio Centinela Nacional, Instituto Nacional de Salud, 2000.

**Gráfica 13. Tendencia casos VIH 1983 – 2003 – Tasa por 100 mil habitantes**



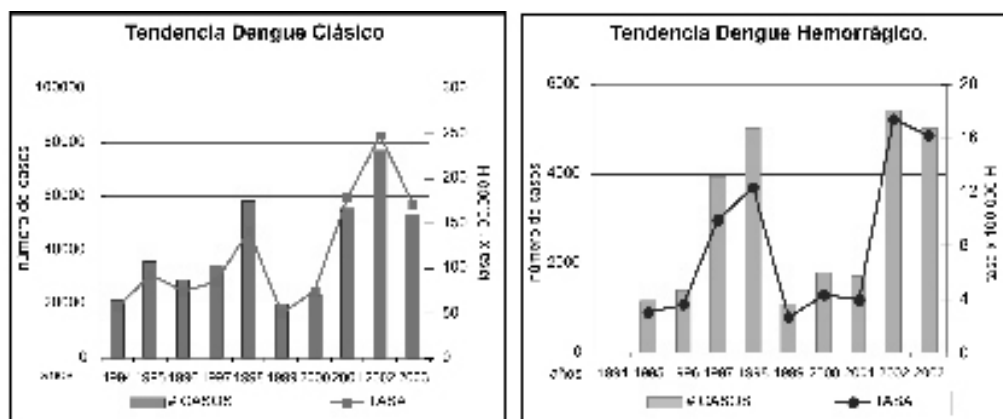
Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

La incidencia para 2002, se registró en 10,62 por 100 mil habitantes, con un incremento de casos notificados de 13% con respecto a 2001.

### 2.3.11. Dengue

La incidencia de dengue hemorrágico no sólo ascendió de 0,1 a 16,2 por 100 mil habitantes entre 1990 y 2003, sino que se acompañó de un aumento de cuadros clínicos de mayor severidad y de la expansión de áreas geográficas que registran transmisión de esta enfermedad.<sup>37</sup> Por otra parte la infestación con el mosquito vector -*Aedes aegypti*-, abarca casi el 95% del territorio nacional ubicado por debajo de los 1800 metros sobre el nivel del mar, con índices de infestación superiores a 5% en la mayoría de las ciudades.

**Gráficas 14 y 15. Tendencia Dengue clásico y hemorrágico. Colombia 1994–2003**



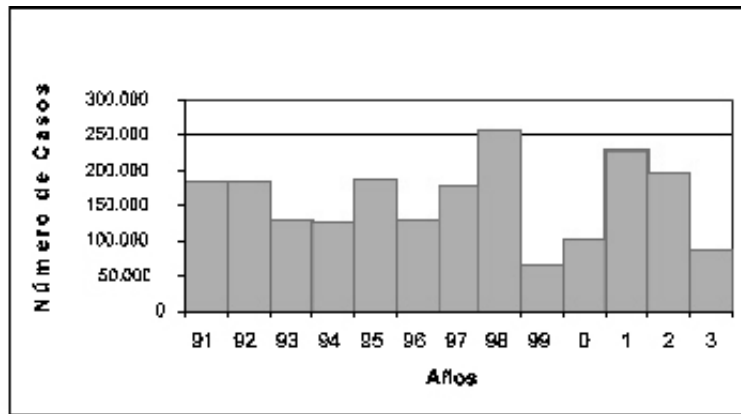
Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

<sup>37</sup> DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Registro de defunciones año 2002.

### 2.3.12. Malaria

En el caso de la malaria, enfermedad endémica en América, Colombia ocupa un lugar prominente con un número de casos esperados de 150.000 al año y picos epidémicos que se presentan cada 3 o 4 años, a pesar de haberse implementado desde 1994, la estrategia de Control Global de la Malaria. El comportamiento de la enfermedad en las últimas dos décadas ha mostrado un incremento de la endemia en la década de los noventa, con 65% más de casos reportados con respecto a los notificados en la década de los ochenta; incremento especialmente notorio en 1998, año en que se alcanzó la tasa de incidencia más elevada de los últimos 20 años, seguido de un pico casi similar en 2001.

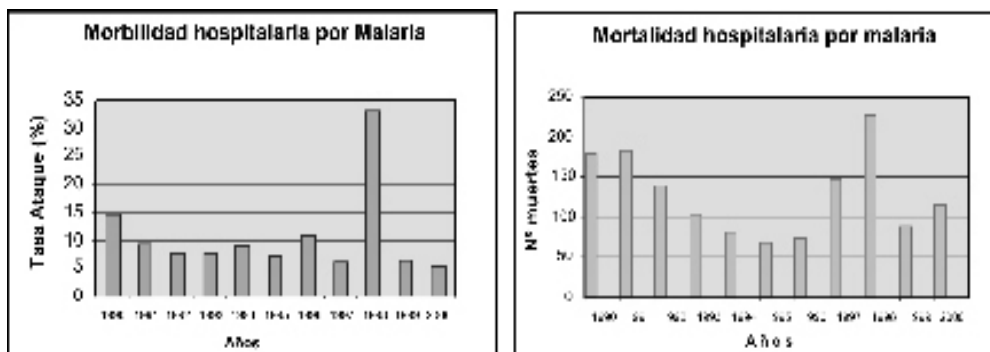
**Gráfica 16. Número de Casos de Malaria 1990 – 2003.**



Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

En Colombia, la transmisión está focalizada en aproximadamente 100 municipios, de los cuales el 50% se ubican en la región Pacífica y región del Urabá, y que son los que aportan el 95% de los casos registrados anualmente.

**Gráficas 17 y 18. Morbilidad hospitalaria y Mortalidad por Malaria. Colombia 1990–2000.**



Fuente: Dirección de Salud Pública. MPS 2005

### 2.3.13. Fiebre Amarilla

La ocurrencia de casos aislados de fiebre amarilla selvática en Colombia había oscilado entre 1 y 10 casos durante la década de los 80's y 90's, con un incremento de casos entre 2001 y 2002 diagnosticados con pruebas serológicas introducidas por el Instituto Nacional de Salud INS.

A partir de junio de 2003, el país atraviesa por una de las más grandes epidemias de fiebre amarilla presentadas en los últimos 50 años, con presencia de epizootias en Cesar y la Sierra Nevada de Santa Marta y brotes de fiebre amarilla selvática en humanos ocurridos en Norte de Santander en 2003 y la Sierra Nevada de Santa Marta en 2004.

En resumen, entre el 2003 y 2004, se han presentado en total 124 casos humanos confirmados de fiebre amarilla con 56 fallecidos, para una letalidad de 45%. La ocupación es un factor común a los dos brotes ocurridos en el país, donde el 62,5% son agricultores.

Se ha alcanzado cobertura de vacunación en población mayor de un año de edad, cercana al 100% en los municipios donde se han presentado casos y en aquellos aledaños a éstos.

### 2.3.14. Tuberculosis

La tuberculosis representa un problema de salud pública en Colombia, ya que la tasa de incidencia de casos nuevos de todas las formas de tuberculosis aumentó de 21 casos por 100 mil habitantes en 1997 a 26 casos por 100 mil habitantes en 2002 y 2003. En tanto, la tasa de tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva aumentó de 15 por 100 mil habitantes en 1997 a una tasa de 18,7 por 100 mil habitantes para 2003, habiendo mejorado la búsqueda de sintomáticos respiratorios.

### 2.3.15. Lepra

El comportamiento epidemiológico de la lepra en el país, muestra una clara tendencia al descenso en el número de casos registrados que en 1990 era alrededor de 10.000, a menos de 2.000 casos prevalentes en 2003.

## 2.4. Descripción de la oferta nacional de prestadores de Servicios de salud

### 2.4.1. Prestadores Registrados

Con base en la información recopilada a través del Registro Especial de Prestadores de Salud, para Diciembre de 2004 se encontraban registrados 54.952 puntos de atención de prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional.

Tabla 11. Distribución de prestadores registrados 2004.

Tipo de Prestador	Cantidad	
Instituciones prestadoras de servicios de salud (con sus respectivos puntos de atención o sedes)	13.840 (25,24 %)	
	Públicas 4.466 (32,3%)	Privadas 9.374 (67,7%)
Profesionales de la salud independientes	41.112 (74,97%)	
Total	54.952 (100%)	

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud

Con respecto a la distribución nacional de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), se observa que en las cinco principales áreas geográficas del país por concentración de población (Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca) se agrupa el 63,75% (35.035 IPS) de la oferta total registrada.

