

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca



El presente formulario debe ser diligenciado en su totalidad como constancia de entrega del documento para ingreso al Repositorio Digital (Dspace).

TITULO	ESTUDIO DE SUFICIENCIA FINANCIERA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DEL MAGISTERIO (UPCM) - UNIÓN TEMPORAL AVANZAR MÉDICO REGIÓN 1 - CONTRATO VIGENTE 2009 A 2011		
SUBTITULO			
AUTOR(ES) Apellidos, Nombres (Completo) del autor(es) del trabajo	Hernández, Jhon Alexander		
	Hernández Durán, Mauricio		
PALABRAS CLAVE (Mínimo 3 y máximo 6)	Capitación		Siniestralidad
	Magisterio		Morbilidad
	Epidemiología		Código Servicio
RESUMEN DEL CONTENIDO (Mínimo 80 máximo 120 palabras)	<p>Este estudio se desarrolló para analizar y demostrar la situación financiera actual de la UTAMR1 teniendo como referencia costos administrativos y medico asistenciales. Con el fin de implementar una metodología de revisión y ajuste sistemático que permita al ministerio de salud tomar la decisión de incrementar de forma retroactiva la UPC de los años en estudio y así garantizar el equilibrio financiero y la construcción de nuevos escenarios para la sostenibilidad financiera del plan de beneficios de salud para los afiliados y beneficiarios del magisterio.</p>		

Autorizo (amos) a la Biblioteca Octavio Arizmendi Posada de la Universidad de La Sabana, para que con fines académicos, los usuarios puedan consultar el contenido de este documento en las plataformas virtuales de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

**ESTUDIO DE SUFICIENCIA FINANCIERA DE LA UNIDAD DE PAGO POR
CAPITACIÓN DEL MAGISTERIO (UPCM) - UNIÓN TEMPORAL AVANZAR
MÉDICO REGIÓN 1 - CONTRATO VIGENTE 2009 A 2011**

**JHON ALEXANDER HERNÁNDEZ
MAURICIO HERNÁNDEZ DURAN**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
BUCARAMANGA**

2012

**ESTUDIO DE SUFICIENCIA FINANCIERA DE LA UNIDAD DE PAGO POR
CAPITACIÓN DEL MAGISTERIO (UPCM) - UNIÓN TEMPORAL AVANZAR
MÉDICO REGIÓN 1 - CONTRATO VIGENTE 2009 A 2011**

**JHON ALEXANDER HERNÁNDEZ
MAURICIO HERNÁNDEZ DURAN**

**Director:
FERNANDO CHAVARRO MIRANDA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
ESPECIALIZACIÓN EN FINANZAS Y NEGOCIOS INTERNACIONALES
BUCARAMANGA**

2012

CONTENIDO

	Pág.
1. TITULO	7
2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	8
3. JUSTIFICACION Y ALCANCE	9
4. OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GENERAL	11
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
5. MARCO REFERENCIAL	12
5.1 MARCO TEORICO	12
5.2 MARCO CONCEPTUAL	13
5.3 MARCO LEGAL	17
6. METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO	21
7. CRONOGRAMA	27
8. PRESUPUESTO	28
9. INFORME ESTUDIO DE SUFICIENCIA FINANCIERO	29
9.1 ACTIVIDAD No. 1-2:	29
9.1.1 Recopilación de información, validación y cuantificación de	29
9.2 ACTIVIDAD No. 3	42
9.2.1 Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional UTAMR1.	42
9.2.2 Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional UTAMR1	43
9.2.3 Margen de riesgo por tipo de servicio - UTAMR1 2009 – 2011	45
9.2.4 Fías y costos adicionales	50
9.2.5 Siniestralidad general UTAMR1	53
9.3 ACTIVIDAD No. 4	54

