

**USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACIÓN AFILIADA
AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2006**

SANDRA MILENA ESPITIA FORERO

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL ACEMI
CHIA, CUNDINAMARCA
2011**

**USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LA POBLACIÓN AFILIADA
AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN COLOMBIA DURANTE EL AÑO 2006**

SANDRA MILENA ESPITIA FORERO
Tesis de Grado para optar al título de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

ASESORES DE TESIS
DOCTORA SANDRA MARCELA CAMACHO ROJAS
MÉDICA ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA Y MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
DIRECTORA MÉDICA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE
MEDICINA INTEGRAL ACEMI

DOCTOR FRANCISCO LAMUS LEMUS
MÉDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Y MAGISTER EN SALUD PÚBLICA
JEFE DEL AREA DE SALUD DE LA POBLACIÓN Y PROYECCIÓN SOCIAL
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL ACEMI
CHIA, CUNDINAMARCA
2011

AGRADECIMIENTOS

Por la presente agradezco a los doctores Sandra Marcela Camacho y Francisco Lamus Lemus, por su tutoría y acompañamiento en la concepción, planteamiento y desarrollo de este proyecto. Por todas las enseñanzas impartidas durante estos once meses de trabajo, gracias. A ACEMI por abrir sus puertas hacia el intercambio académico con una de las instituciones educativas más reconocidas de este país como lo es la Universidad de La Sabana; gracias a ello logré llevar a cabo esta investigación. Finalmente a mi familia por su paciencia y apoyo en todo sentido y por celebrar conmigo la construcción y finalización de este proyecto.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	III
CONTENIDO	4
DEFINICIONES	8
SIGLAS	9
3. RESUMEN GENERAL.....	10
4. INTRODUCCION.....	11
5. JUSTIFICACION	12
6. OBJETIVOS	13
6.1. OBJETIVO GENERAL:	13
6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:	13
7. REVISION DE LITERATURA.....	14
7.1. REGLAS DEL SISTEMA.....	14
7.2 DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	16
7.3 DE LAS FUENTES DE INFORMACION	22
8. METODOS	23
8.1. TIPO DE ESTUDIO	23
8.2 POBLACION OBJETO	23
8.3 FUENTES DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	23
8.3.1 <i>Confiabilidad de la Información</i>	24
8.4 VARIABLES	24
8.4.1 <i>Demográficas</i>	24
8.4.2 <i>Servicios de Salud</i>	25
8.5 CRITERIOS DE INCLUSION	25
8.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	27
8.6.1 <i>Estructura de la Información</i>	27
8.6.2 <i>Calidad de la Información</i>	27
8.6.3 <i>Contenido</i>	28

8.6.4 Agrupación de los Datos	28
8.6.5 Cálculo de la Extensión de Uso.....	30
8.7 ANÁLISIS	30
8.7.1 Análisis de los Datos	30
9. LIMITACIONES	31
10. RESULTADOS	32
10.1 SELECCIÓN DE EPS	32
10.2 DESCRIPCIÓN DEMOGRAFICA.....	33
10.3 COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	35
10.3.1 Primer Nivel de Desagregación - Ámbitos	35
10.3.1.1 Ámbitos por Edad en Quinquenios.....	36
10.3.1.2 Ámbitos por Edad en Quinquenios y Género	37
10.3.1.3 Ámbitos por Zona Geográfica	38
10.3.2 Segundo Nivel de Desagregación – Ambulatorios	39
10.3.2.1 Ambulatorios por Edad en Quinquenios.....	40
10.3.2.2 Ambulatorios por Zona Geográfica.....	41
10.3.3 Dispersión por Ámbitos.....	41
10.3.4 Dispersión por Ambulatorios	44
10.3.5 Parámetro de Referencia basado en Estándares (Green).....	45
11. DISCUSION	47
12. CONCLUSIONES	49
13. RECOMENDACIONES.....	51
14. ANEXOS.....	51
1. SOBRE LA POBLACIÓN	51
2. ANALISIS DEMOGRAFICO.....	55
3. ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	56
4. TABLA COBERTURA POR ÁMBITO – EDAD POR QUINQUENIOS.	58
5. TABLA PRIMER NIVEL DE DESAGREGACIÓN – ÁMBITOS – GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO	59
6. TABLA COBERTURA AMBULATORIOS POR EDAD EN QUINQUENIOS.....	60
7. CÓDIGO CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD CUPS - EJEMPLO AGRUPADOR FINAL	61

INDICE DE TABLAS

TABLA N°1. SELECCIÓN DE EPS.....	32
TABLA N°2 COBERTURA PRIMER NIVEL DE DESAGREGACIÓN - ÁMBITOS.....	35
TABLA N°3 COBERTURA ÁMBITOS POR ZONA GEOGRÁFICA	38
TABLA N°4 COBERTURA SEGUNDO NIVEL DE DESAGREGACIÓN - AMBULATORIOS.....	39
TABLA N°5. COBERTURA POR AMBULATORIOS – ZONA GEOGRÁFICA.....	41
TABLA N°6 DISPERSIÓN POR ÁMBITOS.	42
TABLA N°7 DISPERSIÓN POR AMBULATORIOS.....	44

INDICE DE GRAFICOS

<i>GRÁFICO N°2. DISTRIBUCIÓN DEMOGRÁFICA POR EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN OBJETO</i>	<i>33</i>
<i>GRÁFICO N°4 COBERTURA POR ÁMBITO – EDAD POR QUINQUENIOS</i>	<i>37</i>
<i>GRÁFICO N°5 COBERTURA POR ÁMBITO – GÉNERO</i>	<i>38</i>
<i>GRÁFICO N°6 COBERTURA POR AMBULATORIOS – EDAD POR QUINQUENIOS</i>	<i>40</i>
<i>GRÁFICO N°7. DISPERSIÓN POR ÁMBITOS TODOS LOS SERVICIOS – AMBULATORIOS</i>	<i>43</i>
<i>GRÁFICO N°8. DISPERSIÓN POR ÁMBITOS. URGENCIAS - HOSPITALARIO</i>	<i>43</i>
<i>GRÁFICO N°9. DISPERSIÓN POR AMBITOS ALTO COSTO – ATENCIÓN DOMICILIARIA</i>	<i>44</i>
<i>GRÁFICO N°10 USO DE SERVICIOS DE SALUD ESTUDIO U.SABANA – ACEMI.</i>	<i>46</i>
<i>GRÁFICO N°11 USO SERVICIOS DE SALUD ESTUDIO.....</i>	<i>46</i>

INDICE DE ANEXOS

1. SOBRE LA POBLACIÓN	51
2. ANALISIS DEMOGRAFICO.....	55
3. ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	56
4. TABLA COBERTURA POR ÁMBITO – EDAD POR QUINQUENIOS.....	58
5. TABLA PRIMER NIVEL DE DESAGREGACIÓN – ÁMBITOS – GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO.....	59
6. TABLA COBERTURA AMBULATORIOS POR EDAD EN QUINQUENIOS.....	60
7. CÓDIGO CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD CUPS - EJEMPLO AGRUPADOR FINAL	61
8. TABLA DIFERENCIAS POR EDAD Y ZONA GEOGRAFICA.....	62

DEFINICIONES

- **USO:** Es la interacción entre los seres humanos y determinadas condiciones lo cual enmarca el acceso a la salud, es decir el individuo actúa en respuesta a su demanda y obtiene un servicio.
- **EXTENSION DE USO:** Componente de la utilización que determina el número de personas diferentes que usan los servicios en un periodo de tiempo establecido.
- **AFILIADOS COMPENSADOS:** Son aquellos que realizan efectivamente el pago en el período y por tanto corresponden a las UPC efectivamente reconocidas por la subcuenta de compensación del FOSYGA, es decir, los afiliados por los que el FOSYGA efectivamente realiza el pago mensual de la prima a las empresas prestadoras de salud.

SIGLAS

- CUPS: Código Clasificación Única de Procedimientos en Salud, corresponde a un ordenamiento lógico y detallado de los procedimientos e intervenciones que se realizan en Colombia, identificados por un código y descritos por una nomenclatura validada por los expertos del país.
- FOSYGA: El Fondo de Solidaridad y Garantía es el ente encargado de administrar los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- POS: Según el Sistema General de Seguridad Social en Salud el Plan Obligatorio de Salud corresponde al plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.
- RC: Régimen Contributivo, parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud a la que pertenecen los trabajadores dependientes e independientes con capacidad de pago de manera obligatoria en Colombia.
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- UPC: Unidad de Pago por Capitación, prima que le reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las aseguradoras por cada afiliado en función de su edad, sexo y zona geográfica en la cual habita.
- EPS: Dentro del sistema general de seguridad social corresponde a las entidades promotoras de salud.

Este proyecto se ha concebido y desarrollado gracias a la Cooperación Interinstitucional entre ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) y la Universidad de la Sabana Facultad de Medicina Área de Salud Pública y Proyección Social, a través de sus representantes quienes además, son responsables independientes de la exactitud de los datos e integralidad del análisis, así como los juicios y opiniones expresados libremente en el manuscrito.

3. RESUMEN GENERAL

La Universidad de la Sabana a través de su Facultad de Medicina y el Área de Salud Pública, en convenio interinstitucional con ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral), realizan el estudio “Uso de los Servicios de Salud por parte de la población afiliada al régimen contributivo durante el año 2006”, como parte de una serie de planteamientos que responden a la necesidad de conocer con más detalle la organización de los servicios de salud en Colombia, teniendo como base el análisis de los datos suministrados por las EPS afiliadas a ACEMI. Este estudio se realiza con el fin de describir el comportamiento del uso de los servicios de salud a través del cálculo de la extensión de uso de los servicios y teniendo en cuenta que la población objeto es la afiliada al régimen contributivo (RC) durante el año 2006 en Colombia, para las EPS que cumplieron los criterios de inclusión. Del mismo modo con este estudio se quiere crear una línea de base para futuros estudios sobre otros componentes del uso de servicios, y entender mejor el escenario donde los profesionales en Medicina Familiar podrían cumplir su rol de articulador y proveedor de atención primaria dentro del sistema de salud.

4. INTRODUCCION

El conocimiento de los sistemas de salud en Colombia, incluye el análisis que los profesionales en salud deben realizar sobre la interacción entre sus pacientes y los recursos disponibles de salud, es decir observar las articulaciones entre el sistema y los individuos, independiente de su área de dominio. Un primer paso es conocer como es la utilización de los servicios de salud y para esto se debe tener en cuenta como se están prestando.

Es por esto que a través del presente estudio, se quiere describir y realizar un acercamiento hacia la utilización de los Servicios de Salud, en Colombia y teniendo como población sujeto del estudio, aquella afiliada al régimen contributivo (RC). Así mismo se explora el año 2006 por ser el periodo para el cual existe disponibilidad de la información. Estudios como este permiten crear una línea de base para futuras investigaciones sobre los servicios de salud y el acceso a ellos.

El análisis de la extensión de uso aporta a la revisión del alcance efectivo de los servicios de salud y es un tema que interesa de forma particular a los especialistas en medicina familiar. El presente estudio analiza la extensión de uso como un indicador de utilización de los servicios de salud, que evalúa la magnitud de la población y que efectivamente se beneficia de los mismos.

5. JUSTIFICACION

Para el médico familiar es fundamental conocer la utilización efectiva de los servicios de salud. Lo anterior le permite ejercer su rol como organizador y gestor de los servicios de salud y articular los servicios de salud de manera que se provean con calidad e impacten positivamente la salud de la población. No existe en Colombia un estudio que analice de manera específica y a nivel de sector la utilización de servicios de salud partiendo de la información de utilidades, y en especial la extensión de uso.

Al ser el primer estudio de este tipo en Colombia con alcance nacional, esperamos que aporte a los tomadores de decisiones, una evidencia objetiva acerca del comportamiento del uso de los servicios de salud en la seguridad social, los cuales se financian con recursos públicos.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL: Establecer la extensión de uso de los servicios de salud de la población afiliada al régimen contributivo en Colombia durante el periodo 2006.

6.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

6.2.1. Describir la estructura demográfica de la población afiliada al Régimen Contributivo en Colombia durante el año 2006.

6.2.2. Calcular la extensión de uso por Tipo de Servicios de Salud a través de las siguientes categorías:

6.2.2.1 Ambulatorios que incluye Consulta médica electiva, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos y otros procedimientos ambulatorios).

6.2.2.2 Urgencias.

6.2.2.3 Hospitalario.

6.2.2.4 Atención Domiciliaria.

6.2.2.5 Alto Costo.

6.2.3. Calcular la extensión de uso por Características Demográficas a través de:

6.2.3.1 Edad

6.2.3.2 Sexo

6.2.3.3 Zona Geográfica (Principales Ciudades).

7. REVISION DE LITERATURA

7.1. REGLAS DEL SISTEMA

En Colombia, teniendo en cuenta la disposición del Sistema General de Seguridad Social, existen tres formas de relación con el sistema de salud, estar afiliado al Régimen Contributivo (RC), estar afiliado al Régimen Subsidiado (RS) y no estar afiliado a ninguno de los anteriores. El primero, es decir el RC, alberga a las personas con capacidad de pago y sus familias, así como trabajadores independientes y dependientes, y que para el actual estudio en el año 2006, cubre alrededor del 40% de la población colombiana¹. El segundo, el RS, creado para beneficiar a las personas que no tienen capacidad de pago y tienen derecho a un subsidio del Estado, cubre potencialmente al 52% de la población colombiana. En el tercer grupo tenemos a la población con derecho a recibir subsidio, pero que aún no han sido afiliados a una EPS del Régimen Subsidiado por el sistema. En el presente documento trataremos únicamente acerca del RC.