**Tabla 12. Distribución Nacional de Prestadores por Departamento y por Tipo. 2004.**

Departamento	Total Prestadores	% sobre país	I P S				Profesionales Independientes	
			Públicas		Privadas		No.	%
			No.	%	No.	%		
Amazonas	37	0,07	11	29,73	16	43,24	10	27,03
Antioquia	8.822	16,05	381	4,32	1.199	13,59	7.242	82,09
Arauca	160	0,29	29	18,13	27	16,88	104	65,00
Barranquilla	2.110	3,84	9	0,43	344	16,30	1.757	83,27
Atlántico	442	0,80	64	14,48	101	22,85	277	62,67
Bogotá D.C.	14.699	26,75	227	1,54	2.416	16,44	12.056	82,02
Bolívar	523	0,95	164	31,36	120	22,94	239	45,70
Boyacá	1.222	2,22	225	18,41	230	18,82	767	62,77
Caldas	1.386	2,52	210	15,15	166	11,98	1.010	72,87
Caquetá	311	0,57	78	25,08	58	18,65	175	56,27
Cartagena	1.587	2,89	61	3,84	312	19,66	1.214	76,50
Casanare	294	0,54	32	10,88	105	35,71	157	53,40
Cauca	778	1,42	269	34,58	159	20,44	350	44,99
Cesar	906	1,65	166	18,32	185	20,42	555	61,26
Chocó	178	0,32	37	20,79	88	49,44	53	29,78
Córdoba	1.094	1,99	116	10,60	273	24,95	705	64,44
Cundinamarca	1.202	2,19	146	12,15	216	17,97	840	69,88
Guainía	36	0,07	31	86,11	5	13,89	0	0,00
Guaviare	79	0,14	28	35,44	12	15,19	39	49,37
Huila	808	1,47	142	17,57	158	19,55	508	62,87
La Guajira	587	1,07	96	16,35	82	13,97	409	69,68
Magdalena	320	0,58	59	18,44	78	24,38	183	57,19
Meta	651	1,18	59	9,06	121	18,59	471	72,35
Nariño	1.205	2,19	332	27,55	172	14,27	701	58,17
Norte de Santander	1.351	2,46	142	10,51	176	13,03	1.033	76,46
Putumayo	203	0,37	39	19,21	51	25,12	113	55,67
Quindío	722	1,31	51	7,06	115	15,93	556	77,01
Risaralda	1.015	1,85	66	6,50	207	20,39	742	73,10
San Andrés	123	0,22	12	9,76	8	6,50	103	83,74
Santander	2.459	4,47	182	7,40	567	23,06	1.710	69,54
Santa Marta	604	1,10	49	8,11	95	15,73	460	76,16
Sucre	759	1,38	154	20,29	149	19,63	456	60,08
Tolima	1.708	3,11	211	12,35	224	13,11	1.273	74,53
Valle	6.503	11,83	539	8,29	1.126	17,32	4.838	74,40
Vaupés	20	0,04	18	90,00	2	10,00	0	0,00
Vichada	48	0,09	31	64,58	11	22,92	6	12,50
Total	54.952		4.466	8,13	9.374	17,06	41.112	74,81

Registro prestadores de servicios de salud

**Tabla 13. Distribución de prestadores en áreas geográficas a Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca. 2004**

Tipo de prestador	Número prestadores	Número de prestadores por municipio
Total IPS	6.685	6,02
IPS Pública	3.064	2,76
IPS Privada	3.621	3,26
Profesional Independiente.	13.232	11,91
Total prestadores	19.869	17,88

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud

Tal como se observa en la Tabla 13, el 70% de las IPS públicas prestan sus servicios en áreas diferentes a Bogotá, Antioquia, Santander y Valle del Cauca, mientras que sólo lo hacen el 38% de las IPS privadas.

Para el total de IPS, se declararon 40.809 servicios en todo el país; la agrupación de estos se hizo de acuerdo como se presenta en la siguiente tabla.

**Tabla 14. Distribución porcentual de servicios declarados por los prestadores**

Servicio Declarado por los Prestadores	Número de Servicios	% Sobre el total
Odontología y afines	7.696	18,86
Medicina General	7.097	17,39
Servicio quirúrgico	6.135	15,03
Terapias físicas y afines	4.566	11,19
Enfermería	4.372	10,71
Medicina interna y subespecializada	3.176	7,78
Psicología y Psiquiatría	2.329	5,71
Servicio de urgencias	2.087	5,11
Pediatría	1.131	2,77
Servicio de Vacunación	963	2,36
Anestesia y dolor	917	2,25
Unidad de cuidado intensivo neonatal y pediátrico	184	0,45
Unidad de cuidado intensivo adultos	156	0,38

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud

Igualmente, se encuentra que en las cinco principales áreas geográficas del país por concentración de población (Bogotá DC, Antioquia, Atlántico, Santander y Valle del Cauca) se agrupa el 48,08% (19.619 servicios) de toda la oferta de estos servicios.

Se registraron a nivel nacional un total de 52.475 camas, distribuidas como se aprecia en la siguiente Tabla.

**Tabla 15. Distribución porcentual de camas por servicio registrado**

Servicio declarado por los Prestadores	No. Camas Declaradas	% Sobre el total
Servicio general adulto	25.406	48,42
Pediátricas	9.318	17,76
Obstetricia	7.652	14,58
Psiquiatría	3.696	7,04
Cuidado intermedio neonatal	1.514	2,89
Fármaco dependencia	1.418	2,70
Cuidado intensivo adulto	1.180	2,25
Cuidado intensivo neonatal	811	1,55
Cuidado intermedio adulto	696	1,33
Cuidado intensivo pediátrico	379	0,72
Unidad de quemados	251	0,48
Cuidado intermedio pediátrico	154	0,29
Total camas registradas	52.475	100,00

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud

La razón del número de camas a nivel nacional, se sitúa en 1,14 camas hospitalarias por mil habitantes, las cuales se distribuyen por servicios como se observa en la tabla 16.

**Tabla 16. Razón de camas por servicio por cada mil habitantes**

Servicio Declarado	Total Camas	Número de Camas por cada mil Habitantes
Servicio general adulto	25.406	0,55
Pediatría	9.318	0,20
Obstetricia	7.652	0,17
Psiquiatría	3.696	0,08
Cuidado intermedio neonatal	1.514	0,03
Fármaco dependencia	1.418	0,03
Cuidado intensivo adulto	1.180	0,03
Cuidado intensivo neonatal	811	0,02
Cuidado intermedio adulto	696	0,02
Cuidado intensivo pediátrico	379	0,01
Unidad de quemados	251	0,01
Cuidado intermedio pediátrico	154	0,003

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud



Si bien existen 41.112 profesionales independientes registrados, sólo se declararon 23.571 servicios en el territorio nacional. La Odontología fue el servicio más declarado, representando el 54.87% del total.

**Tabla 17. Distribución porcentual de los servicios declarados por profesionales independientes**

Servicio Declarado	Número de Servicios	% de Distribución
Odontología	12.934	54,87
Medicina general	5.106	21,66
Fisioterapia	1.657	7,03
Psicología	1.528	6,48
Terapia respiratoria	1.056	4,48
Fonoaudiología	600	2,55
Terapia del lenguaje	291	1,23
Terapia ocupacional	280	1,19
Enfermería	119	0,50

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS 2004  
Registro prestadores de servicios de salud

## 2.4.2. Talento Humano en Salud a Nivel Nacional

De acuerdo con la base de datos de Recursos Humanos en Medicina de ASCOFAME, el país contaba para el año 2000 con un total de 43.166 médicos, lo cual significa que existía una tasa de 10,36 médicos por cada 10 mil habitantes<sup>38</sup>.

Para el año 2000, la tasa colombiana es superior a la encontrada para México (5,41), Costa Rica (9,71), Bolivia (4,81) y Chile (4,60); e inferior a la de Panamá (11,90), Cuba (37,04), Venezuela (15,38), Ecuador (10,41), Perú (10,31), Brasil (14,93) y Argentina (30,30). Igualmente es inferior al promedio obtenido del análisis de estos países, que es 12,89.

De los 43.166 médicos registrados en la base de ASCOFAME, el 57.26% son médicos generales, y el 42,74% restante son médicos especialistas, con una relación de 1,33 médicos generales por cada especialista. La tasa nacional de médicos generales por 10 mil habitantes es de 5,93, y la de especialistas de 4,43.

Como se observa en la Tabla 18, existe una gran concentración de médicos generales en los municipios de más de 500 mil habitantes, que es 23 veces mayor que en los de menos de 20.000 habitantes.

**Tabla 18. Distribución de médicos generales por municipios según tamaño población. Año 2000.**

Población por municipio	Total Habitantes	% hab sobre total nacional	Total médicos	% med sobre total nacional	% Tasa x 10mil hab
Menor de 20.000	6.712.282	16,1	292	1,3	0,44
Entre 20.001 y 50.000	8.245.903	19,8	945	4,2	1,15
Entre 50.001 y 100.000	4.455.680	10,7	1.381	6,2	3,10
Entre 100.001 y 250.000	3.632.345	8,7	1.922	8,6	5,29
Entre 250.001 y 500.000	5.018.696	12,0	3.642	16,3	7,26
500.001 en adelante	13.593.546	32,6	14.168	63,4	10,42

Fuente: ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina: formación, distribución y bases para una propuesta política. 2000

<sup>38</sup> Recurso Humano en Medicina: formación, distribución y bases para una propuesta política. ASCOFAME, Febrero de 2000.

Para 2004, la razón de enfermeros profesionales por 1.000 habitantes era de 0,56, la razón de odontólogos por 1.000 habitantes era de 0,62, y la razón de personal de enfermería no universitario por 1.000 habitantes era de 2,39.

## 2.5. Caracterización de los insumos hospitalarios

### 2.5.1. Sangre y Componentes Sanguíneos

La disponibilidad de sangre a nivel nacional es de 11 unidades por cada 1.000 habitantes, siendo superior el promedio en Bogotá, Antioquia, Caldas y Valle del Cauca, e inferior en el resto del país, pasando por 4 unidades promedio en La Guajira y llegando a 1 unidad en el Chocó.