9.3.1 Evaluación de financiamiento de la UPC Vs sostenibilidad financiera	54
9.3.2 Comportamiento del costo y el gasto de la UTAMR1 2009 – 2011	57
9.3.3 Determinación de la Suficiencia Financiera de la UPCM	58
9.4 ACTIVIDAD No. 5:	59
9.4.1 Sugerir una estructura de apoyo de la información que garantice permanentemente esta función, con el fin de conformar un equipo dentro de la estructura de la UTAMR1	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFIA	62

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. UTAMR1.2009-2011.	30
Gráfico 2. Distribución Por Genero Población Promedio. UT Avanzar	30
Gráfico 3. Distribución por grupo Etario. Población UTAMR1. Promedio 2009-2010.	31
Gráfica 4. Servicios utilizados por los usuarios consultantes 2009-2011	33
Gráfica 5. Participación del costo total UT Avanzar Medico. 2009-2010.	34
Gráfica 6. Relación participación del costo total y número de afiliados por departamento. UT Avanzar Medico. 2009-2011.	35
Gráfica 7. Relación de distribución de costo y número de usuarios por rango Etario UTAMR1 2009-2011.	36
Gráfica 8. Costo medio usuario afiliado por grupo Etario UT Avanzar Medico.2009-2011.	37
Gráfica 9. Costo medio usuario atendido. UT Avanzar Medico. 2009-2011.	38
Gráfica 10. Costo medio evento. UT Avanzar Medico. 2009-2011.	39
Gráfica 11. Margen de riesgo o costo medio usuario promedio primer. 2009.	45
Gráfica 12. Costo vs ingresos. UTAMR1 Enero a Diciembre de 2011	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. UTAMR1.2009-2010.	29
Tabla 2. UTAMR1.2009-2011	31
Tabla 3. Distribución por grupo etario. Población UTAMR1. Promedio 2009-2010.	32
Tabla 4. Los 10 Diagnósticos más frecuentes según RIPS, Avanzar Medico. 2009-2011.	40
Tabla 5. Principales diagnósticos según RIPS, Avanzar Medico. 2009-2011.	41
Tabla 6. Cuantificación unidad funcional, UTAMR1. 2009-2011.	43
Tabla 7. Nota técnica consolidada con costos adicionales.	47
Tabla 8. Nota técnica consolidada con costos adicionales.	48
Tabla 9. Nota técnica consolidada con costos adicionales.	49
Tabla 10. Costos adicionales. UTAMR1 Enero a Diciembre de 2010	50
Tabla 11. Costos adicionales UTAMR1 Enero a Diciembre de 2009	50
Tabla 12. Costos adicionales UTAMR1 Enero a Diciembre de 2011.	51
Tabla 13. Consolidado promedio con costos adicionales.	56
Tabla 14. Consolidado promedio con costos adicionales.	56
Tabla 15. Consolidado promedio con costos adicionales.	57
Tabla 16. Comportamiento del costo y el gasto de la UTAMR1 Enero a Diciembre de 2011.	58
Tabla 17. Determinación de la suficiencia financiera de la UPCM.	58

1. TÍTULO

**ESTUDIÓ DE SUFICIENCIA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DEL
MAGISTERIO (UPCM) - UNIÓN TEMPORAL AVANZAR MÉDICO REGIÓN 1 -
CONTRATO VIGENTE 2009 A 2011**

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Analizando la situación financiera actual de la UTAMR1 se encontró insuficiencia en la unidad de pago por capitación del magisterio (UPCM) para atender el plan de beneficios prestado a los afiliados del fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio región 1, por esto se tomó la determinación de llevar a cabo un estudio interno del comportamiento del ingreso y el costo de los servicios de salud (Incluidos los gastos administrativos) en donde podamos determinar las condiciones actuales de sostenibilidad y eficiencia en el corto, mediano y largo plazo, dadas las tendencias observadas y las restricciones presupuestales nacionales actuales, para así elaborar una propuesta metodológica para su revisión y actualización sistemática de la UPCM actual.