Al régimen contributivo estarán afiliados “las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago” con sus respectivos beneficiarios. La cobertura familiar se definió así: “El Plan de Salud Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o

compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste”².

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud (POS); además brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, respecto del Plan Obligatorio de Salud³.

“Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia, y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realicen por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias”⁴. Se supone que en el primer nivel de atención se solucionarán la mayor parte de los problemas de salud de la población.

De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, las EPS deben ejercer “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores”⁵

El sistema de información del Sistema establecido por el Ministerio de Salud en el año 2000 definió los datos básicos del sistema de información de las prestaciones de salud que debían reportar las IPS y las EPS. En varios estudios se ha documentado que éste sistema de información presenta subregistro y problemas de calidad y no se tienen reportes estadísticos de los mismos que sean conocidos públicamente.

Así las cosas El Ministerio de la Protección Social desde el año 2005 un reporte obligatorio para las EPS con una estructura de información paralela, para efectos de calcular la prima

a pagar a los aseguradores (EPS) a cambio de cumplir sus obligaciones con los afiliados incluyendo la prestación del POS. Esta información es oficial y tiene una estructura estandarizada. Para mejorar su calidad el MPS estableció un validador que es público y que garantiza que los registros aceptados por el mismo cumplen unos mínimos requisitos de calidad en estructura y contenido. Esta información lleva una certificación del representante legal de cada EPS y es el resultado de revisar todas las transacciones realizadas en el periodo de un año y llevarlas a la estructura solicitada por el MPS. Las EPS están incentivadas para entregar toda la información, pues es la única forma de conseguir el pago de la prima que refleja efectivamente el gasto que realizan. Al ser información basada en autorizaciones y transacciones, ha tenido un proceso de validación previo por parte de la EPS, que garantiza que es la mejor información disponible en cuanto a servicios. A pesar de lo anterior no todas las EPS tienen el 100% de su información en las bases de datos, tal y como lo reporta el estudio del MPS de 2006⁶

Es así como el MPS selecciona las EPS con mayor cobertura de información en términos de registros y valores per cápita para su estudio, sin embargo no ha construido hasta el momento un estándar de unidad de reporte ni de registros esperados.

7.2 DE LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El uso de los servicios de salud representa la interacción entre los seres humanos y determinadas condiciones lo cual enmarca el acceso a la salud, es decir el individuo actúa en respuesta a su demanda y obtiene un servicio⁷. Lo anterior varía por diversos factores tanto sociales como económicos y representa uno de los aspectos más importantes en el ámbito de las políticas de salud, porque tiene implicaciones en la reorganización y asignación de recursos para la distribución de los mismos en el sistema de salud⁸.

En cada país los sistemas de salud, enmarcan dicha utilización y en Colombia no es la excepción; el Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la ley 100 de

1993 garantiza que la población acceda a los servicios de salud, es decir que utilicen los servicios, sin embargo existen barreras que limitan el acceso propios de los sujetos como del sistema mismo. Para medir esa limitación es necesario conocer en primera instancia cual es el comportamiento de dicho uso en determinado sistema y para ello se tienen tres indicadores: intensidad de uso, frecuencia de uso y extensión de uso⁹.

La intensidad de uso indica cómo se concentran los servicios en aquellos que los utilizan, es decir representan el número de atenciones de cada tipo de servicio que recibe cada persona atendida en un periodo de tiempo, como se describe a través de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de actividades realizadas por servicio, sexo y edad}}{\text{Número de personas atendidas en el período por sexo, edad y servicio}} \times 100$$

La frecuencia de uso muestra el número de atenciones promedio observadas por cada individuo expuesto, en un periodo de tiempo, es decir la probabilidad que ocurran servicios dada una población expuesta, la cual se expresa a través de la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Número de actividades realizadas por servicio, sexo y edad}}{\text{Número de personas compensadas por 360 días en el período por sexo y edad.}} \times 100$$

La extensión de uso indica la proporción de personas que usaron determinado servicio de salud frente a una población expuesta en un determinado periodo de tiempo, es decir aquella que potencialmente los puede usar y que se expresa a través de la siguiente fórmula¹⁰:

$$\text{Número de personas atendidas en el período (mes) por sexo, edad y servicio}$$

X 100

Número de personas compensadas por 30 días por sexo y edad

El numerador hace referencia al número de personas diferentes que utilizaron al menos una vez durante un periodo establecido los servicios, y el denominador hace referencia a la población a riesgo es decir aquella población que potencialmente puede utilizar servicios durante el mismo periodo de tiempo.

Este enfoque es el que se emplea en la evaluación de la cobertura de los programas de salud y es uno de los pilares sobre los que se apoya la estrategia de actividades preventivas. La extensión de uso refleja un matiz de la población en cuanto a utilización de servicios de salud se refiere.

En cuanto a los estudios realizados sobre el uso de los servicios de salud, Green y colaboradores¹¹ realizaron en EEUU para el año 2001, un estudio en donde se describió el comportamiento del uso de los servicios de salud, por tipo de servicios. El estudio anterior estableció que para la población observada: por cada 1.000 personas durante un mes, alrededor de 800 personas reportan síntomas, 327 refieren intención de acudir al servicio de salud, 217 utilizan la consulta médica electiva y de ellos 113 acudían al médico de atención primaria. Así mismo describe el informe que por cada 1.000 personas durante un mes, 14 personas recibían atención en casa, 13 ingresaban a un servicio de Urgencias, 8 personas eran hospitalizadas y 1 hospitalizada en un Centro Médico de Alto Nivel.

De acuerdo a lo anterior los niveles de atención corresponden a los grados de complejidad de los centros asistenciales de acuerdo a la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. En Colombia se definen cuatro niveles de complejidad: Bajo (I Nivel), Medio (II Nivel) y Alto (III y IV Nivel).¹²

Green toma como base un análisis realizado anteriormente por White y colaboradores¹³ en EEUU durante 1961, en el que se describieron menos categorías de servicios de salud y cuyos hallazgos más importantes fueron: por cada 1.000 personas en un periodo de un mes, 750 refieren algún síntoma, 250 consultan al médico al menos una vez, 9 personas eran hospitalizadas, 5 eran remitidas a otro profesional médico y 1 persona llegaba a ser atendida en un centro de Alto Nivel.

Teniendo en cuenta lo anterior, el conocimiento del uso de los servicios de salud permite identificar la base para la estructura de un sistema de salud y es el primer escalón para conocer las barreras entre los individuos y el acceso a los servicios de salud.

Según Frenk¹⁴ el acceso es la presencia de los recursos para la atención en salud y su capacidad para producir servicios, más el conjunto de las características de la población que le permiten buscar, obtener y usar la atención. Es un ajuste entre las características de la población y aquellos recursos de atención a la salud. Para Aday, Anderson y Fleming¹⁵, el acceso puede ser definido como aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y real de un grupo de población al sistema de salud; describen tres niveles para el acceso: la política que incluye los lineamientos del sistema, como los objetivos y mecanismos para su logro; el acceso potencial que hace relación a las características del sistema y de la población en riesgo; y finalmente el acceso real referido a la utilización y satisfacción del usuario.

Un análisis epidemiológico de dicha utilización se basa por naturaleza en la población. En otras palabras, los datos sobre utilización deben relacionarse con la población que potencialmente podrá utilizar los servicios para poder calcular las tasas. El denominador para las tasas, o sea la población expuesta al riesgo, es a menudo desconocido ya que el personal de la salud raramente atiende a una población determinada.

Que el paciente consulte o no al médico depende de varios factores. De acuerdo con el modelo conductual de Andersen (1973)¹⁶, existen tres tipos de factores que hacen que un individuo tome contacto con los servicios de salud: factores predisponentes, factores facilitadores y factores que expresan necesidad de cuidados médicos.

Los factores predisponentes tienen que ver con características sociodemográficas tales como la edad, el sexo, la educación, el origen étnico o el nivel económico; los factores facilitadores tienen que ver con la presencia de seguro de salud y extensión de la cobertura, con la accesibilidad o con la relación con los médicos y el sistema de salud; mientras que los factores médicos tienen que ver con los problemas de salud propiamente dichos, ya sea por desde el punto de vista del proveedor de salud como desde la percepción del paciente.

Dentro del contexto de la atención en salud se evidencian algunas limitaciones en torno al acceso, las cuales están relacionadas con la distribución real de los problemas de salud en una comunidad, así como con las dificultades para comprender los factores generadores de barreras en el uso de los servicios de salud.

Según el Informe sobre la salud en el mundo para el año 2000, realizado por la OMS¹⁷, es importante que cada país garantice el acceso a los servicios de salud para toda la población que se traduce en el número de personas atendidas y con la responsabilidad de mejorar la cobertura de los servicios de salud y de esta forma apoyar la disminución de las inequidades en salud.

El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos. Por un lado existe la “cobertura financiera”, es decir, la capacidad de pago o el derecho que tiene la población por pertenecer a sistemas de seguros que se hacen cargo de financiar la atención. En realidad esa cobertura financiera no se refiere a la verdadera atención

recibida por la población, sino a la “capacidad” de la población de tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago.

Por lo tanto la cobertura también se puede analizar sobre la base de la oferta de los servicios, es decir la extensión de uso. En este caso se relacionan el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población. Sin embargo para determinar una verdadera cobertura, se necesita identificar además del acceso real a los servicios de salud, las necesidades de la población que influyen en dicho acceso¹⁸. Este estudio no identificará dichas necesidades pero se centrará en un primer paso hacia la identificación de la extensión de uso.

En Colombia Tono y colaboradores¹⁹ publicaron en el año 2000 un estudio sobre el acceso a servicios de salud en Colombia considerando los efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. Dicho estudio toma parte de la información de la Encuesta Nacional de Hogares de 1983, sobre las características de los individuos y sobre su uso de servicios; e información del DANE, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y los listados de instituciones de salud registradas en Confecámaras a través de cuestionarios dirigidos, concluyendo que el uso de los servicios médicos (consulta médica y hospitalizaciones) está asociado de manera significativa con múltiples características de los pacientes; por ejemplo, los niños pequeños usan más servicios que los niños mayores y que los adultos jóvenes y el uso de servicios aumenta una vez que las personas alcanzan el grupo de 46 a 60 años de edad. Luego de los 60 años el uso aumenta de manera marcada.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud para el año 2007, estudio de corte transversal²⁰, y teniendo en cuenta las atenciones en salud realizadas durante un mes; se estimaron para el país un total de 8.055.000 eventos de consulta externa de los cuales 4.237.000 se realizaron en entidades de tipo privado o mixto y 3.818.000 en entidades públicas, entendiendo que un evento de consulta externa es definido como cualquier tipo

de servicio recibido en la IPS de manera ambulatoria es decir consulta por médico general o especialista, diagnósticos preventivos y cirugías ambulatorias.

En cuanto a los eventos de hospitalización se registraron 306.000 de los cuales 169.000 se realizaron en entidades de tipo privado y 137.000 en entidades pública. En relación con las urgencias, se dio un total de 1.633.000 eventos, de los cuales 823.000 se realizaron por entidades privadas y 810.000 por entidades públicas. Se estima así un volumen total de atención de 10.912.000 eventos, entre consultas, urgencias y hospitalizaciones.²¹

7.3 DE LAS FUENTES DE INFORMACION

Según Mckinlay²² y en función de la fuente de datos, la utilización se podría clasificar de dos formas; la primera está relacionada con la medición por registros tales como: historias clínicas, listados de citas previas, listados de compañías de seguros, etc; sus mayores ventajas son que los resultados son más fiables que las encuestas y además se podrían estudiar largos periodos de uso de servicios. La segunda forma sería a través de encuestas, las cuales a su vez hacen referencia a la utilización recordada en un determinado tiempo desde 15 días hasta 12 meses o proyección futura sobre una posible utilización ante una determinada situación de salud; sin embargo al medir la utilización por encuestas se da una baja fiabilidad de las respuestas por la limitación del tiempo. En el caso del presente estudio, la información será obtenida de los registros entregados al Ministerio de Protección Social de 14 Empresas prestadoras de salud afiliadas a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, sobre la población del régimen contributivo.

8. METODOS

8.1. TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo, de fuente secundaria y retrospectivo.

8.2 POBLACION OBJETO

La población objeto fue la afiliada al régimen contributivo de las EPS adscritas a ACEMI, durante el año 2006.

8.3 FUENTES DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Las fuentes de información fueron de tipo secundario y se basaron en los formatos estipulados por el Ministerio de la Protección Social. Ver Anexo N°1

- Copia de la información que envían las 14 EPS afiliadas a ACEMI al Ministerio de Protección Social para el estudio de suficiencia de la UPC. El periodo de los servicios es 2006 (Servicios utilizados del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2006) y que delimita la Población que utiliza los servicios de salud.
- Información de la población compensada por periodos de enero a diciembre de 2006, entregada a ACEMI por el Ministerio de Protección Social basada en lo reportado por

el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y con la cual se realiza el estudio de UPC, (El corte de información reportada fue Octubre de 2007), que delimita la Población Expuesta.