Del total de unidades de sangre colectadas en el año 2004 por 131 bancos de sangre, 242.930 fueron colectadas en los 75 bancos de sangre estatales, y las restantes 260.880 se captaron en los bancos de sangre privados, incluyendo la Cruz Roja.

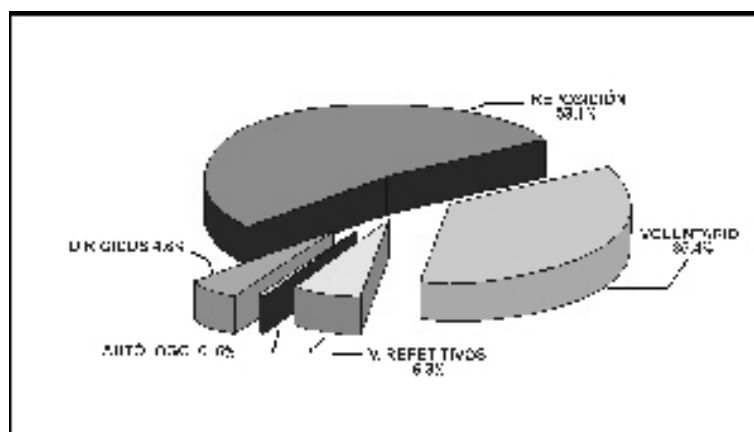
11 bancos de sangre que captan más de 10.000 unidades año son responsables del 40% del total de sangre que se colecta en el país. De estos, 6 corresponden al tipo de banco de sangre distribuidor exclusivo y 5 al tipo de banco hospitalario que también distribuye componentes.

En cuanto a calidad y seguridad, se encuentra que de la sangre recolectada en el país, el 99% de ésta se analiza en sus cinco marcadores exigibles (VIH, HbsAg, VHC, Sífilis, T. Cruzi), y de este grupo analizado, entre 3 y 15 unidades de cada mil recolectadas son descartadas por seroprevalencia positiva para cualquiera de estos marcadores.

Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Salud, existen en el país alrededor de 100 médicos vinculados a bancos de sangre, 600 a 800 bacteriólogos, cerca de 150 enfermeras entre profesionales y auxiliares de enfermería y de laboratorio. En cuanto al recurso médico, alrededor de un 25% o menos ha recibido capacitación que le permita atender la responsabilidad exigida.

La dinámica de recaudación habitual de sangre según el tipo de donante se presenta en la gráfica 19.

Gráfica 19. Clasificación de donantes de sangre 2003.



Fuente: Coordinación Nacional de Bancos de Sangre INS.

## 2.5.2. Bancos de Tejidos, de Médula Ósea y Trasplantes de Órganos

En Colombia, para el año 2004 existían 17 bancos de tejidos, distribuidos como se observa en la Tabla 19.

**Tabla 19. Distribución Nacional de Bancos de Tejidos. 2004**

Ciudad	Número de Bancos de Tejidos						% de Participación
	Córnea	Huesos	Piel	Cordón umbilical	Médula ósea	Válvulas cardíacas	
Bogotá	2	1	1	1	1	1	41,18
Medellín	2	1	1	1	1	1	41,18
Cali	2						11,76
Bucaramanga	1						5,88
Subtotal	7	2	2	2	2	2	
	41,18%	11,76%	11,76%	11,76%	11,76%	11,76%	

Fuente: Instituto Nacional de Vigilancia y Alimentos - INVIMA

Para 2004, Colombia contaba con 22 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que realizan trasplantes de riñón, hígado y pulmón, y que agrupan los 37 programas de trasplantes de estos órganos existentes, siendo el 43,2% (16) para trasplante de riñón, 21,6% (8) de hígado, 16,2% (6) para corazón, 10,8% (4) para trasplante de médula, 5,4% (2) para trasplante de válvulas cardíacas y 2,7% (1) para pulmón; las instituciones donde se efectúan este tipo de trasplantes se distribuyen geográficamente así: en Bogotá se encuentra el 57,14% de ellas, en Medellín el 21,43% y en Cali el restante 14,29%.

Con base en la información suministrada por la red de donación y trasplantes DAVIDA, el índice de donación de Colombia es del 6% comparado con España que es de 32%, Estados Unidos de 20% y Uruguay de 11.5%.

## 2.5.3. Medicamentos

Según la encuesta nacional de hogares realizada en 1997, Colombia registró que el mercado de medicamentos representó el 32% del total del gasto en salud. De acuerdo con el documento oficial de la Política Farmacéutica Nacional, la caracterización de la gestión de los medicamentos se hace con base en el uso adecuado, la calidad y acceso a los medicamentos.

En Colombia, se presenta una problemática relacionada con el uso adecuado, ya que para la enfermedad diarreica aguda se observó prescripción inapropiada en el 70% de los casos y 50% en el caso de la infección respiratoria aguda.

En cuanto a la calidad, Colombia cuenta con buenas prácticas de manufactura de medicamentos, con el 100% de los laboratorios farmacéuticos nacionales certificados; La adulteración de medicamentos se estima en un 2 a 3% del mercado total.

El Plan Obligatorio de Salud, contiene 367 principios activos y 627 formas farmacéuticas y concentraciones. Colombia reporta un gasto per cápita de medicamentos de 23,26 dólares, frente a 634,04 dólares de Estados Unidos, 61,62 dólares de México y 20,35 de Brasil. Para el total de población asegurada se reporta no entrega de medicamentos o entrega parcial de los mismos en el 46,9% de los casos. En el régimen contributivo se

registra entrega total de los medicamentos en el 55% de los casos y para el régimen subsidiado se entregaron totalmente en el 46,6%.

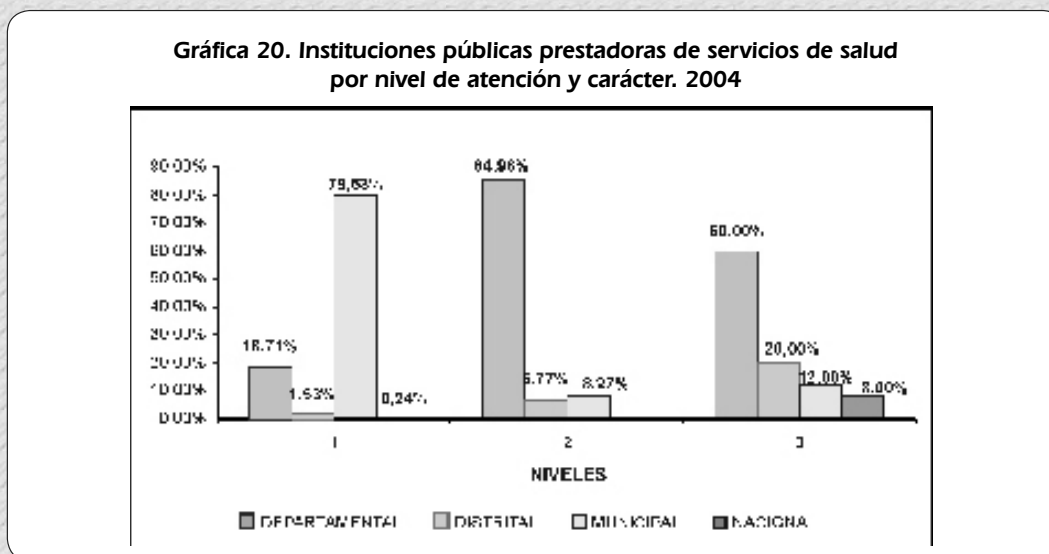
## 2.6. Caracterización de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas

### 2.6.1. IPS Públicas del Orden Territorial

Esta caracterización se elaboró con base en la información de 1.008 instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que reportaron los datos exigidos por el Decreto 2193 de 2004. De acuerdo con los datos del registro especial de prestadores, el número de IPS públicas reportantes corresponde al 97% del total esperado. La caracterización de las IPS públicas, se realizó teniendo en cuenta su capacidad instalada, producción de servicios e indicadores financieros, con corte a diciembre 31 de 2004.

De las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención.

Del total de IPS, el 68,5% son de carácter municipal (690) concentradas principalmente en el primer nivel (98%), el 28,5% son de carácter departamental, el 2,7% de carácter distrital y sólo el 0,4% de carácter nacional<sup>39</sup>.

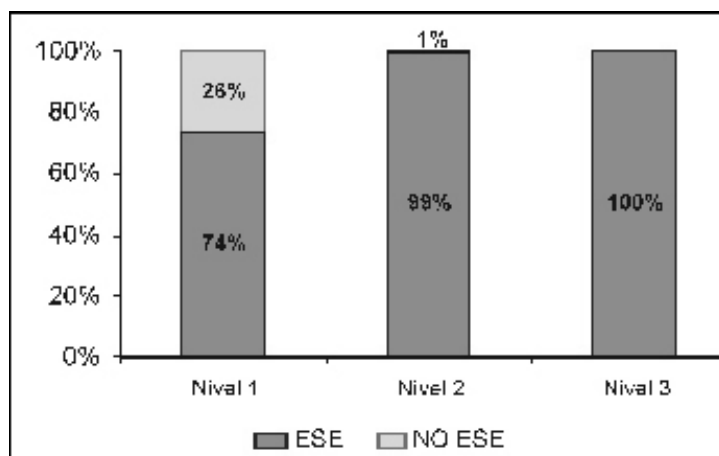


Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Del total de IPS reportadas, el 78% están conformadas como Empresas Sociales del Estado (ESE), las demás están organizadas como IPS autónomas con posibilidad de ser transformadas en ESE o son unidades prestadoras de servicios de salud dependientes de las direcciones departamentales o municipales de salud. Se evidencia una diferencia importante entre los niveles, ya que en el tercer nivel, todas las IPS están constituidas como ESE, en el segundo nivel con excepción del Hospital Departamental San Juan de Dios de Riosucio de Caldas todas fueron transformadas en ESE y en el primer nivel el 74% está conformado como ESE.