3. JUSTIFICACIÓN Y ALCANCE

La Unión Temporal Avanzar Médico Región 1 (UTAMR1), quien hace parte de la red de prestadores de servicios de salud contratados por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, ha visto la necesidad de hacer una evaluación de la suficiencia financiera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida por cada usuario para financiar el plan de beneficios de salud para los afiliados y beneficiarios del magisterio. Esto con el fin de contribuir a entregar elementos de juicio que permitan tomar las decisiones necesarias para realizar un ajuste de las respectivas unidades de pago por capitación de la vigencia actual del contrato (Enero 2009 a Diciembre 2011) y posibles vigencias futuras ya que al final del tercer año se hace la evaluación costo/beneficio del contrato de prestación de servicios de salud firmado con el magisterio.

De esta forma se persigue implementar una metodología de revisión y ajuste sistemático que permita al ministerio de salud tomar la decisión de incrementar de forma retroactiva la UPC de los años en estudio y así garantizar el equilibrio financiero y la construcción de nuevos escenarios para la sostenibilidad financiera del plan de beneficios de salud para los afiliados y beneficiarios del magisterio.

La información insumo de este estudio será suministrada por la UTAMR1 cuyo objeto, además de determinar la suficiencia de la UPC para financiar los servicios contenidos en el plan de beneficios es, entre otros, describir por zona geográfica el comportamiento del aseguramiento, definido en variables como perfil epidemiológico (edad, sexo), la morbilidad y las desviaciones en frecuencia y costo de los servicios prestados en los años 2009 a 2011, para una proporción de la región 1 que comprende los afiliados en los departamentos de Santander, Norte de Santander, Arauca y Cesar.

Se describirán los aspectos metodológicos relevantes que se tuvieron en cuenta para analizar los datos, como son, fuente de información, bases tenidas en cuenta, calidad de los datos, validación de la información y el método de cálculo de los resultados.

Luego se presentarán los resultados iniciando con una descripción de la población asegurada y después los resultados analizados principalmente por costo y frecuencia de los servicios, todo esto con el fin de garantizar un proceso metodológico que logre como función principal continuar con el seguimiento periódico de la información que consiga el ajuste sistemático de los recursos para el sostenimiento del plan de beneficios del magisterio.

Por las razones antes argumentadas el presente estudio está encaminado a plantear los principales factores que impactan la estabilidad financiera de la UTAMR1 y buscar posibles alternativas de solución en el corto, mediano y largo plazo para lograr explorar nuevos caminos para la cobertura progresiva de los servicios de salud.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la suficiencia financiera de la Unidad de Pago por Capitación, para cubrir el plan de beneficios en salud de los afiliados y beneficiarios del Magisterio de la Unión Temporal Avanzar Médico Región 1.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población afiliada al FOMAG (fondo de prestaciones sociales del magisterio) en la región de acuerdo con variables: sexo, edad, departamento y morbi-mortalidad.
- Caracterizar y cuantificar los servicios brindados o demanda atendida por servicios de salud en los años 2009 a 2011.
- Determinar el costo real de los servicios en salud de los afiliados al FOMAG en la UTAMR1
- Establecer el financiamiento de la UPC actual y la eficiencia de sostenibilidad que brinda a la UTAMR1
- Sugerir una estructura de apoyo de la información que garantice permanentemente esta función, con el fin de conformar un equipo dentro de la estructura de la UTAMR1

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

El Estudio de Suficiencia de la UPC es un sistema de información de gran importancia para la UTAMR1, ya que la prestación de servicios de salud es considerada una actividad económica y legalmente se debe llevar el control financiero y contable de los cada uno de los procesos, entre ellos el de los dineros recibidos para la lograr de la mejor manera la prestación del servicio, y adicionalmente permite dar cumplimiento al decreto 1122 de 2007 donde se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago¹.