8.3.1 Confiabilidad de la Información

En cuanto a la población que utiliza los servicios de salud, los datos son los mejores disponibles ya que se basan en transacciones que las EPS auditan para el pago de cuentas, son copia de un reporte oficial utilizado para establecer la prima que se reconoce a las EPS, lo cual es un incentivo para realizar un reporte completo. Adicionalmente la información pasa un proceso de validación de calidad por el Ministerio de Protección Social y el reporte de las EPS no ha cambiado en un periodo de cinco años, siendo 2006 el tercer año de dicho periodo. Esta información puede tener algunas limitaciones, que se discutirán en el capítulo respectivo.

En cuanto a la población expuesta, la información es oficial pues se trata de datos entregados por el Ministerio de Protección Social, y sus limitaciones y alcance también se discutirán en el capítulo de limitaciones.

8.4 VARIABLES

8.4.1 Demográficas

Dentro de las variables demográficas se encuentran:

- Edad: Por quinquenios calculada a 31 de diciembre de 2006 con el fin de evitar la duplicación de cédulas en dos grupos de edad y con lo cual se obtuvo la población menor a un año.
- Sexo: Masculino y Femenino.

- Zona Geográfica: Referencia a las principales ciudades colombianas las cuales se seleccionaron teniendo como base el que cada ciudad tenga mínimo el 2% de la población general, las demás que no cumplen este criterio se consideraron dentro del grupo de Otras Ciudades.

8.4.2 Servicios de Salud

Dentro de las variables en Servicios de Salud se estipularon las siguientes categorías:

- Ambulatorios que incluyó Consulta Médica Electiva, la cual comprendió a su vez Consulta Médica General y Consulta Médica Especializada, Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Otros Procedimientos Diagnósticos, Otros Servicios Ambulatorios.
- Urgencias que incluyó consultas con o sin procedimientos menores, con o sin observación sin cirugías ni hospitalización.
- Hospitalario que incluyó Partos y Cesáreas, Cirugía Ambulatoria y Hospitalaria, y Hospitalización Médica.
- Atención Domiciliaria que incluyó Hospitalización Domiciliaria, atenciones ambulatorias en el domicilio y oxígeno Domiciliario.
- Alto Costo que incluyó Trasplantes, cirugías cardiovasculares, cirugías del sistema nervioso central, reemplazos articulares, cirugías para corrección de malformaciones congénitas, diálisis y hemodiálisis, quimio y radioterapia, hospitalización en unidad de quemados y en unidad de cuidados intensivos.

8.5 CRITERIOS DE INCLUSION

La selección fue por conveniencia, por disponibilidad y por cobertura de la información de servicios y de población expuesta.

La disponibilidad de información para el caso del numerador (personas atendidas) y denominador (personas expuestas) fue con la que contaba ACEMI. Por esta razón nos circunscribimos al año 2006 (expuestos FOSYGA) y a las EPS del régimen contributivo afiliadas a ACEMI.

El criterio de cobertura de la información se refiere al subregistro que puedan tener los datos, siendo la cobertura el complemento del subregistro. Al respecto se debe tener en cuenta que en la entrega de información al Ministerio de Protección Social, las EPS refieren un estándar de registros y valor que consideran el 100% esperado y la información reportada en las bases de datos no corresponde al 100% de los registros esperados en casi ningún caso. Como los estándares de cada EPS son diferentes, ACEMI creó un sistema de análisis referencial del mercado para estimar la “falta de cobertura” de información, basado en la unificación de las unidades de reporte (una atención hospitalaria equivale a un solo registro, por ejemplo)²³ Se calcula el cociente de servicios entre la población expuesta durante 360 días, a lo que llaman registros per capita.

A partir de este cociente y basados en los estándares declarados por las EPS para los años 2005 a 2008, se establece un rango de registros per capita de cobertura “aceptable” que se definió entre 8 y 13,9 registros per cápita.

En el presente estudio se decidió utilizar esta metodología para garantizar que el numerador tuviera una precisión y disminuir el sesgo por subregistro, además se excluyeron los registros con problemas de estructura y contenido.

8.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

8.6.1 Estructura de la Información

Los datos se encontraron en una base de datos y se realizaron validaciones de estructura de acuerdo con las instrucciones y tablas que utiliza para tal fin el Ministerio de Protección Social en su solicitud de información. Ver Anexo N°1.

8.6.2 Calidad de la Información

Para garantizar la calidad de la información, el Ministerio de la Protección Social realiza el siguiente proceso:

1. Se toma una lista de afiliados compensados en cualquier periodo entre el 1 de Octubre de 2007 y el 31 de Diciembre de 2008 sin importar qué periodo se compensó, la EPS que lo haya compensado, ni el número de días compensados.
2. Se realiza una base con los campos tipo de identificación y número de identificación de la base de datos de servicios POS reportados por las EPS.
3. Se cruzan los campos anteriores con el histórico de afiliados compensados.
4. Para las identificaciones que cruzan, se toman los servicios y son tenidos en cuenta para la siguiente validación de calidad.
5. Para las identificaciones que no cruzan, se retiran todos los servicios POS asociados y no son tenidos en cuenta para la siguiente validación de calidad. Estas identificaciones son enviadas a las EPS para que aclare porque no ha sido compensado.

8.6.3 Contenido

La base de datos estuvo conformada por:

- EPS Enmascarada: Se utilizó para hacer la selección basada en la cobertura de registros la cual hace referencia al número de registros observados sobre los esperados y se utilizó para calcular los rangos de cobertura de servicios, número de personas atendidas sobre número de personas expuestas.
- Tipo de Identificación: En conjunto con el número de identificación designa una persona diferente.
- Número de Identificación: En conjunto con el tipo de identificación designa una persona diferente.
- Código Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS: Se utilizó para hacer la agrupación por niveles de agregación de los servicios.
- Código de Municipio: Para evitar la duplicación de registros se consideró el registro para municipio que aparece en la base de datos de la población.
- Sexo: Para evitar la duplicación de registros se consideró el registro para sexo que aparece en la base de datos de la población.
- Fecha de Nacimiento: Para evitar la duplicación de registros, con la fecha de nacimiento se calculó la edad al 31 de Diciembre de 2006.

8.6.4 Agrupación de los Datos

Se realizó una agrupación por parte de ACEMI de los registros que pertenecieron a una categoría de servicio de salud y de una misma persona en un determinado rango de fechas que tuvieron asociada una o más actividades y no se contempló el nivel de detalle de cada actividad prestada, con el fin de unificar las unidades reportadas para todas las EPS.

Para esto se tuvo en cuenta la tabla consolidada con la información de las categorías en servicios de salud enviada por cada una de las EPS, la cual es denominada tabla original, posteriormente se procedió a crear en primer lugar un identificador único para cada uno de los registros en la tabla original; y en segundo lugar se generó una tabla temporal con aquellos procedimientos que se pueden agrupar por Código de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud CUPS. Ver Anexo 7.

Aquellos CUPS que agruparon son los que se encuentran en los siguientes ámbitos:

- Ámbito Alto costo.
- Ámbito Hospitalario (No se toma todo el ámbito hospitalario por los Insumos y el cuidado intrahospitalario y estos no son códigos principales que pueden agrupar)
 - Agregado = Partos
 - Agregado = Hospitalización médica (sin procedimientos quirúrgicos del nivel 4 en adelante)
 - Agregado = Cesáreas
 - Agregado = Cirugía
- Ámbito Ambulatorio
 - Agregado = Endoscopias
- Ámbito atención domiciliaria
 - Agregado = Hospitalización en casa.

La población expuesta fue agrupada por número y tipo de Identificación diferentes, ya que dos tipos de identificación pueden tener el mismo número y por tanto se puede eliminar otro registro que suministraría información. Esta validación es conservadora ya que a mayor número de población expuesta habrá menos sobreestimación de cobertura, esto según el cálculo de la proporción que se explica más adelante.

8.6.5 Cálculo de la Extension de Uso

Para el cálculo de la proporción es decir de la extensión de uso, se tiene en cuenta el cruce de personas que utilizan servicios de salud reportadas en las bases de datos de servicios POS contra la base de datos de afiliados compensados del FOSYGA, es decir, se consideró como numerador la población afiliada que utiliza los servicios, agrupada por conteo individual de cédulas en las categorías mencionadas y según las variables de edad, sexo y zona geográfica.

Como denominador se consideró la población expuesta compensada es decir aquellos afiliados que hayan utilizado los servicios de salud al menos una vez durante un periodo de tiempo, en este caso año 2006, además teniendo en cuenta la edad y zona geográfica, por ejemplo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Individuos con Identificación Diferente que utilizó Consulta Médica Electiva}}{\text{N}^\circ \text{ Individuos expuestos compensados del Total FOSYGA}}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ Individuos con Identificación Diferente que utilizó Consulta Médica Electiva en Bogotá}}{\text{N}^\circ \text{ Individuos expuestos compensados del Total FOSYGA Bogotá}}$$

8.7 ANÁLISIS

8.7.1 Análisis de los Datos

Se calcula la extensión de uso, por categoría de servicio de salud por género y edad y por zona geográfica. Los resultados se muestran en tablas ó graficas en los diferentes niveles de agrupación de servicios de salud. La extensión de uso se calcula para cada categoría como si la población fuera una sola, es decir corresponde al indicador ponderado de la población de estudio. Adicionalmente se analizan las medidas de dispersión tomando en cuenta el rango máximo y mínimo, la mediana y los percentiles 25 y 75.

9. LIMITACIONES

La población seleccionada corresponde a la afiliada a las EPS adscritas a ACEMI durante el periodo 2006, pero se consideró lo siguiente:

1. La información disponible en cuanto a población es de una fuente oficial que es el FOSYGA, sin embargo no representa el 100% de la población en riesgo de consultar, pues solo incluye a la población compensada, es decir aquella por la cual las EPS efectivamente recibieron una prima. Se estima que esto puede llevar a una subestimación de los afiliados (población a riesgo) alrededor del 19 % y por lo tanto a sobreestimar la extensión de uso.

2. Para determinar el número de personas expuestas durante el periodo, se tomaron identificaciones diferentes (tipo y número de identificación), sin corregir por el tiempo de afiliación de estas personas. Esto sobreestima la población a riesgo alrededor del 29%, pues no todas las personas duran un año afiliados (360 días). Lo anterior puede llevar a una sobreestimación de la extensión de uso.

3. En las bases de datos de servicios no se reporta el 100% de los servicios, de acuerdo con lo que las mismas EPS reportan al Ministerio de Protección Social, esto puede llevar a una subestimación de la extensión de uso. Los criterios de selección pretenden disminuir el impacto de esta limitación.

4. La población representada en este estudio es el 63 % de la población del régimen contributivo y no es una selección representativa del régimen contributivo frente a edad, sexo y zona geográfica desde la perspectiva de la extensión de uso.

5. El estudio se basa en una muestra por conveniencia, por lo tanto no es posible realizar inferencia de los resultados a todo el régimen contributivo ni siquiera a todas las EPS afiliadas a ACEMI.

6. Se considera que la probabilidad de subestimación de la extensión de uso excede la sobreestimación de la misma en términos generales.

10. RESULTADOS

10.1 SELECCIÓN DE EPS

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión, considerando la precisión de los registros y eliminando el mayor subregistro posible, se seleccionaron 7 de las 14 EPS afiliadas a ACEMI, lo que equivale a la selección objeto de estudio. Dado que dicha selección es por conveniencia, no pueden inferirse los resultados del presente estudio a poblaciones diferentes a las incluidas en el mismo.

Tabla N°1. Selección de EPS

CÓDIGO EPS	REGISTRO USO PER CAPITA
EPS_A	7,48
EPS_B	11,36
EPS_C	10,94
EPS_D	6,39
EPS_E	8,21
EPS_F	4,73
EPS_G	11,56
EPS_H	10,76
EPS_I	7,89
EPS_J	9,15
EPS_K	7,73
EPS_L	2,67
EPS_N	8,64
EPS_O	7,86
Acemi	8,57
Min	2,67
P25	7,54

P50	8,05
P75	10,36
Max	11,56

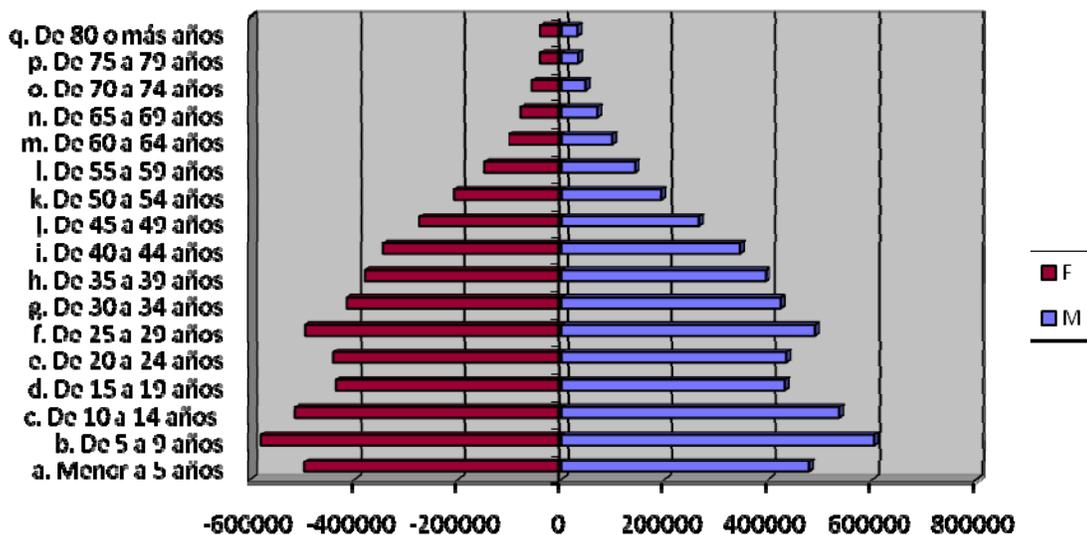
Fuente: ACEMI – Base de Datos. Registro per Cápita 2006.