<sup>39</sup> El presente análisis no incluye las IPS que hacen parte de las siete Empresas Sociales del Estado de carácter nacional resultado de la escisión del ISS a través del Decreto Ley 1750 de 2003.

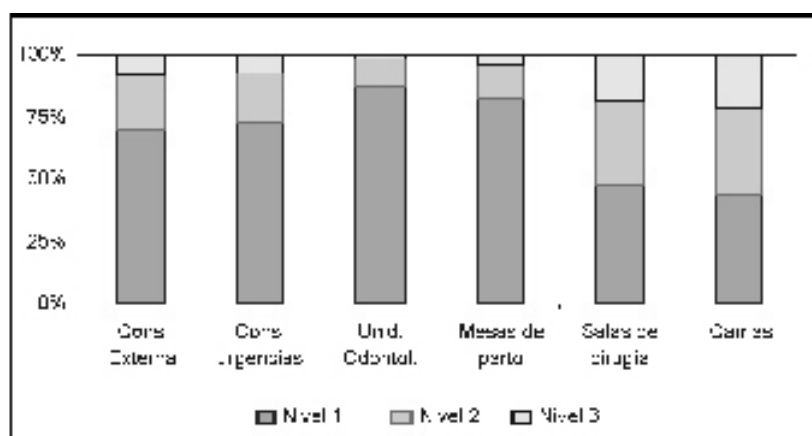
**Gráfica 21. Transformación de IPS públicas en Empresas Sociales del Estado. 2004**



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Como se observa en la siguiente gráfica, las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud de primer nivel de atención concentran la mayor parte de las instalaciones físicas destinadas a la prestación de servicios, seguidas por las instituciones de segundo nivel.

**Gráfica 22. Composición de Capacidad Instalada por nivel. IPS Públicas. 2004**



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

En cuanto a los consultorios tanto de consulta externa como de urgencias, el 70,78% se encuentra concentrado en los hospitales, centros y puestos de salud de primer nivel, con un promedio de 5,8 consultorios de consulta externa y 1,4 consultorios de urgencias por cada IPS. El segundo nivel representa el 21,28% de consultorios del total del país, con un promedio de 11,8 de consulta externa y 2,7 de urgencias por institución. El 7,94% corresponde a hospitales de tercer nivel de atención, con promedios de 24,8 consultorios de consulta externa y 5 de urgencias por entidad.

Con respecto a las mesas de partos, se presentan una distribución por niveles similar a la de consultorios. Para el primer nivel hay en promedio 1,5 mesas por hospital y en ellos se encuentra el 82,8% de las mesas del país. En segundo nivel, cada hospital tiene 1,6 mesas en promedio y representan el 13,7% a nivel nacional. El tercer nivel tiene en promedio 2,4 mesas, las cuales son el 3,61% del total de mesas de partos del país.

El 47,6% de las salas de cirugía se encuentran en primer nivel (301 salas de cirugía), esto indica un promedio de 1,3 salas por cada institución que presta este servicio. El segundo nivel tiene una participación de 33,86% dentro del total de salas de cirugía, con promedio de 2,4 salas por hospital. El 18,6% corresponde a los hospitales de tercer nivel de atención, con un promedio de 6,4 salas por IPS.

De acuerdo con los datos reportados por las instituciones públicas, el 43% de las camas se encuentran ubicadas en IPS de primer nivel; el segundo nivel concentra el 36% de las camas con un rango que va de 18 a 317 camas por IPS. En este conjunto están concentrados los hospitales mentales quienes tienen un alto número de camas. Los hospitales de tercer nivel, cuentan con el 21% de las camas de las IPS públicas del país, con un intervalo entre 75 y 543 camas.

Como se muestra en la tabla 20, entre el 2002 y el 2004 se ha presentado un incremento en todos los servicios, con excepción de la atención de partos que se mantiene constante. Se resalta del comportamiento, el crecimiento de la producción de los servicios de consulta con un crecimiento promedio de 31%, y el 7% en el número de cirugías realizadas.

**Tabla 20. Producción de Servicios IPS Públicas. 2002 - 2004**

Servicios	2002	2003	2004	% Variación 02-04
Consultas Electivas	20.187.727	23.791.157	27.213.067	34,8
Consultas Urgencias	6.953.959	7.701.736	8.362.287	20,3
Partos	436.545	462.193	433.363	-0,7
Egresos	1.603.857	1.615.779	1.631.506	1,7
Cirugías	642.206	671.305	689.229	7,3

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

El primer nivel de atención tiene mayor participación de consultas ya que realizaron el 76% de las de medicina general y especializada y el 67% de las consultas de urgencias. A lo largo de los tres años, los tres niveles mostraron un aumento significativo del número de consultas de medicina general y especializada.

Los partos se distribuyen de manera uniforme entre primer y segundo nivel con 46,7% y 40,7% respectivamente, mientras que el tercer nivel solo atiende el 12,6%. En la siguiente gráfica se observa que para primer nivel el 94,1% del total de partos corresponde a partos vaginales, para el segundo nivel la participación de éstos disminuye, cobrando importancia los partos por cesárea (34,9%), y en tercer nivel la diferencia es más marcada, partos vaginales 59,8% y partos por cesárea 40,2%.

Los egresos se distribuyen de manera uniforme entre los niveles uno y dos, con participaciones de 37,6% y 42,7% respectivamente. En promedio para el año 2004, un hospital de primer nivel generó 696 egresos hospitalarios, en segundo nivel se generaron 5.234 y en tercer nivel 12.851. A nivel nacional para el año 2004, el 29,9% de los egresos correspondieron a egresos obstétricos, el 17,6% a egresos quirúrgicos y el 52,5% restante a egresos por otras causas.

Las cirugías realizadas en 2004 estuvieron desagregadas de la siguiente forma, el 10,7% se realizaron en el primer nivel de atención, con un promedio de 84 cirugías al año por IPS; el 56,6% en el segundo nivel, con un promedio de 2.934 cirugías al año y el 32,7% en hospitales de tercer nivel con un promedio de 9.002 cirugías anuales por Hospital.

El análisis de utilización de la capacidad instalada se realizó cruzando el número de servicios producidos, frente al número de recursos físicos dispuestos para ello.

Con relación a la utilización de los servicios de hospitalización se presentan los indicadores de porcentaje ocupacional, promedio día estancia y giro cama.

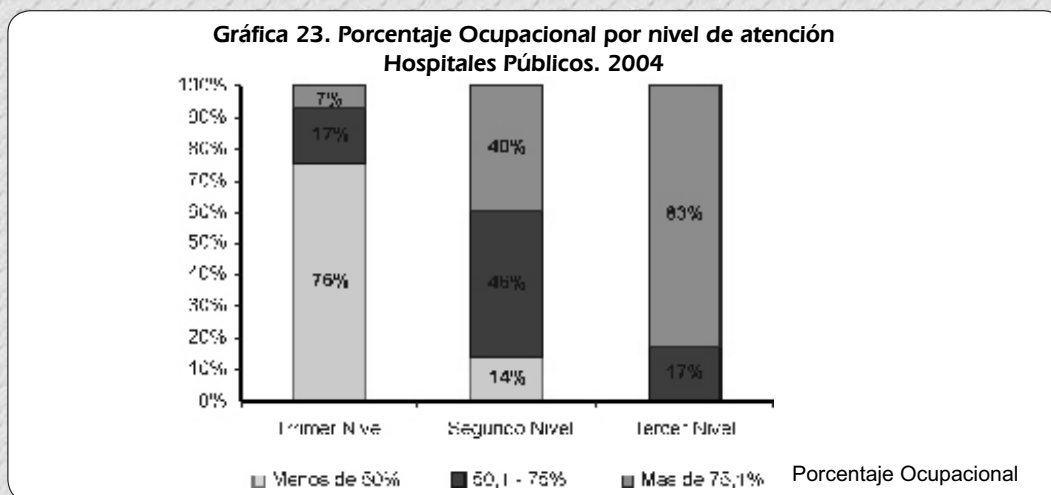
**Tabla 21. Indicadores de utilización de Camas hospitalarias  
Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. 2002 – 2004**

Nivel	Concepto	2002	2003	2004
Primer Nivel	Porcentaje Ocupacional	34,50%	33,80%	37,80%
	Promedio Día Estancia	1,97	1,87	1,85
	Giro Cama	53,49	57,27	63,23
Segundo Nivel	Porcentaje Ocupacional	65,80%	68,00%	73,50%
	Promedio Día Estancia	2,99	3,32	3,4
	Giro Cama	76,66	71,35	74,99
Tercer Nivel	Porcentaje Ocupacional	87,00%	87,10%	84,60%
	Promedio Día Estancia	5,18	5,12	5,48
	Giro Cama	66,28	67,66	58,41
Total País	Porcentaje Ocupacional	58,60%	59,00%	63,0%
	Promedio Día Estancia	3,14	3,2	3,23
	Giro Cama	65,1	64,82	66,61

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

El Porcentaje Ocupacional, se calculó con base en las 717 IPS que reportaron información relacionada con días cama disponible y días cama ocupada. A nivel nacional, los hospitales públicos mantuvieron en el año 2004 una ocupación de 63%, con un incremento de 4 puntos porcentuales frente a la ocupación de 2003. El nivel que tiene menor porcentaje de ocupación es el primero con 37,8%, seguido por el segundo nivel con 73,5% y finalmente el nivel más ocupado es el tercero con 84,6%.