Organizacionalmente es importante porque permite estandarizar los procesos internos y dar cumplimiento a la norma ISO 9000:2000 para promover el mejoramiento continuo de cada procedimiento que realice la UTAMR1 y a su vez mejorar el funcionamiento integral con la realización de previas auditorias que logren identificar las falencias en cada uno de los departamentos de esta².

Este estudio es un sistema de información que nos permite realizar una evaluación integral del equilibrio financiero del plan de beneficios de la UTAMR1, en donde se verán relacionados los costos y su financiación y todos los factores relacionados con estos elementos; a su vez nos permitirá diseñar lineamientos metodológicos para tener los controles necesarios para el sostenimiento de la compañía.

¹ Decreto 1122 de 2007 de la Ley 100 de 1993

² Norma ISO 9000 Versión 2000

5.2 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES

Unidad de pago por capitación del magisterio (UPCM)

Es el valor del aseguramiento per cápita que da derecho a cada afiliado y beneficiario del magisterio a recibir la atención en salud que requiera, dentro de los parámetros del plan de beneficios establecido. Para el Magisterio, corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Contributivo definida por grupo etario y zona geográfica más un plus de 48.32%. Este plus es el resultado del cálculo hecho por los servicios adicionales al POS Contributivo, a los que tienen derecho los usuarios del Magisterio³, así:

SERVICIOS ASISTENCIALES ADICIONALES	PORCENTAJE
Programa de salud ocupacional SGRP	3,73
Promoción y prevención	0,94
Asistencial	2,79
Promoción y Prevención valor per capita adicional	3,64
Servicios asistenciales adicionales	32,23
Consulta medica y de odontología general y especializada con frecuencia de uso mayor al Sistema	12,30
Avances tecnológicos (cirugías, procedimientos e insumos)	1,87
Suministro de monturas	1,04
Suministro de prótesis y ortesis	0,80
Medicamentos no POS	11,92
Alto costo	2,50
Transporte y estadía o acompañante	1,80
Financiación de los servicios	4,81
No cobro de cuotas moderadoras ni copagos	4,37
Periodos mínimos de carencia (26 SNAS)	0,44
Administrativos	3,91
Call center	0,00
Manual de usuario	0,02
Carnets	0,07
Sedes exclusivas	1,41
Áreas exclusivas	0,50
Sistemas de información	1,91
TOTAL	48,32

³ FIDUPREVISORA S.A., Términos de Referencia Servicios de Salud, Invitación Pública 143, Colombia, Enero de 2009.

Plan de beneficios

Se define como el conjunto de actividades, procedimientos, suministros y reconocimientos que se brinda a las personas, con el propósito de mantener o recuperar la salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, maternidad y la incapacidad, discapacidad o invalidez derivada de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. El Plan de Beneficios del Magisterio está conformado por los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS) más los establecidos en el Plan de Atención Complementaria del Magisterio⁴.

Formato de información de atención en salud – FIAS

Instrumento establecido por la Fiduprevisora para el reporte de los servicios y costos en salud por parte de los prestadores. La distribución y agrupación utilizada en este instrumento, difiere de la establecida en otras notas técnicas razón por la cual, en los comparativos que se hacen en el presente documento, se evidencian diferencias sustanciales. Contiene información relevante para el estudio como son los usuarios y el ingreso⁵.

Registro individual de procedimientos en salud – RIPS

El sistema de información de prestaciones de salud, es “el conjunto de datos mínimos y básicos que el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) requiere para los procesos de dirección, regulación y control. Los RIPS proveen los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al sistema de prestaciones de salud en el SGSSS, siendo el instrumento definido para el registro y notificación de los servicios a los entes normativos y reguladores, se convierte en la base del estudio.

⁴ Ministerio de Educación, Servicio de salud para el magisterio.