10.2 DESCRIPCIÓN DEMOGRAFICA

Teniendo como base nuestra población objeto, se obtuvo la siguiente distribución por grupos de edad y sexo.

Gráfico N°2. Distribución demográfica por Edad y Sexo de la Población Objeto

Piramide poblacion - EPS seleccionadas



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

Según la anterior distribución es posible observar, que se trata de una pirámide expansiva con tendencia a estacionarse, y con una mayor concentración de la población entre los 5 y 9 años y entre los 25 y 29 años de edad. Por otra parte se corrobora la tendencia de esta clase de pirámides por la concentración mínima en los rangos entre los 55 y 80 años de

edad. Llama la atención que en general la distribución de la población es equitativa en cuanto a género, sin embargo en el rango de edad entre los 5 y 9 años predomina el género masculino.

Piramide poblacional - Todas las EPS

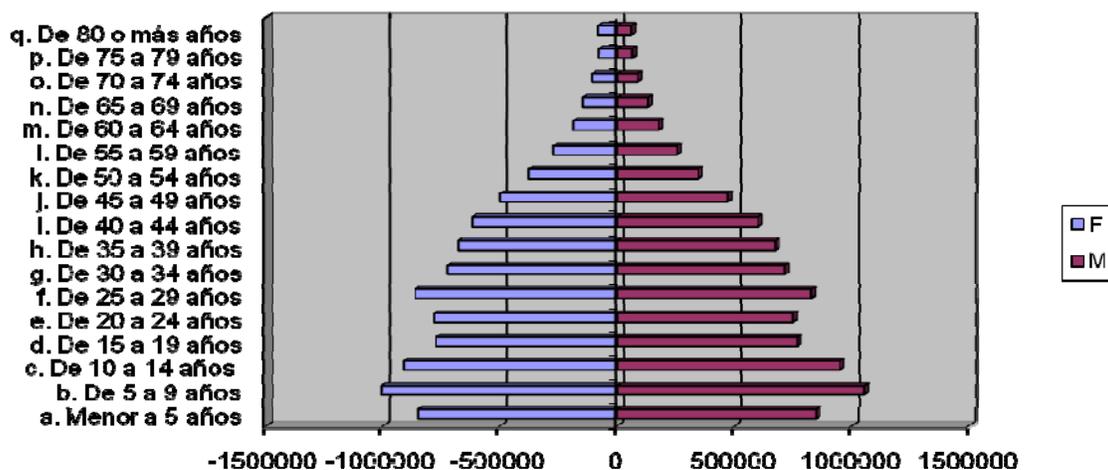
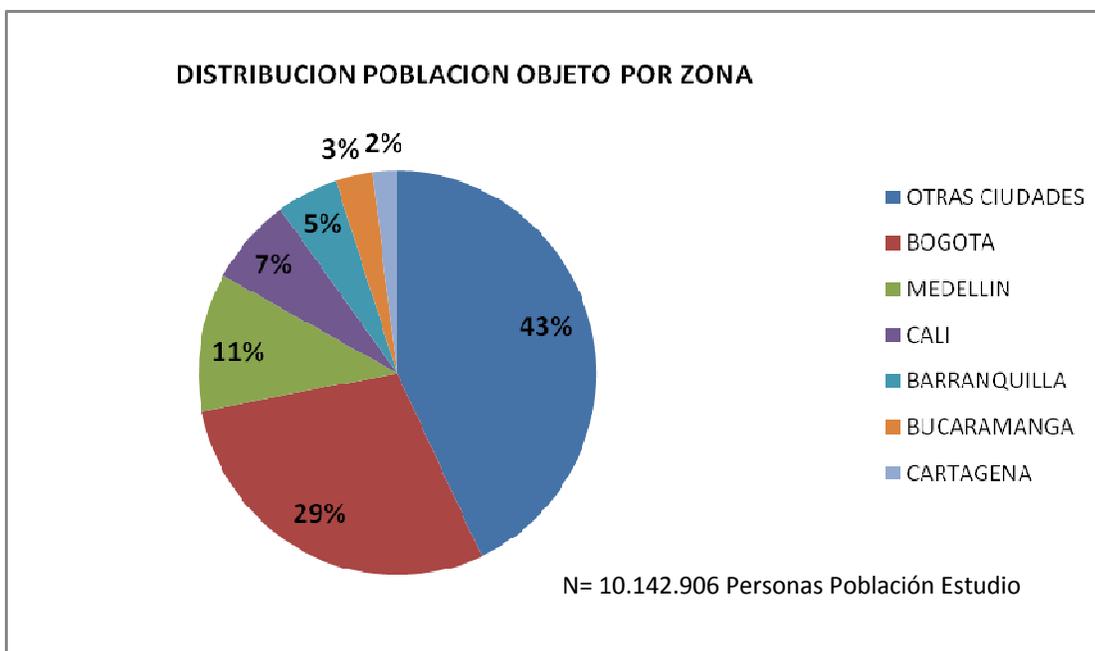


Gráfico N° 3. Distribución demográfica por Zona Geográfica de la Población Objeto de Estudio.



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

Según esta distribución la población objeto está concentrada principalmente en Otras Ciudades con un 43%, frente al grupo de Bogotá con un 29%, así mismo se destacan las ciudades de Medellín con el 11% y Cali con el 7%. Esta distribución representa un total de 10.142.906 personas y corresponde a la población de las principales ciudades, tal y como se determinó en la metodología del presente estudio.

10.3 COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

10.3.1 Primer Nivel de Desagregación - Ámbitos

Tabla N°2 Cobertura Primer Nivel de Desagregación - Ámbitos

ÁMBITOS	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Ambulatorios	64,43	51,60	58,04
Urgencias	25,45	21,54	23,51

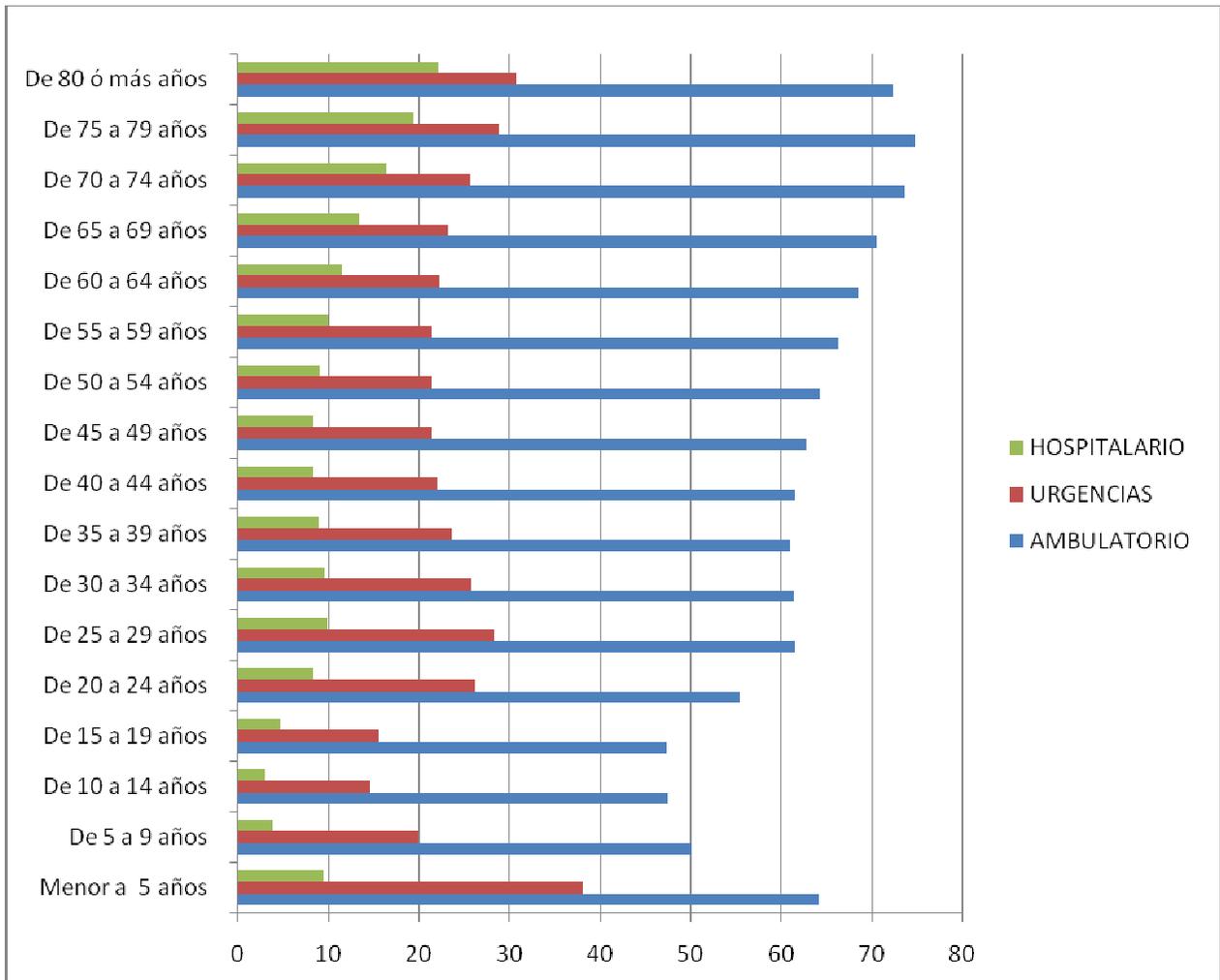
Hospitalario	9,44	6,16	7,81
Atención Domiciliaria	0,35	0,32	0,33
Alto Costo	0,44	0,43	0,43
Todos los Servicios	67,84	56,64	62,27

Se observa que por cada 100 personas que estuvieron afiliadas y reconocidas a las EPS por lo menos 1 día durante el 2006, el 62,67% accedieron a por lo menos un servicio de salud. Del mismo modo cerca del 60% accedió a por lo menos un servicio ambulatorio, siendo este ámbito el más utilizado dentro de los servicios de salud. En cuanto a los servicios de urgencias, la utilización fue alrededor de un 24% y casi un 8% utilizó los servicios de hospitalización. Por otra parte, los servicios de alto costo y atención domiciliaria fueron los menos utilizados ya que alrededor del 0,5% de la población objeto accedió a por lo menos un servicio en estas categorías.

10.3.1.1 Ámbitos por Edad en Quinquenios

En cuanto a la utilización de los servicios por grupos de edad se observó que más del 60% de los menores de 5 años utilizaron servicios ambulatorios, más del 30% de ellos fueron atendidos en urgencias y casi un 10% fueron hospitalizados. Entre los 5 y 14 años las utilidades ambulatorias bajan alrededor del 20%, luego presentan una tendencia hacia al aumento llegando al pico máximo en el grupo de 70 a 74 años de edad con un valor alrededor del 75%. Ver Anexo 2.

Gráfico N°4 Cobertura por Ámbito – Edad por Quinquenios

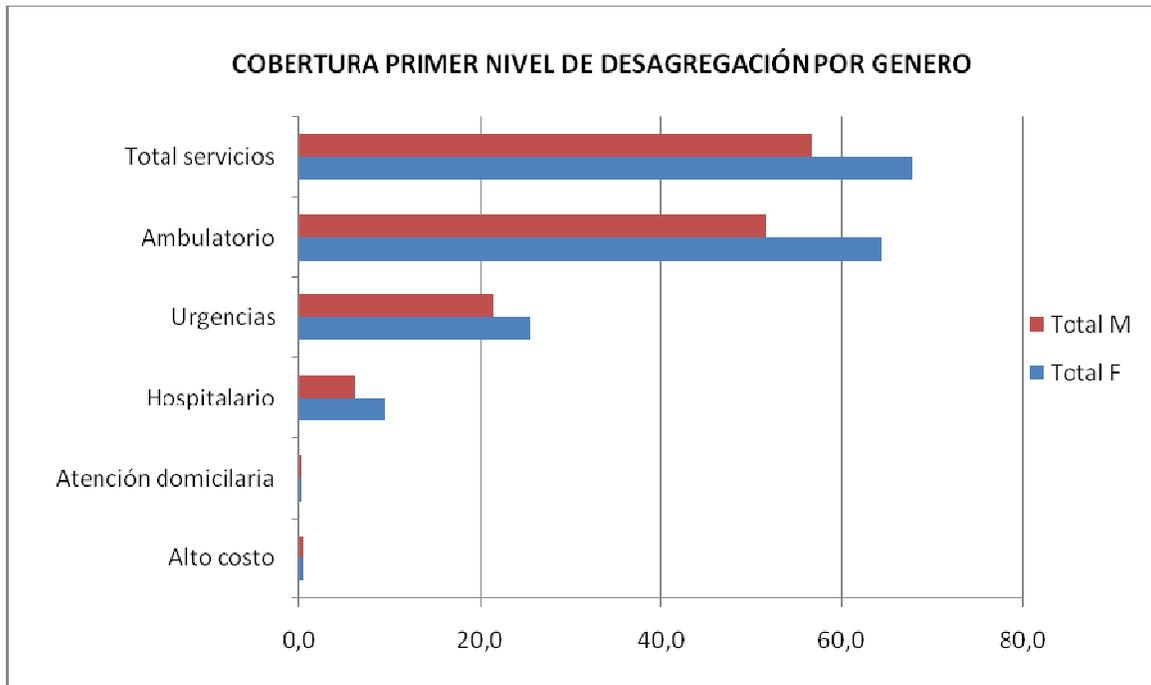


Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

10.3.1.2 Ámbitos por Edad en Quinquenios y Género

En cuanto a la distribución de la cobertura por edad por quinquenios y por género, llama la atención en el uso total de los servicios, el predominio del género masculino en menores de 5 años y en menores entre los 5 y los 10 años que utilizan los servicios, mientras que en el resto de los grupos de edad, el predominio de uso de servicios se da por parte del género femenino, manteniendo una proporción 2:1 entre géneros. Ver Anexo N°3.