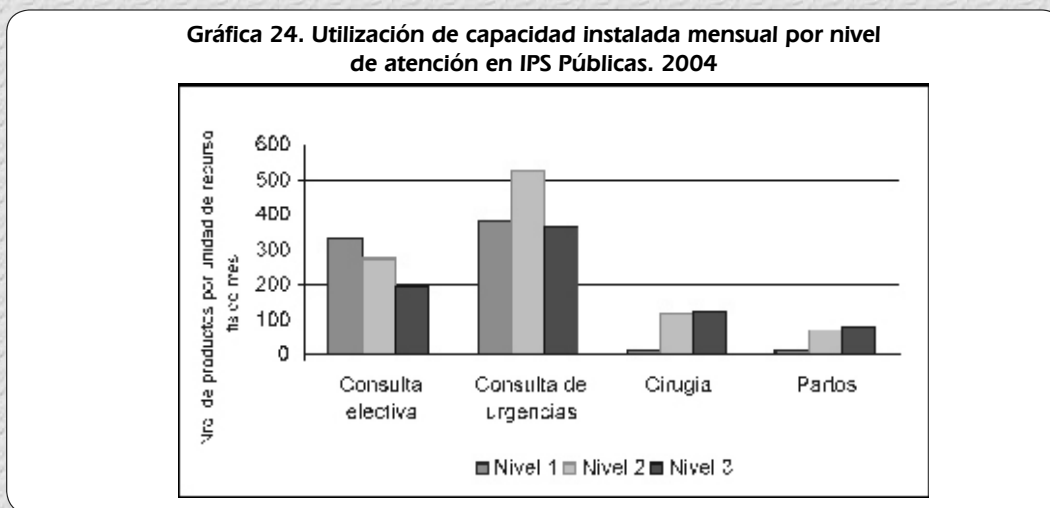
En la gráfica 23, se observa que las instituciones de primer nivel, son las que presentan un mayor número de IPS con muy baja ocupación, el 76% de éstas (428 IPS) presentan ocupaciones por debajo del 50%. El 46% de las IPS de segundo nivel (59 IPS), se encuentran en el intervalo de 50,1 y 75%. Y en el tercer nivel, se encuentran ocupaciones mayores al 75%, en el 83% de las IPS (19 IPS).



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

El Promedio día estancia, calculado como el número total de días estancia sobre el número de egresos, muestra que a nivel nacional durante 2004, cada egreso hospitalario implicó en promedio 3,23 días de hospitalización. Este promedio está directamente asociado con el nivel de atención de las instituciones; el promedio día estancia más bajo se presenta en el primer nivel con 1,85 días.

En relación con la utilización de los recursos físicos dispuestos para la atención ambulatoria, de cirugías y partos, en la gráfica 24, se presenta el número de productos promedio generados por mes en cada unidad de recurso.



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Con relación a la utilización de los consultorios de consulta externa, por cada consultorio en las instituciones de primer nivel se generaron 334 consultas de medicina general y especializada por mes, mientras que segundo y tercer nivel realizaron 274 y 179 consultas/mes, respectivamente.

En el servicio de urgencias, las instituciones de segundo nivel son las que en promedio utilizan más los consultorios, con 524 mensuales y el primero y tercer nivel tienen 383 y 364 respectivamente.

La utilización de quirófanos indica el número de cirugías realizadas en promedio en una sala de cirugía por mes. En los hospitales de primer nivel en el año 2004, se realizaron en promedio 15,7 cirugías por sala mensuales, en los de segundo nivel 116,6 y en los de tercer nivel 122,6.

En el caso de las mesas de partos, en cada mesa de partos en las instituciones de primer nivel se atiende menos de un parto diario con una rotación promedio de 12,9 partos mensuales, en segundo nivel se atienden 68,7 partos mensuales por mesa y en el tercer nivel 79,9.

## Recurso Humano de las IPS Públicas

El talento humano, se constituye en el recurso nuclear del funcionamiento de las IPS, por eso se realiza una descripción de la composición del mismo, teniendo en cuenta tanto el vinculado en la planta de personal como el contratado por servicios personales indirectos, así mismo, se analiza el costo y su influencia en el gasto total de las instituciones.

Como se puede observar en la Tabla 22, el 53% de los cargos de las IPS públicas en los dos años de comparación (2003 y 2004), pertenecen a las instituciones de primer nivel de atención, con un promedio de 43 funcionarios por institución, así mismo, el 67% de los funcionarios desarrollan actividades asistenciales y el 33% administrativas.



El 29% del personal está vinculado con instituciones de segundo nivel, con un promedio de 147 funcionarios por institución, desagregados, así: el 65% asistencial y el 35% administrativo.

Las Instituciones de tercer nivel que representan el 2% del total de instituciones, emplean el 18% del total de recurso humano de las IPS públicas, con un promedio de 477 funcionarios por IPS, del cual el 66% pertenece al área asistencial y el 34% a la administrativa.

**Tabla 22. Distribución de cargos por nivel de atención en las IPS públicas. 2003 y 2004**

Nivel	Asistencial				Administrativo				Total			
	2003	%	2004	%	2003	%	2004	%	2003	%	2004	%
1	23.990	66	24.037	67	12.125	34	12.021	33	36.115	53	36.058	53
2	13.033	64	12.723	65	7.218	36	6.769	35	20.251	30	19.492	29
3	8.002	69	8.094	66	3.576	31	4.126	34	11.578	17	12.220	18
Total	45.025	66	44.854	66	22.919	34	22.916	34	67.944	100	67.770	100

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

De acuerdo con la información de ejecución presupuestal de gastos, los funcionarios de las IPS públicas devengaron en promedio 23 asignaciones básicas mensuales en el año 2004. El tercer nivel de atención presenta el mayor número de asignaciones básicas anuales, 26 en promedio; el segundo nivel 24 y el primer nivel 22.

El recurso Humano en planta de las IPS públicas está clasificado en empleados públicos inscritos en carrera administrativa y no inscritos, en trabajadores oficiales, libre nombramiento y remoción, de periodo fijo y servicio social obligatorio. En la tabla 23, se observa la composición de la clasificación del recurso humano en el año 2004.

**Tabla 23. Composición de la Clasificación del Recurso Humano en Planta. 31-12-04**

Tipo de Clasificación / Nivel	Nivel I		Nivel II		Nivel III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Empleado público inscrito en carrera administrativa	14.658	40,6	10.128	52,2	5.816	47,7	30.602	45,2
Empleado público no inscrito en carrera administ.	10.651	29,5	5.132	26,4	4.517	37,0	20.300	30,0
Libre nombramiento y remoción	2.411	6,7	472	2,4	176	1,4	3.059	4,5
Período fijo	820	2,3	152	0,8	24	0,2	996	1,5
Servicio social obligatorio	2.948	8,2	550	2,8	34	0,3	3.532	5,2
Trabajador oficial	4.580	12,7	2.984	15,4	1.627	13,3	9.191	13,6
Total	36.068	100	19.418	100	12.194	100	67.680	100

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Como se puede observar, los empleados públicos inscritos en carrera administrativa son los más representativos en cada nivel, seguido por los no inscritos en carrera administrativa, que sumados alcanzan el 70,1% de los funcionarios en las instituciones de primer nivel, el 78,6% de los de segundo nivel y el 84,7% de los de tercer nivel; a su vez, los trabajadores oficiales representan el 12,7% de los funcionarios en las IPS públicas de primer nivel, el 15,4% en las de segundo y el 13,3% en las de tercero; por último, el 17,2% de los funcionarios restantes de las IPS de primer nivel corresponde a funcionarios de servicio social obligatorio, libre nombramiento y periodo fijo, el 6% de los funcionarios de las instituciones de segundo nivel y el 1,9% en las de tercer nivel.

## Servicios Personales Indirectos

Los servicios personales indirectos son los gastos destinados a atender la contratación de personas jurídicas y naturales para que presten servicios calificados o profesionales no desarrollados con personal de planta, los cuales se encuentran detallados en la Tabla 24.

**Tabla 24. Participación de los Servicios Personales Indirectos en el total del Gasto de Personal. 2002 a 2004.**

Millones de pesos constantes a 2004				
Rubro / Año	2002	2003	2004	% Variación 02 - 04
Valor Comprometido por contratación de Servicios Personales Indirectos	425.469	517.632	736.451	73
Valor Total Comprometido en Gasto de Personal	2.145.080	2.171.788	2.226.439	4
Participación de los Servicios Personales Indirectos en el Total de Gasto de Personal	20%	24%	33%	67%

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Por tipo de labor, el 75% del gasto comprometido en servicios personales indirectos está dirigido a labores asistenciales y el 25% a labores administrativas, con ligeras variaciones por nivel de atención de las instituciones.