⁵ *Ibíd.*

La estructura de los registros individuales de procedimientos en salud se encuentra definida en la Resolución 3374 de 2000 y contiene 11 tipos de archivos de los cuales 9 son obligatorios, dependiendo de los servicios prestados y el tipo de entidad⁶, así:

Ac- archivo de consultas. Relaciona las consultas realizadas (frecuencia y costo)

Af- archivos de transacciones. Resumen del período y costo total.

Ah- archivo de hospitalizaciones. Relaciona los eventos hospitalarios del período (frecuencia).

Am- archivo de medicamentos. Relaciona los medicamentos utilizados por los pacientes ambulatorios y hospitalarios (frecuencia y costo)

An- archivo de recién nacidos. Relaciona los nacimientos del período (frecuencia)

Ap- archivo de procedimientos. Refiere los procedimientos hospitalarios y ambulatorios realizados en el período reportado, imágenes diagnósticas, laboratorios y apoyo diagnóstico y terapéutico. (Frecuencia y costo).

At- otros servicios. Relaciona las atenciones realizadas como tipo de habitación, suministros, etc. (frecuencia y costo).

Au- urgencias. Relaciona las atenciones realizadas en urgencias por paciente.

Us- archivo de usuarios. Relaciona los usuarios que accedieron al cualquier servicio en el período.

Ct- archivo de control. Relaciona los anteriores archivos con el número de registros de cada uno.

Existen algunos servicios, insumos y medicamentos cuyos proveedores no están obligados a presentar RIPS, razón por la cual se deben relacionar como costos y gastos adicionales.

⁶Resolución Numero 3374 de 2000, RIPS

Nota técnica

Es el instrumento que contiene las características generales y particulares de los servicios de salud y constituye el fundamento técnico para el análisis del costo médico. La metodología de evaluación de la nota técnica se basa en el análisis de frecuencias y severidad de los servicios, con el fin de llegar a la prima pura de riesgo o margen de riesgo unitario promedio (cuya sumatoria resulta en el costo medio usuario) a la que está expuesta una población⁷.

Siniestralidad

Es la relación existente entre los costos incurridos por la UT y los ingresos percibidos para la atención de los afiliados al régimen de excepción del magisterio y sus beneficiarios.

Epidemiología

La epidemiología es una disciplina científica que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas. La epidemiología en sentido estricto, que podría denominarse humana, ocupa un lugar especial en la intersección entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales y aplica los métodos y principios de estas ciencias al estudio de la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas.

Morbilidad

Morbilidad es la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de alguna enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

⁷Op. Cit. FIDUPREVISORA S.A.,

En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de alguna enfermedad en una población.

Grupo Etario

Es un grupo segmentado según edad.

Código del Servicio (CUPS)

Código de clasificación única de procedimientos en salud⁸.

Manual tarifario (SOAT)

Es un manual por medio del cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios⁹.

5.3 MARCO LEGAL

Dentro del marco normativo se analizaron las fuentes jurídicas que soportan el proceso, se verificó la normatividad actual de los procedimientos. Aquí se enuncia el compendio de las: leyes, decretos y resoluciones que regulan el funcionamiento de la UTAMR1.

La Ley 91 de 1989 creó “...el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, como una cuenta especial de la Nación, con independencia patrimonial, contable y estadística, sin personería jurídica, cuyos recursos serán manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta, en la cual el Estado tenga más del 90% del capital. Para tal efecto, el Gobierno Nacional suscribirá el correspondiente contrato de fiducia mercantil, que contendrá las estipulaciones necesarias para el debido cumplimiento de la presente Ley y fijará la comisión que, en desarrollo del mismo, deberá cancelarse a la sociedad

⁸Resolución Numero 1896 de 2001 (CUPS)

⁹Ley 100, Decreto 2423 del 31 de Diciembre de 1996

fiduciaria, la cual será una suma fija, o variable determinada con base en los costos administrativos que se generen. La celebración del contrato podrá ser delegada en el Ministro de Educación Nacional¹⁰...”.