Gráfico N°5 Cobertura por Ámbito – Género



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Regimen Contributivo Año 2006

10.3.1.3 Ámbitos por Zona Geográfica

Tabla N°3 Cobertura Ámbitos por Zona Geográfica

ZONA GEOGRÁFICA	AMBULATORIO	URGENCIAS	HOSPITALARIO	ATENCIÓN DOMICILIARIA	ALTO COSTO	TODOS LOS SERVICIOS
Todas las ciudades	58,04	23,51	7,81	0,33	0,43	62,27
Bogotá	63,66	22,15	7,50	0,37	0,46	67,63
Medellín	59,45	28,22	7,81	0,53	0,48	63,67
Cali	65,81	32,30	7,23	0,62	0,52	71,36
Barranquilla	51,88	25,98	7,76	0,09	0,29	56,44
Bucaramanga	44,90	26,54	7,37	0,07	0,43	51,99
Cartagena	53,72	29,36	8,19	0,11	0,45	58,60

Otras ciudades	54,34	21,08	8,13	0,27	0,41	58,29
----------------	-------	-------	------	------	------	-------

Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

En cuanto a las ciudades Cali es la principal ciudad con utilización de servicios obteniendo una cobertura de 71,36%, le sigue Bogotá con un 67,63%. Llama la atención que ciudades como Bucaramanga y Barranquilla sean las ciudades con menor cobertura de servicios, obteniendo un 51,99% y 56,44% respectivamente, lo anterior con respecto al uso de la totalidad de servicios. Se destaca entre los servicios, el ámbito ambulatorio ya que representa alrededor del 80% en uso de todos los servicios, le sigue el ámbito de urgencias, y posteriormente el hospitalario. Sin embargo es importante mencionar que entre las ciudades Cali es la ciudad con mayor cobertura de servicios ambulatorios con un 65,81% frente a todas las ciudades y Bucaramanga la menor con un 44,90%. En el ámbito de Urgencias, Cali es la ciudad con mayor cobertura de dichos servicios con un 32,30%, le sigue Medellín con un 28,22%. En el ámbito hospitalario, se destaca Cartagena y el grupo de Otras Ciudades con mayor cobertura de este servicio.

10.3.2 Segundo Nivel de Desagregación – Ambulatorios

Tabla N°4 Cobertura Segundo Nivel de Desagregación - Ambulatorios

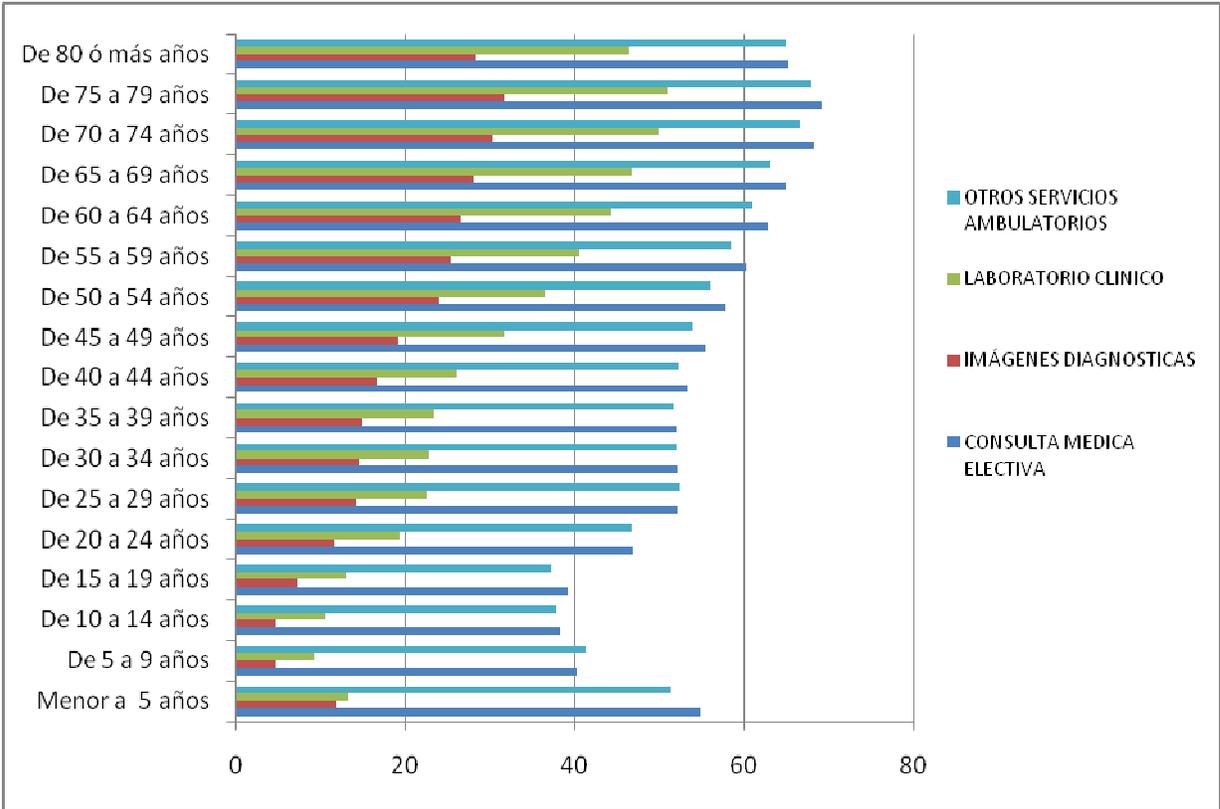
AMBULATORIO	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
Consulta Médica Electiva	56,79	42,13	49,49
Imágenes Diagnósticas	18,20	8,06	13,16
Laboratorio Clínico	27,63	14,53	21,11
Otros Procedimientos Diagnósticos	21,45	5,85	13,69
Otros Servicios Ambulatorios	54,37	43,00	48,71

Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

En el detalle de los servicios ambulatorios, la Consulta Médica Electiva presenta un 49,49% de cobertura, mostrando mayor utilización por parte de las mujeres en un 10% frente a los hombres. La categoría otros servicios ambulatorios también reflejó una cobertura mayor frente a otros servicios como imágenes diagnósticas y otros procedimientos diagnósticos.

10.3.2.1 Ambulatorios por Edad en Quinquenios

Gráfico N°6 Cobertura por Ambulatorios – Edad por Quinquenios



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

En cuanto a cobertura de servicios ambulatorios por grupos de edades, se observó que sigue marcando la pauta en cuanto a uso la categoría de consulta médica electiva independientemente del grupo de edad, sin embargo se reflejó una menor cobertura para

todos los servicios entre los 10 y 19 años. Los adultos mayores entre los 70 y 80 años son quienes más utilizan los servicios ambulatorios. Ver Anexo 4

10.3.2.2 Ambulatorios por Zona Geográfica

Tabla N°5. Cobertura por Ambulatorios – Zona Geográfica.

ZONA GEOGRÁFICA	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	LABORATORIO CLÍNICO	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS	OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS
Todas las ciudades	49,49	13,16	21,11	13,69	48,71
Bogotá	55,85	16,26	23,39	15,39	51,33
Medellín	49,17	15,04	24,06	19,60	51,25
Cali	55,71	12,78	24,52	16,03	58,43
Barranquilla	45,45	11,88	19,48	14,27	45,92
Bucaramanga	34,26	9,26	12,24	10,09	36,85
Cartagena	47,65	11,74	17,78	13,71	46,48
Otras ciudades	45,74	11,09	19,13	10,81	45,87

Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

En cuanto a la utilización de los servicios ambulatorios por ciudades, Bogotá registró una mayor cobertura en Consulta Médica Electiva con un 55,85% frente a Cali que obtuvo un 55,71% en la misma categoría, le sigue Medellín con un 49,17%. Bucaramanga mostró menor cobertura de servicios ambulatorios en general.

10.3.3 Dispersión por Ámbitos

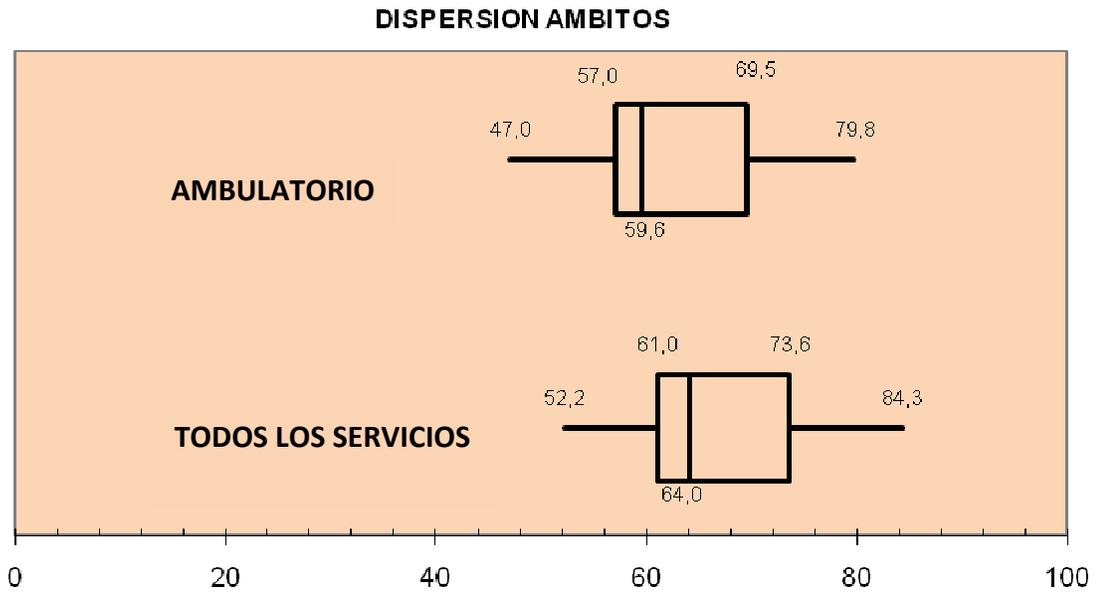
Para evidenciar la dispersión de la cobertura en las diferentes EPS incluidas se presenta la tabla N°6. Con respecto a todos los servicios, las EPS presentan un mínimo de cobertura en un 52,19% y un máximo de 84,31% con una mediana de 64,04%. Se destaca el ámbito ambulatorio, en el cual las EPS presentan un mínimo de cobertura en un 47% y un máximo de 79,75% con una mediana de 59,92%. Así mismo se observa para atención domiciliaria y alto costo que las EPS tienen un mínimo de cobertura entre el 0,15% y el 0,35% con un máximo entre el 0,4% y el 1,2% y con una mediana igual del 0,42%

Tabla N°6 Dispersión por Ámbitos.