## Ingresos de las IPS Públicas

En la descripción de la situación de ingresos de las instituciones, se han tenido en cuenta únicamente los considerados ingresos de la operación corriente, que excluyen la disponibilidad inicial y las cuentas por cobrar de vigencias anteriores.

Para el año 2004, el ingreso total reconocido de los hospitales públicos ascendió a \$4,08 billones de pesos, con un incremento del 4,62% frente al año inmediatamente anterior y 12,7% con respecto a los valores de 2002. Por niveles de atención el 45% corresponde a instituciones de primer nivel, el 32% a instituciones de segundo y el 23% restante a instituciones de tercer nivel.

**Tabla 25. Ingresos reconocidos por nivel de atención y por fuente  
IPS públicas 2002-2004  
Millones de \$ de 2004**

Nivel	Fuente	2002	2003	2004	% Variación 02/04
Primer nivel	Ingresos de explotación	1.457.895	1.584.684	1.688.879	15,8
	Otros ingresos corrientes	35.637	61.107	51.061	43,3
	Ingresos de capital	52.668	58.795	62.916	19,5
	Otros ingresos	13.670	29.244	17.770	30,0
	Total	1.559.871	1.733.830	1.820.627	16,7
Segundo nivel	Ingresos de explotación	1.131.498	1.209.658	1.234.769	9,1
	Otros ingresos corrientes	21.843	20.932	31.304	43,3
	Ingresos de capital	10.262	13.584	26.595	159,1
	Otros ingresos	5.520	11.122	11.890	115,4
	Total	1.169.124	1.255.296	1.304.558	11,6
Tercer nivel	Ingresos de explotación	837.417	860.392	888.849	6,1
	Otros ingresos corrientes	21.223	20.207	43.240	103,7
	Ingresos de capital	18.853	14.603	14.004	-25,7
	Otros ingresos	11.330	13.449	6.640	-41,4
	Total	888.822	908.652	952.733	7,19
Total país		3.617.817	3.897.778	4.077.918	12,72

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

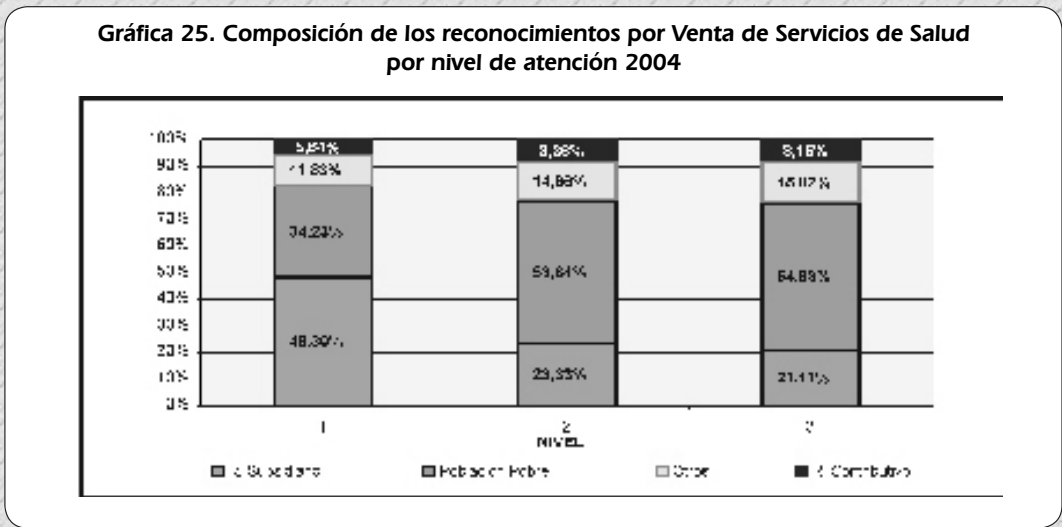
En la Tabla 26, se observa que el rubro de venta de servicios de salud a lo largo de los tres años, tuvo un incremento significativo en 2004 respecto del 2002; los regímenes que tuvieron reducción en el mismo periodo de tiempo fueron el contributivo y SOAT-ECAT, aunque en general, los ingresos por venta de servicios aumentaron en 11,58%, equivalentes a \$360.407 millones de pesos.

**Tabla 26. Reconocimientos por venta de servicios de salud.  
IPS públicas. 2002-2004  
Millones de \$ de 2004**

Fuente	2002	2003	2004	% Variación 02/04
Subsidiado	1.041.191	1.091.740	1.190.862	14,37
Contributivo	256.752	248.717	245.510	-4,38
Población Pobre	1.361.703	1.501.146	1.564.246	14,87
SOAT – ECAT	98.003	78243	79.799	-18,57
Otros	355.447	390.852	393.086	10,59
Total	3.113.096	3.310.699	3.473.504	11,58

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Al analizar la situación de recaudos de los hospitales públicos en los tres años, se encuentra que el ingreso total recaudado en el año 2004 fue de \$3,5 billones, mostrando un incremento de 2,99% con respecto al año anterior, y una reducción de 2,3% con relación al año 2002.



Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
 Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Este análisis por niveles muestra que el 46,93% de lo que se recaudó en 2004 corresponde a ingresos de hospitales de primer nivel, 16% menos respecto a los valores de 2002; el 30,65% corresponde a los ingresos de hospitales de segundo nivel, 13,4% más que en el 2002, y el 22,42% restante correspondiente a hospitales de tercer nivel con un incremento de 15,3%. En general los recaudos de los hospitales públicos del país tuvieron una reducción de 2,3% en 2004 con respecto a 2002.

**Tabla 27. Ingresos Recaudados por Nivel. Hospitales públicos. 2002-2004**  
 Millones de \$ de 2004

Nivel	2002	2003	2004	% Composición 2004	% Variación 02/04
Primer Nivel	1.932.153	1.594.327	1.622.499	46,93	-16,0
Segundo Nivel	934.141	1.011.740	1.059.665	30,65	13,4
Tercer Nivel	672.335	750.771	774.961	22,42	15,3
Total	3.538.629	3356.837	3.457.126	100,00	-2,3

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
 Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

## Gastos de las IPS Públicas

Para el año 2004, el gasto total comprometido de los hospitales públicos ascendió a \$3,96 billones de pesos, con un incremento del 4,61% frente al año inmediatamente anterior y 15,2% con respecto a los valores de 2002.

En el año 2004, el 45% de los gastos de los hospitales públicos del país corresponde a instituciones de primer nivel de atención. Los gastos de los hospitales de segundo nivel corresponden al 31% del total de gastos de los hospitales públicos y los de tercer nivel, con una participación del 24% del total de gastos.

**Tabla 28. Gastos Comprometidos por Nivel de Atención  
IPS Públicas. 2002-2004  
Millones de \$ de 2004**

Nivel	2002	2003	2004	% Composición 04	% Variación 02/04
Primer Nivel	1.479.416	1.692.439	1.781.458	45,0	20,42
Segundo Nivel	1.102.058	1.167.344	1.228.746	31,0	11,50
Tercer Nivel	856.678	927.612	951.712	24,0	11,09
Total	3.438.152	3.787.395	3.961.916	100,0	15,23

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

En la composición de los gastos comprometidos, se observa que el 75,2% del total de los mismos corresponde a los gastos de funcionamiento, participación que ha ido disminuyendo a lo largo de los tres años de estudio, ya que en 2002 era del 79,6% y en 2003 de 76,4%, puntos que han ganado los gastos de Inversión entre estos años. Aunque los gastos de funcionamiento hayan bajado la participación dentro del total, tuvieron un incremento de 8,88% con respecto a los valores de 2002.

**Tabla 29. Gastos Comprometidos por Concepto  
IPS públicas. 2002-2004  
Millones de \$ de 2004**

Concepto	2002	2003	2004	% Composición 04	% Variación 02/04
Gastos de funcionamiento	2.736.099	2.892.864	2.979.085	75,2	8,88
Gastos de operación, comercialización y prestación de servicios	475.499	545.866	584.291	14,7	22,88
Inversión	209.089	329.593	384.159	9,7	83,73
Deuda pública	17.465	19.072	14.380	0,4	-17,66
Total	3.438.152	3.787.395	3.961.916	100,0	15,23

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Respecto a los gastos de operación, comercialización y prestación de servicios, el primer nivel aumentó en 35,4% mientras que segundo y tercer nivel aumentaron en 20,4% y 13,2% respectivamente. Una de las mayores variaciones fue en gastos de Inversión mostrando en el tercer nivel un aumento de 103%, en segundo nivel de 78,3% y en primero el 67,2%, posiblemente asociado con el proceso de habilitación.

## Pasivo total de las IPS Públicas

En la siguiente tabla se presenta el valor correspondiente al pasivo por cada uno de los grupos que lo conforman en los años 2002, 2003 y 2004.