En virtud de lo anterior, FIDUPREVISORA S.A y la NACIÓN – MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, suscribieron un contrato de Fiducia Mercantil contenido en la escritura pública No. 0083 del 21 de junio de 1.990 de la Notaría 44, prorrogado sucesivamente y a la fecha vigente.

El Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio tiene, entre otros, el objetivo de garantizar la prestación de los servicios médico-asistenciales, mediante la contratación con entidades de acuerdo con las disposiciones de la Ley 91 de 1.989, y con lo recomendado por el Consejo Directivo del FNPSNM en su reunión del 30 de Diciembre de 2004, aplicando los principios de la Ley 80 de 1993 y sus decretos reglamentarios.

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio está integrado por el Ministro de Educación Nacional o el Viceministro quien lo preside; El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado; el Ministro de La Protección Social o su Delegado; dos representantes del Magisterio designados por la organización gremial nacional que agrupe el mayor número de asociados docentes, y por la entidad Fiduciaria el Presidente o su delegado, con voz pero sin voto.

El Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, tiene de conformidad con el Artículo 7 de la Ley 91 de 1989, entre otras la función de analizar y recomendar las entidades con las cuales celebrará los contratos para el funcionamiento del Fondo, y entre ellos los relacionados con la prestación de los servicios médico asistenciales.

La Ley 91 de 1989 Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio

De conformidad con el literal L del artículo 24 de la Ley 80/93, el Decreto 2170 de 2002 y teniendo en cuenta lo preceptuado en las Directivas Presidenciales 10 y 12 de 2002 que son de obligatorio cumplimiento para las Entidades de orden nacional, para la celebración de contratos para el funcionamiento del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, entre otros, en lo relacionado con la prestación de los servicios médico asistenciales, se debe dar estricto cumplimiento en la aplicación de los principios de transparencia, economía, responsabilidad y selección objetiva, y convocar mediante Invitación Pública para seleccionar el contratista que asegure y/o garantice la prestación de esos servicios a los docentes activos, pensionados y sus beneficiarios afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio.

Para los contratos de prestación de servicios de salud de que trata el literal L del numeral 1° del artículo 24 de la Ley 80 de 1993, se aplican las disposiciones consagradas en el artículo 8 del Decreto 2170 de 2002, que desarrolla los numerales 7 y 12 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993, con relación a analizar la conveniencia y oportunidad del contrato.

Conforme a lo anterior, al determinar la Ley 80 de 1993, los casos en los que se puede contratar directamente, siendo uno ellos los eventos señalados en el numeral 1°, literal L) del Artículo 24 de la citada Ley, tales aspectos no están sometidos a licitación o concurso públicos, sin perjuicio de lo establecido en los literales H y J del Artículo 24 del Estatuto de Contratación Estatal.

Con el propósito de mantener y mejorar las condiciones de salud de esta población, y teniendo en cuenta el contenido y alcances del Acuerdo No. 4 de Julio 22 de 2004 el Consejo Directivo del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio estableció en su artículo primero “aprobar el nuevo modelo de

prestación de servicios de salud para el magisterio” con el propósito de mantener y mejorar las condiciones de salud de esa población.

Según lo establecido en el artículo 1, numeral 3 PLAN DE BENEFICIOS del citado acuerdo, “el Consejo Directivo decidió mantener el plan integral de beneficios vigente para el magisterio” garantizando a los afiliados y a sus beneficiarios¹¹

¹¹Ibíd.

6. METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO

Estudio de suficiencia financiera en donde se establecerán los mecanismos de ajuste de la UPC para garantizar el plan obligatorio de salud a través de una investigación interdisciplinaria que se sugiere realizar anualmente¹².

Fase 1: Recopilación de información.