ÁMBITOS	MINIMO	P25	P50	P75	MAXIMO
Ambulatorios	47,00	57,00	59,62	69,51	79,75
Urgencias	17,81	19,00	21,70	28,88	35,26
Hospitalario	5,94	6,43	6,67	8,33	9,17
Atención Domiciliaria	0,15	0,27	0,42	0,50	1,23
Alto Costo	0,35	0,41	0,42	0,46	0,49
Todos los Servicios	52,19	60,97	64,04	73,57	84,31

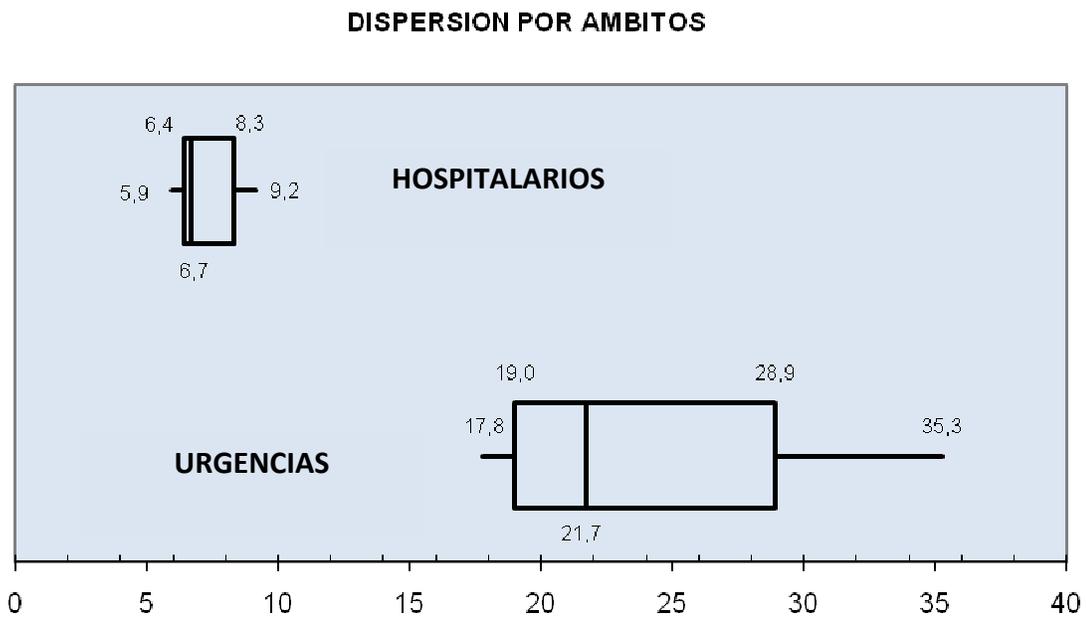
Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

Gráfico N°7. *Dispersión por Ámbitos Todos los Servicios – Ambulatorios*



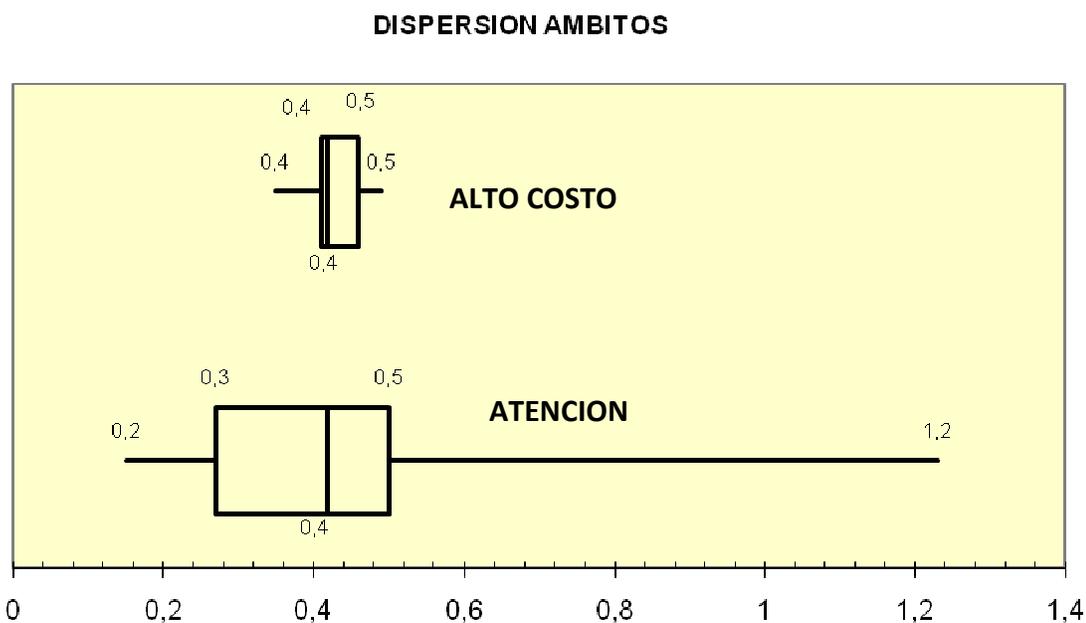
Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

Gráfico N°8. *Dispersión por Ámbitos. Urgencias - Hospitalario*



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

Gráfico N°9. Dispersión por Ambitos Alto Costo – Atención Domiciliaria



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

10.3.4 Dispersión por Ambulatorios

Tabla N°7 Dispersión por Ambulatorios

AMBULATORIOS	MINIMO	P25	P50	P75	MAXIMO
Consulta Médica Electiva	41,98	47,94	48,18	58,08	69,88
Imágenes Diagnósticas	11,18	12,12	13,38	14,85	21,09
Laboratorio Clínico	18,26	20,28	21,60	25,86	27,40
Otros Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos	9,97	12,27	12,74	19,69	21,71
Otros Servicios Ambulatorios	41,77	46,98	50,62	54,78	69,71

Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

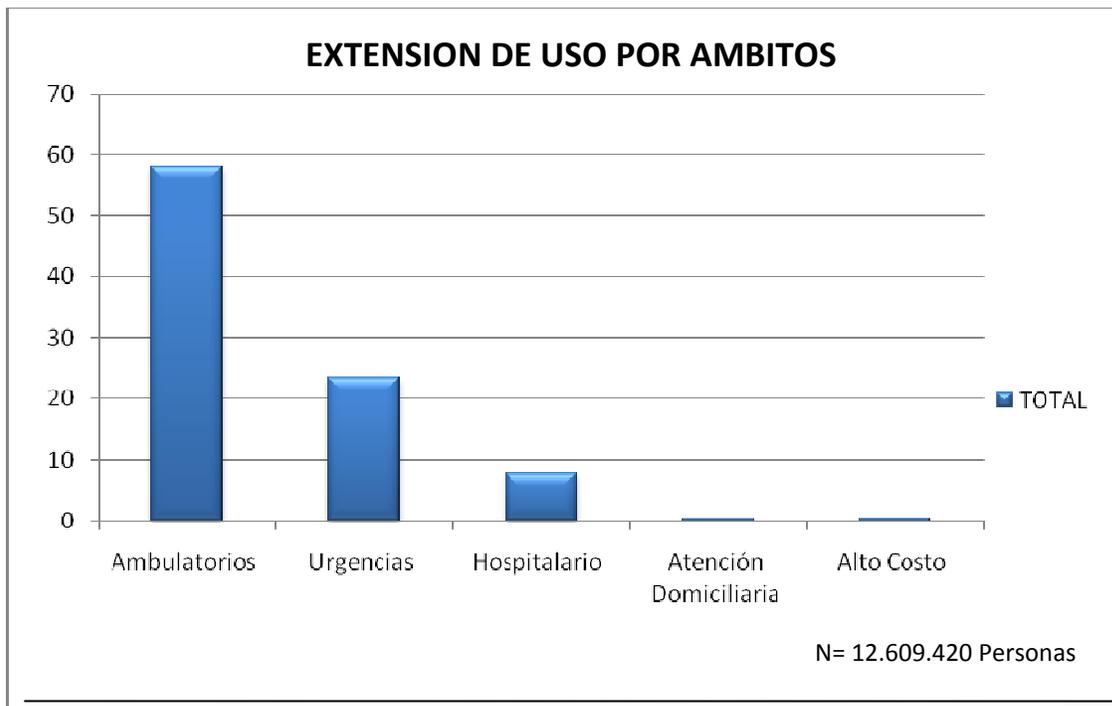
Dentro de los servicios ambulatorios, la dispersión se concentra en otros servicios ambulatorios que registró una mediana de 50,62% con un mínimo de 41,77% y un máximo de utilización de 69,71%, le sigue Consulta médica electiva con una mediana de 48,18%, un mínimo de 41,98% y un máximo de utilización de 69.88%.

10.3.5 Parámetro de Referencia basado en Estándares (Green)

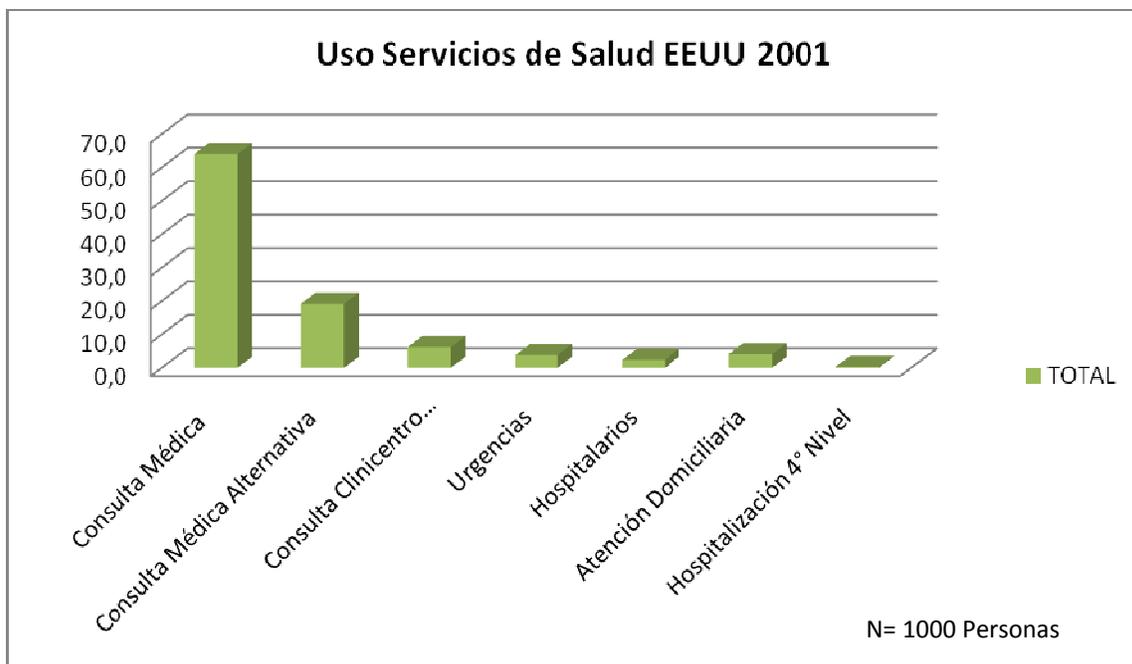
Green y colaboradores también describieron el uso de los servicios de salud por parte de la población estadounidense en 2001, obteniendo categorías similares a las que en este estudio considera.

Aunque no se puede realizar una comparación exacta con el estudio de Green, ya que se utilizan parámetros diferentes en cuanto al total de la población estudiada y las fuentes de información; si se puede describir un cierto margen de referencia, observando que en ambos estudios la tendencia hacia la utilización de servicios ambulatorios es mayor frente a una menor utilización de servicios catalogados como de tercer o cuarto nivel de atención. Ver gráficos N°10 y 11.

Gráfico N°10 Uso de Servicios de Salud Estudio U.Sabana – ACEMI.



Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006



Fuente: Green L. A et al. N Engl J Med, Junio 28 2001, Vol. 344, No. 26, 2021,25.

11. DISCUSION

En el año 2006, El 62,27% de las personas afiliadas utilizaron al menos un servicio de salud del POS. En la opinión pública la percepción es que existe un bajo acceso a los servicios de salud y se cree que existen numerosas barreras para la utilización de servicios de salud en el sistema de seguridad social.

Los hallazgos también contrastan con mi criterio a priori acerca de la utilización de los servicios, ya que como Médico Familiar, consideraba que solo un 30% de la población utilizaba los servicios de salud, y con este estudio se observa que más del 50% de la población analizada, utiliza al menos un servicio de salud durante el periodo de un año.

Por otra parte, por cada 100 personas afiliadas, al menos 58 utilizaron un servicio ambulatorio durante el 2006. Esta cifra parece ser coherente con resultados obtenidos en algunos estudios como las encuestas reportadas a la OMS²⁴ en el último año por parte de Brasil, México y Republica Dominicana, en las que se observa una utilización ambulatoria aproximada del 69%, 63% y 62% respectivamente. Así mismo la encuesta nacional de salud en Colombia para el 2007²⁵, evidenció que entre el 50% y 55 % de la población del régimen contributivo, utiliza servicios ambulatorios, dato consistente con los resultados del presente estudio.

Se debe aclarar que las encuestas solo comprenden la población que manifestó necesidad de cuidado médico y no considera el 100% de la población expuesta, como si se consideró en el presente estudio. En realidad no es posible comparar este estudio con datos de encuestas pues no consideran la misma población, ni categorías de análisis ni tiempo de exposición, teniendo las segundas un sesgo de recordación que no posee el presente estudio, sin embargo se utiliza como un parámetro general para revisar si los datos son congruentes.

En estudios como el de Green et. Al. en EEUU para el año 2001 y en la encuesta nacional de salud de EEUU para el año 2006, se observa que los servicios con mayor extensión de uso son los ambulatorios y los de menor utilización, los de alto costo o mayor grado de especialización. Este comportamiento también se observa en el presente estudio.

Por otra parte, 49 de cada 100 personas expuestas utilizó la consulta médica electiva, siendo este servicio el más utilizado en el ámbito ambulatorio. Lo anterior puede explicarse porque este servicio es una de las puertas de entrada al sistema de salud. Llama la atención la diferencia entre la extensión de uso para todos los servicios y los servicios ambulatorios es de 4%, lo cual necesariamente debe ser a costa de los servicios de urgencias, dadas las reglas de acceso al sistema. Esto requeriría un análisis más profundo pero pudiera ser un indicio de que las personas efectivamente tienen una continuidad en el caso de ir por urgencias o realmente tienen acceso a los servicios ambulatorios. Por otro lado la brecha entre la extensión de la consulta médica electiva y la utilización del total de servicios ambulatorios que es de 8.5% puede estar reflejando, una utilización de servicios ambulatorios derivados de las urgencias, o el acceso a través de servicios de prevención y promoción, sin requerir una consulta médica previa, lo cual también sería una oportunidad para afianzar el rol articulador del médico familiar a través de este tipo de servicios. Lo anterior es sólo una hipótesis y nos es posible ratificarlo con los datos analizados.