**Tabla 30. Pasivo total desagregado por grupos IPS públicas. 2002, 2003 y 2004**  
Millones de pesos corrientes

Grupo	2002	2003	2004	% Variación 02-04
Servicios personales *	859.649	926.716	746.540	-13,16
Cuentas por pagar	890.963	1.018.409	1.233.973	38,50
Obligaciones financieras	54.190	71.935	57.608	6,31
Mesadas pensionales	12.112	14.894	23.151	91,14
Otros pasivos	187.175	194.423	283.369	51,39
<b>Total Pasivo</b>	<b>2.004.087</b>	<b>2.226.377</b>	<b>2.344.641</b>	<b>16,99</b>

\*Incluye pasivos no exigibles en el corto plazo (Cesantías Retroactivas)

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS

Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

El decrecimiento que presentó en su participación el grupo de servicios personales, se evidencia por la disminución porcentual que presentaron en este grupo las IPS de tercer nivel al pasar del 35% en 2002 al 29% en 2004, y el mayor incremento de las cuentas por pagar se refleja en las IPS de segundo nivel que pasaron del 30,7% en 2002 al 55,5% en 2004, presentando una variación del 150.4%.

**Tabla 31. Variación de las cuentas de servicios personales del pasivo.**  
IPS Públicas por nivel. 2002 a 2004

Grupo/Variación	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total
	% 2002-2004	% 2002-2004	% 2002-2004	% 2002-2004
Nómina	-14,3	-15,6	-44,1	-25,9
Prestaciones Sociales	-4,5	-21,1	-14,7	-14,0
Otras deudas laborales	25,5	16,5	-25,0	8,5
Servicios Personales Indirectos	33,0	29,2	-28,5	14,2
<b>Total Servicios Personales</b>	<b>-0,9</b>	<b>-9,1</b>	<b>-27,2</b>	<b>-13,2</b>

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS

Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Aquí se observa que las obligaciones por nómina disminuyen en 25,9% entre 2002 y 2004, generado por la disminución del 44% que presentaron las instituciones de tercer nivel de atención.

## Cuentas por Pagar

Como el grupo de cuentas por pagar es el más representativo dentro del pasivo total y además, presenta un crecimiento entre 2002 y 2004, se hace necesario conocer su comportamiento.

**Tabla 32. Participación porcentual de las cuentas del grupo cuentas por pagar del pasivo de las IPS públicas en los años 2002, 2003 y 2004**

Grupo/Variación	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
	% 2002-2004	% 2002-2004	% 2002-2004
Proveedores	44,8	45,0	62,4
Aportes Patronales y Parafiscales	20,8	18,5	12,3
Servicios Públicos	5,4	4,9	2,5
Otras Cuentas por Pagar	28,9	31,6	22,8

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

La participación de las obligaciones con proveedores ha incrementado en las IPS públicas pasando de 44.8% en 2002 a 62.4% en 2004, siendo éstas las más representativas en el total de cuentas por cobrar, sin embargo, en las demás cuentas baja la participación en 2004 con respecto a 2002.

## Cartera de las IPS Públicas

El presente informe hace un análisis descriptivo de la cartera que tienen las IPS públicas, con corte a 31 de diciembre de los años 2003 y 2004.

Se consideraron como cartera, las cuentas por cobrar con más de 60 días, y se presenta la información de forma desagregada, por deudor, nivel de atención de las IPS y edad de la cartera.

Como se observa en la tabla 33, la cartera total de las IPS públicas entre los años 2003 y 2004 se incrementó en 13,02%, a expensas principalmente del incremento de las cuentas por cobrar a las entidades territoriales y otros deudores diferentes a las EPS del régimen contributivo y subsidiado.

**Tabla 33. Cartera total de las IPS públicas por tipo de deudor. 2003 – 2004**  
Millones de \$ de cada año

Tipo deudor	2.003		2.004		Variación 03/04
	Valor total	%	Valor total	%	
Régimen Subsidiado	398.446	37,9	368.364	31,0	-7,55
Régimen Contributivo	160.135	15,2	158.801	13,4	-0,83
Entidades territoriales	249.546	23,8	342.987	28,9	37,44
Otros	242.579	23,1	317.309	26,7	30,81
Total general	1.050.706	100,0	1.187.461	100,0	13,02

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

Tal como se presenta en la siguiente tabla, más del 54% de la cartera de las IPS públicas en los dos años analizados, corresponde a cuentas por cobrar de más un año.

**Tabla 34. Antigüedad de la cartera de las IPS públicas. 2003 – 2004**  
Millones de \$ de cada año

Antigüedad	2.003		Antigüedad	2.004		Variación 03/04
	Valor	%		Valor	%	
Causada en 2003	477.550	45,45	Causada en 2004	459.630	38,71	-3,75
Causada en 2002 y anteriores	573.156	54,55	Causada en 2003 y anteriores	727.831	61,29	26,99
Total	1.050.706	100,0	Total	1.187.461	100,0	13,02

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios. MPS  
Información reportada por las IPS públicas-Decreto 2193 de 2004.

## 2.6.2. IPS Públicas del Orden Nacional que prestan servicios al ISS

A raíz de la expedición por el Gobierno Nacional el 31 de marzo de 2003 del Documento CONPES 3219 donde se planteaban cifras que evidenciaban la inviabilidad financiera del ISS, la Entidad inicia una serie de acciones en la búsqueda de la flexibilización del gasto y del mejoramiento de la gestión interna, y como consecuencia presenta los estudios que proponen y soportan la separación de la prestación de servicios de salud de los demás negocios de ISS, acto efectuado a través del Decreto Ley 1750 de 2003, que creó siete Empresas Sociales del Estado, que iniciaron su funcionamiento el 26 de junio de 2003.

**Tabla 35. Nombres, departamentos de cobertura y sedes**  
Empresas Sociales del Estado creadas por el Decreto 1750 de 2003

Nombre	Departamentos	Sede
ESE Rafael Uribe Uribe	Antioquia, Chocó y Córdoba	Medellín
ESE José Prudencio Padilla	Guajira, Bolívar, Atlántico, Magdalena, Cesar, Sucre y San Andrés y Providencia	Barranquilla
ESE Antonio Nariño	Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo	Cali
ESE Luis Carlos Galán Sarmiento	Bogota D. C.	Bogotá D. C.
ESE Policarpa Salavarrieta	Cundinamarca, Caquetá, Boyacá, Casanare, Tolima, Huila y Meta	Bogotá D. C.
ESE Francisco de Paula Santander	Santander, Norte de Santander y Arauca	Cúcuta
ESE Rita Arango Álvarez del Pino	Risaralda, Caldas y Quindío	Pereira

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.



## Situación Financiera de las ESE escindidas del ISS

Presupuesto de gastos definitivos: El total de gastos ejecutados en el año 2004 alcanzaron un billón de pesos, como se observa en la tabla 36.

**Tabla 36. Evolución del Gastos - Presupuesto Definitivo 2004**  
Miles de pesos Constantes de 2004

ESE	Pesos Año 2004 ( \$ )
Antonio Nariño	176.114.311
Francisco de Paula Santander	85.642.917
José Prudencio Padilla	145.569.639
Luis Carlos Galán Sarmiento	262.877.858
Policarpa Salavarrieta	100.913.032
Rafael Uribe Uribe	153.666.802
Rita Arango de Álvarez	75.683.604
Total general	1.000.468.163

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

Los gastos de funcionamiento se componen de tres grandes rubros que son: 1. Gastos de Personal, que a su vez se compone de los rubros de Servicios personales asociados a la nómina y de Servicios Personales Indirectos; 2. Gastos Generales y 3. Transferencias Corrientes.

**Tabla 37. Gastos de Funcionamiento – Presupuesto Definitivo 2004**  
Miles de pesos Constantes de 2005

	Concepto	Presupuesto definitivo 04
Total general	Gastos de Personal	438.363.788
	Gastos Generales	141.970.389
	Otros gastos de Funcionamiento	103.165.965
	Total	683.500.142

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

En el año 2004 se registró por concepto de Gastos de Funcionamiento en los presupuestos definitivos, la cifra de \$ 683.5 mil millones, como se observó en la Tabla 37.

**Presupuesto de ingresos definitivos:** La información del ingreso se realizó considerando el presupuesto definitivo y el recaudo efectivamente realizado en cada vigencia. No se contó con la información de reconocimiento presupuestal.

**Tabla 38. Comportamiento de los Ingresos Presupuesto Definitivos 2003-2005**  
Miles de pesos Constantes de 2005

Total	Ingresos 2004 (\$)	
	Definitivo	Recaudado
Total general	958.148.159	776.548.499

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

## Costo total de las plantas de personal

El costo total de las plantas de personal de las 7 instituciones, con un universo de 11.866 cargos, incluyendo el salario, los factores salariales, las prestaciones sociales, los beneficios salariales, los aportes patronales y las contribuciones parafiscales, asciende a \$391.5 mil millones para el año 2005, distribuido así: el 45,7% del total del costo, es decir, \$ 178,7 mil millones corresponden a las asignaciones básicas, el 23,8%, corresponde a los otros asociados a nómina en donde se sumaron los costos originados en subsidio de alimentación, auxilio de transporte, trabajo suplementario, prima técnica y gastos de representación y las prestaciones sociales que incluyen todas las primas, las dotaciones y la bonificación especial de recreación.

Una vez realizados los cálculos se pudo establecer que los 11.866 cargos de las instituciones causan 26,3 asignaciones básicas al año en promedio (ABA) por funcionario, que se distribuyen como lo muestra la Tabla 39.

**Tabla 39. Comparativo de las Asignaciones Básicas al Año (ABA) en promedio**

Concepto	Red Pública	Red Privada	Red ISS
Sueldos	12,0	12,0	12,0
Prestaciones	6,7	3,9	6,2
Convencionales – Otros	1,4	0,0	3,8
Aportes y Contribuciones	4,6	4,1	4,2
Total	24,7	20,0	26,3

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

## Costos de las planta de personal por Tipo de Funciones

Clasificadas en tres grandes grupos:

- **Asistenciales** en donde se encuentra el personal médico y de enfermería y los profesionales y auxiliares en salud que tienen relación directa con el cumplimiento de la misión de la entidad, es decir, la recuperación del equilibrio físico y mental de los ciudadanos afiliados y beneficiarios.
- **Administrativas** los cargos con funciones misionales no ligadas a la atención de pacientes y que sirven de soporte para el adecuado funcionamiento de la entidad, y
- **Operativas** los cargos de servicios generales, conductores, celadores y los trabajadores oficiales, que desempeñan funciones de apoyo logístico que no se considera directamente ligado a la misión institucional.

**Tabla 40. Costo de las Plantas de Personal según Tipo de Funciones**  
Miles de pesos de 2.005

Tipo de Funciones	Número Funcionarios	Costo total en Miles \$	ABA Asignaciones Básicas Año
Administrativo	2.407	62.460.890	23,5
Asistencial	7.645	287.181.296	26,7
Operativo	1.814	41.940.475	28,5
Total	11.866	391.582.661	26,3

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

Los cargos con funciones asistenciales se destacan por ser los más numerosos y equivalen al 64% del total de cargos de las plantas de personal, causando costos equivalentes al 73% del total de costos de personal de las instituciones.

## Capacidad Instalada

Las 7 ESE en su conjunto cuentan con 174 Centros de Atención Ambulatoria-CAA en operación y 36 clínicas en funcionamiento como se aprecia en la tabla.

**Tabla 41. Número de Centros de Atención Ambulatoria y Clínicas en funcionamiento por ESE**

Entidad (ESE)	CAA en operación	Clínicas en funcionamiento
Rafael Uribe Uribe	26	4
José Prudencio Padilla	22	8
Antonio Nariño	27	9
Luis Carlos Galán S.	18	5
Policarpa Salavarrieta	47	4
Fco. de Paula Santander	14	3
Rita Arango Alvarez	20	3
Total	174	36

Fuente: Dirección General de Calidad de Servicios.  
Cálculos del MPS con base en información reportada por las ESE.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Aguilar Luis F. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El enfoque de políticas públicas. 2º. Foro Internacional Movilización por la primera infancia. Bogotá Junio de 2005.
2. Arango. Carlos. Revisión de los factores que en la actualidad afectan la viabilidad del hospital público en Colombia. Bogotá, Agosto 2004.
3. ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina: formación, distribución y bases para una propuesta política. Bogotá, Febrero 2000.
4. Braveman P., Grunsky S. J Epidemiol Community Health. Equidad en salud- Defining Equity in Health - 2003; 57:254-258.
5. Centro de Gestión Hospitalaria. Teresa M. Tono MD PhD. Propuesta de Política de Prestación de Servicios de Salud período 2002-2006. Bogotá, 2002.
6. Cheibub, José Antonio; Przeworski José Antonio, Accountability for Economic Outcomes. On Democracy Accountability and Representation. Edited by Adam Przeworski, Susan C. Stokes, Bernard Manin, Cambridge University Press. 1999. Pag. 225.
7. DANE La fecundidad en Colombia según el censo de 1993. Estimaciones departamentales y municipales 1998.
8. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Estimaciones departamentales de la mortalidad infantil 1985-1993. Bogotá 1998.
9. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Registro de nacimientos y defunciones. Bogotá, 2005.
10. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas Vitales. Registro de nacimientos y defunciones del año 2002. Bogotá, 2002.
11. DANE. Dirección de Censos y Demografía. Proyecciones de la población. Estimaciones de la población con base en censo de 1993. Bogotá.
12. Departamento Nacional de Planeación. Archivos de Economía. Evolución de los resultados de la educación en Colombia (1997-2003). Bogotá, 2003.
13. Departamento Nacional de Planeación. Bases para el Plan Nacional de Desarrollo 2002- 2006. Capítulo III. Construir Equidad Social. Bogotá, 2002.
14. Departamento Nacional de Planeación. Comisión para la formulación del Plan Nacional de Desarrollo de la población Afrocolombiana. Bogotá, 1998.
15. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3175. Bogotá, Julio 2002.
16. Departamento Nacional de Planeación. Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3204. Política de prestación de servicios para el Sistema de Seguridad Social en Salud y asignación de recursos del presupuesto general de la Nación. Bogotá, Noviembre 2002.

17. Departamento Nacional de Planeación. Sistema de Cuentas de Salud en Colombia. Bogotá, 2002.
18. Estrada Villa Armando. Políticas públicas y sistemas políticos. Proyecto Gestión de Políticas Públicas – Conferencia. Septiembre 2002.
19. Fundación Corona – Universidad del Rosario. Principales Estudios sobre la Sostenibilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. Bogotá, Octubre 2004.
20. Instituto de Seguros Sociales ISS, Profamilia, Instituto Nacional de Cancerología INC. Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes. Bogotá, 1994.
21. Instituto Nacional de Salud Colombia. Prevalencia de los desórdenes por deficiencia de yodo en Colombia 1994-1996. Bogotá.
22. Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Instituto Nacional de Salud. Estudio de prevalencia al VIH con HSH en Bogotá. Bogotá, 2000.
23. Magda Ruiz: Proyecto DANE-MPS. Estudio de Mortalidad Materna 2004.
24. Martín Mckee & Judith Healy. Bulletin of the World Health Organization. Role of the hospital in changing environment. 2000, 78 (6).
25. Ministerio de la Protección Social – Departamento Nacional de Planeación. Política nacional de reestructuración de hospitales públicos e implementación del programa de modernización de redes de prestación de servicios de salud. Documento marco. Noviembre 2001.
26. Ministerio de la Protección Social. Grupo Interinstitucional para la Política Farmacéutica Nacional. Política Farmacéutica Nacional. 2004.
27. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud, OPS/OMS. Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 2003. Bogotá, 2003.
28. Ministerio de la Protección Social. Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud. Documentos varios.
29. Ministerio de Salud – SA-SER. Proyecto CO-0033 Préstamo 716/OC- CO. Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud Proyecto CO-0033. Octubre 2002.
30. Ministerio de Salud- Dirección General de Financiamiento y Gestión de Recursos - Grupo de Recursos fiscales del Ministerio de Salud. Ejecución de ingresos y gastos de las instituciones de la red pública de salud, remitida por las Direcciones Seccionales. Análisis del comportamiento de los ingresos y los gastos de la red pública de instituciones prestadoras de servicios de salud años 1993 a 2000. Julio 2000.
31. Ministerio de Salud. Decreto por el cual se reglamenta la organización y consolidación de Redes para articular las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - Proyecto de Decreto - 2002.
32. Ministerio de Salud. Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud. Mauricio Calderón Ortiz. Hacia una política de desarrollo hospitalario integral. La Crisis: Problemas y Soluciones. Presentación Ponencia Doctora Sara Ordóñez Noriega. Bogotá, Agosto 2000.
33. Ministerio de Salud. Dirección General de Desarrollo de la Prestación de Servicios de Salud. Política de prestación de servicios – Versión 3. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Abril 2002.

34. Ministerio de Salud. Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud. Mauricio Calderón. Apuntes para una política nacional de atención en salud - La red hospitalaria Colombiana - El rol del primer nivel de atención. Bogotá, Diciembre 2000.
35. Ministerio de Salud. Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud. Iván Jaramillo Pérez. La reforma de la seguridad social en salud y la red hospitalaria colombiana. Gestión, Desarrollo, Crisis y Alternativas. Noviembre 1º de 2000.
36. Ministerio de Salud. II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de enfermedades crónicas –ENFREC II, Bogotá 1998.
37. Ministerio de Salud. Programa Universidad de Harvard. Estudio Prestación de Servicios – Capítulo 6. 1996.
38. Molina Carlos Gerardo. INDES. Modelo de formación de políticas y programas sociales – Interactivo e Iterativo -Diseño y Gerencia de Políticas y Programas Sociales. 2002.
39. OPS - Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 3. Marisol Concha y Ximena Aguilera. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud.
40. Presidencia de la República de Colombia. SINERGIA. Balance Resultados Plan Desarrollo a3 años. Bogotá, Julio 2005.
41. PROFAMILIA, DHS/IRD Colombia. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud -EPDS, 1990.
42. PROFAMILIA. Encuestas Nacionales de Demografía y Salud 1990. 1995, 2000, 2005.
43. Schedler, Andreas Conceptualizing Accountability. In the Self-Restraining State: Power and Accountability in New Democracias. Andreas Schedler, Larry Diamond y Mark Plattner. Boulder y Londres: Lynne Rienner, 199. pp. 14-16.
44. Starfield B.. Basics concepts in population health and health care. Journal of Epidemiology and Community Health. Jul 2001; 55, 7; Pg 452.
45. Tapia Granados J.A.. Journal of Epidemiology and Community Health. Economics, demography, and epidemiology: an interdisciplinary glossary. Dec 2003; 57:12; Medline pg 929-935.