Los servicios de atención domiciliaria presentan una utilización baja, lo que puede representar un potencial para el desarrollo de servicios de este tipo que puedan generar mejores condiciones de salud a ciertas poblaciones sin aumentar los recursos necesarios.

En cuanto a las diferencias en la extensión de uso por edad, los menores de 5 años y los mayores de 70 años, presentan una mayor utilización de los servicios ambulatorios, lo que considero un resultado esperado por ser estos los grupos de edad más vulnerables y con mayores necesidades de atención. En contraste los adolescentes (11 – 19 años) evidencian

la menor extensión de uso de los servicios de salud, dato congruente con la experiencia internacional²⁶ y que se constituye en un reto para la organización de los servicios de salud y las metas en temas tan importantes como salud sexual y reproductiva o consumo de sustancias psicoactivas o alcohol.

Al analizar las diferencias de extensión de uso de los servicios por zona geográfica, se observa que las capitales como Bogotá y Cali presentan una mayor utilización de servicios frente a otras ciudades como Barranquilla o Bucaramanga. Con los datos analizados en el presente estudio no es posible determinar la explicación del hallazgo anterior, sin embargo se descarta que esta diferencia fuera debido a la estructura demográfica (Ver Anexo 8).

La extensión de uso de las EPS seleccionadas presenta una dispersión que considero significativa para las decisiones acerca de los servicios de salud, con un mínimo de alrededor del 53% y un máximo del 84%. La mediana de 64% es muy cercana al promedio ponderado, siendo un poco mayor. Esto nos lleva a pensar en que a pesar de la selección puede haber diferencias significativas en la cobertura de los reportes de servicios (subregistro de servicios de salud efectivamente entregados) o que en realidad cada EPS puede tener un comportamiento diferente que pudiera estar mediado por la estructura demográfica de su población, por su cobertura geográfica o por una organización diferente de su modelo de atención. No es posible determinar el impacto de estas diferencias en los resultados de salud, por estar este objetivo por fuera del alcance de este estudio. Analizar la relación entre utilización de servicios e indicadores de estado de salud (resultados en salud), es fundamental para ahondar en el conocimiento real de lo que está sucediendo en el sistema y evaluar objetivamente la mejor inversión de recursos que podemos hacer los colombianos.

12. CONCLUSIONES

1. La población afiliada a las EPS de la selección presenta una pirámide en transición, con una muesca en las edades de 15 a 25 años, probablemente debida a la definición de grupo familiar del sistema. La estructura por edad y sexo de la selección de EPS no difiere significativamente de la de la población total del Régimen Contributivo de ACEMI y es más joven que la población total de este régimen.
2. Del total de las personas que estuvieron afiliadas al régimen contributivo y fueron reconocidas por el Fosyga a las EPS seleccionadas, al menos por un día durante el año 2006 el 62,27%, utilizó al menos un servicio de salud del POS en dicho periodo.
3. La menor utilización por tipo de servicio fue de los servicios de alto costo y atención domiciliaria, alcanzado un 0.8% de la población expuesta. El 7.8% de la población objeto, utilizó al menos un servicios hospitalario durante el 2006 y el 23.5% utilizó al menos un servicio de urgencias. Los servicios ambulatorios fueron los de mayor extensión de uso, pues 58% de los afiliados expuestos utilizó al menos un servicio ambulatorio en el 2006.
4. Al revisar en detalle los servicios ambulatorios la mayor extensión de uso la presentan los servicios de consulta médica electiva, la cual fue utilizada al menos una vez por el 49.5% de los afiliados expuestos. En orden seguiría la extensión observada de los tipos de servicios: laboratorio clínico, otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos e imágenes diagnósticas, los cuáles fueron usados por el 21.1%, 13.7%, 13.2% respectivamente. Los demás servicios ambulatorios agrupados, fueron utilizados al menos una vez por un 48.71% de los afiliados expuestos en 2006.
6. Se observó una diferencia por sexo en la extensión de uso para algunas categorías de edad y para algunos de los tipos de servicios. En general las mujeres presentan una mayor utilización en las edades entre 15 a 59 años excepto para los servicios de alto costo y atención domiciliaria. La mayor diferencia se observa en el grupo de edad fértil.

7. En cuanto a la utilización de los servicios por zona geográfica las mayores extensiones de uso observadas son para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín. Las dos primeras son las mayores para todas las categorías, alternándose el primer lugar de acuerdo con el tipo de servicios analizado.

13. RECOMENDACIONES

1. Repetir y ampliar el análisis realizado en el presente estudio, para años diferentes y mayores muestras poblacionales para que se pueda establecer la tendencia y que las conclusiones sean más generalizadas.
2. Explorar la relación entre los diferentes indicadores de utilización de servicios y entre estos y los datos de resultados en salud, para poder definir objetivamente la mejor manera de invertir los recursos del sistema.
3. Ampliar el análisis evaluando las necesidades en salud y la continuidad de la atención en patologías específicas.

14. ANEXOS

1. SOBRE LA POBLACIÓN

Población a Riesgo

Existen varias formas de reportar la información afiliada a una EPS, una forma es el reconocimiento del afiliado y otra es a través de indicadores. En cuanto al reconocimiento del afiliado existen dos conceptos básicos que son necesarios conocer para determinar la estructura de la población, los cuales son:

- **Compensados:** Aquellos afiliados a una EPS que han pasado todas las validaciones que impone el Ministerio de la Protección Social para autorizar el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Estos son los afiliados oficiales, aprobados

por el sistema, lo cual se realiza mensualmente. La fuente de esta información es el FOSYGA y los criterios que se aplican para definir esta población son homogéneos para todas las EPS.

- Activos: Son todos los afiliados a una EPS que independientemente de si fueron aceptados por las redes de validación del Ministerio, tienen derecho a los servicios del POS. Esto incluye los afiliados en periodos de protección laboral, cobertura de atención inicial de urgencias, los de mora menor a 30 días, los multiafiliados, los que tienen requisitos especiales para demostrar su derecho a estar como beneficiarios y todos los demás que han sido glosados por el SGSSS, pero que demuestran haber cotizado, o que el empleador les hizo un descuento.

A nivel de indicadores, existen tres posibilidades para calcular la población a riesgo: Inventario, población promedio y equivalentes, entonces:

- Inventario: Se trata del conteo de las diferentes identificaciones afiliadas a una EPS por lo menos en un día del periodo: Conteo de identificaciones diferentes.
- Población promedio: Se trata del promedio de diferentes personas afiliadas en un periodo, así sea por un día en cada periodo: Suma de las diferentes personas afiliadas en un mes, en los 12 meses del periodo, dividido entre 12.
- Equivalentes: Cálculo mediante el cual se obtiene el número de personas ajustado, que estuvieron afiliados durante un periodo completo (personas año exposición). Se toma la suma del número de días por afiliado y se divide entre 360.

Desde el punto de vista de población en riesgo, lo ideal sería utilizar los afiliados activos equivalentes (personas año exposición), sin embargo esto no es un dato que esté disponible, en contraste con los afiliados compensados para lo cual si existe una fuente confiable, la cual es el FOSYGA. Una posibilidad es tomar los afiliados equivalentes compensados y estimar a partir de ese dato la población activa equivalente, asumiendo

que los afiliados compensados y los no compensados se comportan igual frente a los días de exposición.

De los Compensados

De acuerdo con el Decreto 2280 de 2004, “se entiende por compensación el proceso mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas plenamente por las EPS para cada periodo mensual, los recursos destinados a financiar las actividades de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen de subsidios en salud y los recursos que el sistema reconoce a las EPS por concepto de unidades de pago por capitación, UPC”.

Es decir el proceso de compensación es aquel en donde la EPS reporta el recaudo de las cotizaciones por cada afiliado cotizante y cobra las UPC de éste y su grupo familiar. Este proceso implica un cruce de cuentas entre las EPS y el FOSYGA, entre la cotización y los valores a reconocer por parte del FOSYGA a las EPS por concepto de UPC.

El proceso de compensación no se puede iniciar si no hay una cotización recaudada de manera íntegra, por otro lado los ingresos que reciben las EPS dependen del número de días compensados aprobados para una determinada persona y su grupo familiar y no del número de personas que en un momento dado aparezcan en la base de datos de compensación.

Al realizar un cruce con la base de datos de los compensados se pretende asegurar que los servicios reportados en las bases de datos de gasto efectivamente se hayan entregado a personas con derechos, es decir a aquellas personas pertenecientes al régimen contributivo (RC) por las cuales el Ministerio Protección Social ha delegado una responsabilidad a las EPS de entregar los servicios de salud definidos en el POS. Por otra parte quienes tienen derecho a recibir servicios son:

1. Los afiliados que coticen y los miembros de su grupo familiar.
2. Los afiliados a quienes se haya realizado descuento por nómina y puedan acreditar dicho descuento así su empleador no haya realizado cotización.
3. El recién nacido que nazca de una madre afiliada.
4. Los afiliados dependientes.
5. Las personas desafiliadas por pérdida del empleo en el periodo de protección laboral por 30 días o 90 días.

Teniendo en cuenta lo anterior, la definición del derecho de un afiliado se basa en el estado de afiliación o en el de desafiliación y no por el estado de compensación.

2. ANALISIS DEMOGRAFICO

COMPARACION VARIABLES DEMOGRAFICAS - GRUPOS ETAREOS						
GRUPO ETAREO	ESTUDIO 2010		ACEMI 2006		DANE 2005	
	F	M	F	M	F	M
a. Menor a 5 años	496318	478132	848431	847400	2.110.978	2.205.283
b. De 5 a 9 años	579010	602035	1007218	1051224	2.178.121	2.266.982
c. De 10 a 14 años	513869	535223	912202	946645	2.194.054	2.306.902
d. De 15 a 19 años	435726	430986	774920	764316	2.066.445	2.167.094
e. De 20 a 24 años	441008	434134	785014	745343	1.906.992	1.884.930
f. De 25 a 29 años	494162	489122	862933	823566	1.743.306	1.675.329
g. De 30 a 34 años	414601	423687	726918	712908	1.555.858	1.467.176
h. De 35 a 39 años	379797	393492	677425	671478	1.551.559	1.435.672
i. De 40 a 44 años	343150	343424	621140	599017	1.481.996	1.369.639
j. De 45 a 49 años	274558	264530	500826	468784	1.269.687	1.162.401
k. De 50 a 54 años	207874	192343	380904	342921	1.018.694	937.837
l. De 55 a 59 años	149994	140781	276471	253723	806.056	744.255
m. De 60 a 64 años	101864	96338	190810	174812	613.300	563.172
n. De 65 a 69 años	77912	68592	148668	127613	509.508	449.019
o. De 70 a 74 años	56771	45616	110769	85438	401.113	339.930
p. De 75 a 79 años	40837	31781	79769	59676	274.107	227.712
q. De 80 o más años	41015	30155	81537	56962	298.285	221.995
Total	5048466	5000371	8985955	8731826	21.980.059	21.425.328
Gran Total	10048837		17717781		43405387	

3. ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN SEGÚN REQUERIMIENTOS DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Descripción de variables y la estructura del archivo de servicios entregado por las EPS al MPS con copia a ACEMI

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la Aseguradora (EPS) /EOC/ESS/CCF)	Código de la Aseguradora de acuerdo con el asignado por la Superintendencia Nacional de Salud	7 Tipo texto	Código de la Aseguradora que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de aseguradores, Supersalud
2	Tipo de Identificación	Tipo de identificación del afiliado	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20 Tipo Texto	Alfanumérico Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002, Art. 7.
4	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA (Verificar fechas de nacimiento anteriores a 01/01/1900)
5	Sexo	Genero del afiliado	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
6	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
7	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
8	Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal que originó la prestación.	4 Tipo texto	Codificación en CIE 10. Se anexa TABLA
9	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso; y para el caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención.
10	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos de acuerdo a las tablas de CUPS, y los Acuerdos 228, 236, 263 y 282, así como el código INSUMOS.	11 Tipo texto	La única codificación permitida es CUPS; y para los medicamentos ambulatorios incluidos en el POS los Acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS. (Se anexan TABLAS. El código para insumos se incluye en la Tabla CUPS)
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos	Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta.	1 Texto	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de contratación (Ver descripción numeral 4.1.4)	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle (Solamente en caso de no disponer de la información detallada) C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo
13	Número de días	Suma de los días de estancia	3	Días que permaneció hospitalizado.

Descripción de variables y la estructura del archivo de servicios entregado por las EPS al MPS con copia a ACEMI

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
	estancia	facturados.	Tipo número	Cuando no aplique registrar cero (0). Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo.
14	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumos	Valor reconocido por la Aseguradora al prestador por concepto de la atención prestada (Ver descripción numeral 4.1.4)	10 Tipo número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0)
15	Valor asumido por el usuario (Cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	10 Tipo número	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a ordenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).
16	Tipo de codificación utilizada	Indica a que manual de referencia corresponde el código que identifica la actividad, procedimiento o intervención, medicamento, insumos.	4 Tipo texto	CUPS: Resolución 365 de 1999 y ss MEDI: Acuerdos 228, 236, 263 y 282 del CNSSS

Fuente: ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) ¿Cómo y por qué consultan los colombianos al médico? Análisis de las atenciones brindadas por las EPS privadas del régimen contributivo a los colombianos en los años 2005 a 2007.

4. TABLA COBERTURA POR ÁMBITO – EDAD POR QUINQUENIOS.

EDAD	AMBULATORIO	URGENCIAS	HOSPITALARIO	ATENCIÓN DOMICILIARIA	ALTO COSTO	TODOS LOS SERVICIOS
Menor a 5 años	64,08	38,08	9,44	0,29	0,64	71,14
De 5 a 9 años	50,06	19,94	3,88	0,19	0,08	54,67
De 10 a 14 años	47,48	14,64	3,06	0,20	0,07	51,30
De 15 a 19 años	47,39	15,60	4,70	0,20	0,12	51,31
De 20 a 24 años	55,45	26,22	8,36	0,32	0,13	60,69
De 25 a 29 años	61,49	28,23	9,80	0,36	0,18	66,37
De 30 a 34 años	61,42	25,76	9,50	0,32	0,22	65,79
De 35 a 39 años	61,02	23,55	8,89	0,29	0,28	64,95
De 40 a 44 años	61,53	22,00	8,26	0,29	0,39	64,89
De 45 a 49 años	62,73	21,39	8,36	0,35	0,57	65,58
De 50 a 54 años	64,33	21,43	9,04	0,38	0,84	66,83
De 55 a 59 años	66,34	21,39	10,01	0,47	1,20	68,49
De 60 a 64 años	68,53	22,18	11,48	0,63	1,74	70,47
De 65 a 69 años	70,48	23,26	13,41	0,77	2,35	72,17
De 70 a 74 años	73,68	25,72	16,33	1,10	3,06	75,35
De 75 a 79 años	74,71	28,78	19,44	1,59	3,54	76,62
De 80 ó más años	72,36	30,75	22,10	2,86	3,56	75,12

Fuente: ACEMI – Base de Datos Población Objeto afiliada al régimen contributivo año 2006

5. TABLA PRIMER NIVEL DE DESAGREGACIÓN – ÁMBITOS – GRUPOS DE EDAD Y GÉNERO

SEXO	Grupo de Edad	2006				Total servicios
		Alto costo	Atención domiciliaria	Hospitalario	Urgencias	
F	0 a 5 años	0,61	0,29	8,70	37,17	68,77
	5 a 14 años	0,07	0,16	3,09	17,08	53,05
	15 a 44 años	0,22	0,30	11,27	26,87	71,05
	45 a 59 años	0,82	0,44	10,62	24,15	75,11
	60 o más años	2,35	1,32	15,65	27,28	77,42
Total F		0,44	0,35	9,44	25,45	67,84
M	0 a 5 años	0,67	0,29	10,20	39,04	73,60
	5 a 14 años	0,09	0,22	3,88	17,80	53,12
	15 a 44 años	0,20	0,30	5,28	20,57	53,52
	45 a 59 años	0,79	0,33	7,23	18,50	57,76
	60 o más años	2,80	0,93	14,37	22,13	67,95
Total M		0,43	0,32	6,16	21,54	56,64
Total	0 a 5 años	0,64	0,29	9,44	38,08	71,14
	5 a 14 años	0,08	0,19	3,49	17,44	53,09
	15 a 44 años	0,21	0,30	8,27	23,72	62,27
	45 a 59 años	0,81	0,39	8,97	21,40	66,68
	60 o más años	2,56	1,14	15,06	24,91	73,05
Total general		0,43	0,34	7,81	23,51	62,27

Fuente: ACEMI – Base de Datos. Población Estudio Régimen Contributivo Colombia año 2006

6. TABLA COBERTURA AMBULATORIOS POR EDAD EN QUINQUENIOS

EDAD	CONSULTA MEDICA ELECTIVA	IMÁGENES DIAGNOSTICAS	LABORATORIO CLINICO	OTROS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS	OTROS SERVICIOS AMBULATORIOS
Menor a 5 años	54,83	11,88	13,29	2,97	51,41
De 5 a 9 años	40,22	4,74	9,35	3,02	41,37
De 10 a 14 años	38,37	4,84	10,71	2,81	37,93
De 15 a 19 años	39,23	7,33	13,05	5,30	37,28
De 20 a 24 años	46,86	11,64	19,35	13,28	46,76
De 25 a 29 años	52,13	14,19	22,52	17,10	52,50
De 30 a 34 años	52,14	14,59	22,82	18,30	52,08
De 35 a 39 años	52,07	14,98	23,39	19,41	51,75
De 40 a 44 años	53,43	16,67	26,19	21,41	52,33
De 45 a 49 años	55,48	19,19	31,69	23,71	54,02
De 50 a 54 años	57,87	24,09	36,58	26,37	56,02
De 55 a 59 años	60,26	25,35	40,53	28,05	58,41
De 60 a 64 años	62,92	26,61	44,28	29,88	61,01
De 65 a 69 años	64,91	28,09	46,70	31,48	63,17
De 70 a 74 años	68,27	30,31	49,90	33,23	66,62
De 75 a 79 años	69,19	31,70	50,99	34,28	67,91
De 80 ó más años	65,29	28,42	46,40	29,80	65,01

7. CÓDIGO CLASIFICACIÓN ÚNICA DE PROCEDIMIENTOS EN SALUD CUPS - EJEMPLO

AGRUPADOR FINAL

MPS CUPS	Descripción	Ambito	Cobertura	Calificador	Agrupación Tesis
401101	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO SUPERFIC	Ambulatorio	Procedimiento	Procedimiento	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
401102	BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO PROFUNDO	Ambulatorio	Procedimiento	Procedimiento	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402100	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO CERVICAL	Ambulatorio	Procedimiento	Procedimiento	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402200	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO MAMARIO	Ambulatorio	Procedimiento	Procedimiento	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402300	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO AXILAR SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402400	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO INGUINAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402500	ESCISIÓN DE HIGROMA QUÍSTICO DE CUELLO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
402600	ESCISIÓN DE LINFANGIOMA DE CUELLO SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
403000	ESCISIÓN DE GANGLIO LINFATICO REGIONAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
404100	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
404200	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL DE CUELLO PROFUNDO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
404301	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL MODIFICADO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
404302	VACIAMIENTO LINFATICO RADICAL MODIFICADO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
404400	VACIAMIENTO RADICAL SUPRAHIOIDEO DE CUELLO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405100	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO AXILAR SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405300	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO INGUINAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405301	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405302	LINFADENECTOMIA RADICAL INGUINOFEMORAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405400	VACIAMIENTO RADICAL LINFATICO ABDOMINAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405401	LINFADENECTOMIA RADICAL PELVICA +	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405402	LINFADENECTOMIA RADICAL EXTRAPERITONEAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405410	LINFADENECTOMIA PELVICA POR LAPAROSCOPIA	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405500	ESCISIÓN RADICAL DE GANGLIOS LINFATICOS	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
405510	LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
406100	CANULACION DE CONDUCTO TORACICO SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
406200	FISTULIZACION DE CONDUCTO TORACICO SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
406300	CIERRE DE FISTULA DEL CONDUCTO TORACICO	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
406400	LIGADURA DEL CONDUCTO TORACICO SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
406500	DERIVACIÓN LINFOVENOSA SUPERFIC	Hospitalario	Cirugía	Cirugía	Procedimientos diagnósticos y terapéuticos

8. DIFERENCIAS POR ZONA GEOGRAFICA Y EDAD

EXTENSION DE USO TOTAL SERVICIOS EDAD - ZONA GEOGRAFICA															
EDAD	TODAS	BTA	MEDELLIN	CALI	BQUILLA	BMANGA	CTGENA	OTRAS	BTA	MEDELLIN	CALI	BQUILLA	BMANGA	CTGENA	OTRAS
Menor a 5 años	71,14	79,35	64,55	90,82	61,90	68,44	66,90	66,02	1,116	0,907	1,277	0,870	0,962	0,940	0,928
De 5 a 9 años	54,67	53,03	50,50	70,94	44,47	45,44	46,90	50,48	1,153	0,924	1,298	0,813	0,831	0,858	0,923
De 10 a 14 años	51,30	59,85	51,54	60,70	40,31	37,43	41,64	47,36	1,167	1,005	1,183	0,786	0,730	0,812	0,923
De 15 a 19 años	51,31	58,45	52,70	60,33	41,84	38,52	44,01	47,37	1,139	1,027	1,176	0,815	0,751	0,858	0,923
De 20 a 24 años	60,69	54,45	64,16	66,59	56,35	50,80	58,85	56,79	1,062	1,057	1,097	0,928	0,837	0,970	0,936
De 25 a 29 años	66,37	70,00	69,75	74,05	64,56	54,61	66,59	62,29	1,055	1,051	1,116	0,973	0,823	1,003	0,939
De 30 a 34 años	65,79	58,99	69,54	72,30	64,66	53,14	67,92	62,17	1,049	1,057	1,099	0,983	0,808	1,032	0,945
De 35 a 39 años	64,95	58,22	68,77	71,46	64,05	53,36	65,57	61,36	1,050	1,059	1,100	0,986	0,822	1,010	0,945
De 40 a 44 años	64,89	57,93	68,70	71,21	63,58	54,20	65,29	61,40	1,047	1,059	1,097	0,980	0,835	1,006	0,946
De 45 a 49 años	65,58	59,22	68,50	71,60	63,65	55,98	64,65	62,06	1,056	1,045	1,092	0,971	0,854	0,986	0,946
De 50 a 54 años	66,83	70,70	69,24	72,37	64,39	57,26	65,98	63,43	1,058	1,036	1,083	0,963	0,857	0,987	0,949
De 55 a 59 años	68,49	72,11	71,30	73,72	65,69	58,55	67,04	65,37	1,053	1,041	1,076	0,959	0,855	0,979	0,954
De 60 a 64 años	70,47	73,02	72,91	75,12	68,23	62,35	70,78	68,11	1,036	1,035	1,066	0,968	0,885	1,004	0,957
De 65 a 69 años	72,17	74,40	74,25	76,37	70,53	63,08	70,44	70,44	1,031	1,029	1,058	0,977	0,874	0,976	0,976
De 70 a 74 años	75,35	77,60	77,02	79,16	73,31	68,06	75,27	73,67	1,030	1,022	1,051	0,973	0,903	0,999	0,978
De 75 a 79 años	76,62	78,17	79,68	80,41	74,44	69,28	79,13	74,74	1,020	1,040	1,049	0,972	0,904	1,033	0,975
D. 30 años en adelante	75,12	76,48	78,28	87,55	70,95	68,14	74,37	72,20	1,018	1,042	1,165	0,944	0,907	0,990	0,951

BIBLIOGRAFIA

¹ ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) Indicadores 2009.

² Ley 100 de 1993, Artículo 163.

³ Manual Preguntas sobre derechos y deberes del régimen Contributivo del sistema general de seguridad social en salud. Superintendencia Nacional de Salud. Febrero 2002. 7-10.

⁴ Ley 100 de 1993, Artículo 162 Parágrafo 5.

⁵ Ley 1122 de 2007, Artículo 14.

⁶ Estudio de Suficiencia Ministerio Protección Social.

⁷ Camacho. S; Cueto E. Es suficiente la prima del sistema de seguridad social en salud en Colombia? Un estudio de caso del régimen contributivo en la sabana de Bogotá en el año 2000. 2001. Página 29.

⁸ Dever A., PH., D.M. T. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. 1991. 244 -245.

⁹ ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) ¿Cómo y por qué consultan los colombianos al médico? Análisis de las atenciones brindadas por las EPS privadas del régimen contributivo a los colombianos en los años 2005 a 2007. Páginas 4-9.

¹⁰ ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) ¿Cómo y por qué consultan los colombianos al médico? Análisis de las atenciones brindadas por las EPS privadas del régimen contributivo a los colombianos en los años 2005 a 2007. Páginas 10 - 11.

¹¹ Green L. A, MD, Fryer G.E. PHD. N Engl. J Med, Junio 28 2001, Vol. 344, No. 26, Páginas 2021,25.

¹² Ministerio de la Protección Social. Resolución numero 5261 de 1994. Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de salud. En el sistema general de seguridad social en salud. Páginas 1-5.

-
- ¹³ White, K. The Ecology of Medical Care Reprinted from. N Engl. J Med, 1961 Vol. 265. Páginas: 885- 892.
- ¹⁴ Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. Health Transit Rev 1991. Vol. 1. Páginas: 21-25.
- ¹⁵ Andersen RM, Aday LA. Exploring dimensions of access to medical care. Health Serv Res. 1983. Vol 18. Páginas: 49-56.
- ¹⁶ Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elements for a theory of the health transition. Health Transit Rev 1991;1. Páginas 26-33.
- ¹⁷ Informe OMS Salud 2000. Página 73.
- ¹⁸ Paganini, JM. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 1998. 4(5).
- ¹⁹ Tono T; Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. Coyuntura Social. 2001. 146 – 165.
- ²⁰ Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Páginas: 179 -180.
- ²¹ Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Páginas: 182.
- ²² Mckinlay JB. Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. J Health Soc Behav 1972; 18: 115-52.
- ²³ Fuente Nota Técnica Año 2005. ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral). 2005.
- ²⁴ Informe OMS 2000 Brasil, Republica Dominicana y México. Páginas: 61-63.
- ²⁵ Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y. Páginas: 182-184
- ²⁶ Trías J, Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El Caso de los Niños en la Argentina. Universidad Nacional de la Plata. Departamento de Economía. Mayo 2004. Páginas 5-6.