Una vez establecidos los objetivos específicos del proyecto se definirán las fuentes de datos necesarias para el logro de los mismos y se procederá a solicitar a la UTAMR1 la extracción de los archivos debidamente validados tanto en estructura como en contenido¹³.

La información que se solicitara es la siguiente:

FIAS: Formatos de Información de Atención de Salud, instrumento establecido por la Fiduprevisora para el reporte de los servicios y costos en salud por parte de los prestadores.

RIPS: Registro Individual de Procedimientos en Salud. Se solicitan los RIPS debidamente validados en estructura y contenido de información de los servicios prestados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

OTROS COSTOS Y GASTOS ADICIONALES. Teniendo en cuenta que los servicios reportados en RIPS son aquellos facturados a la UT AVANZAR MEDICO por la red propia y contratada y que han sido facturados entre enero de 2009 y

¹² CRESS 2009, 2010, 2011 la Comisión de Regulación en Salud formada por los ministros de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y cinco comisionados expertos, definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.

¹³ Información obtenida de la U.T Avanzar Medico Región 1

diciembre de 2010, es necesario relacionar en un archivo aquellos servicios que han sido autorizados, prestados y no facturados en ese mismo período, aquellos gastos en los que, en cumplimiento del contrato con el FOMAG se han incurrido para la prestación de los servicios a los afiliados, así como los gastos administrativos. Adicionalmente se deben relacionar todos aquellos servicios prestados pero cuyo proveedor no está obligado a presentar RIPS con la facturación. Entre ellos se encuentran los proveedores de medicamentos, material de osteosíntesis y prótesis, entre otros.

BASE DE USUARIOS. Relación de los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios, en una estructura que cumpla con los parámetros establecidos en la resolución 812 de 2007 por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

Fase 2: Validación y cuantificación de la Información.

Una vez recibida la información por parte de la UTAMR1 relacionada con la población y costos de los servicios de salud por cada año objeto de estudio, procederemos a realizar una validación de estructura y datos, inicialmente de RIPS, devolviendo a la UTAMR1 las inconsistencias encontradas para su corrección y solicitando aclaración de datos de códigos, costos y/o frecuencias que se detectaran eventualmente desviadas o inconsistentes durante la validación preliminar.

El código del servicio y el valor final de cada registro puesto a consideración y evaluación, es el que la UT indica después de uno o varios espacios de análisis. Los estándares utilizados para encontrar los valores desviados por arriba y por abajo que se ponen a consideración, entre otros, son la tarifa SOAT vigente y el promedio de tarifa del departamento y la región.

Fase 3: Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional.

Una vez se cuenta con los archivos corregidos se procede a consolidarlos en una base de datos que al procesarlos, emite información estadística y financiera que brindara indicadores en concordancia con el objetivo del proyecto.

Para lo anterior se realiza clasificación de cada uno de los servicios por nivel de atención y se agrupan por período relacionado en RIPS (mes de presentación de factura) y por tipo de servicios. Lo anterior permite consolidar y agrupar los servicios por niveles, ambulatorios (procedimientos, consultas, atenciones, etc.) u hospitalarios (atenciones por nivel, etc.). Se relacionan a continuación las descripciones más frecuentes:

NIVEL	AGRUPACION	DESCRIPCIONES
NIVEL I	Acciones de p y p	Atenciones individuales o grupales
		Vacunación
		Consulta p y p
		Atención salud oral p y p
	Atención primer nivel	Atención diaria hospitalaria
		Derechos de salas, urgencias, observación,
		Derechos cirujano, anestesiólogo, ayudante,
		Habitación
	Cirugías primer nivel	Cirugías, procedimientos grupo quirúrgico 1, 2 y 3
	Consulta de urgencias primer nivel	Consulta urgencias, estados agudos
		Atención pre hospitalaria
Consulta medicina general	Consulta ambulatorios medicina general	
	Examen clínico primera vez	
Imágenes de primer nivel	Atención medica y de salud oral	
	Imágenes diagnosticas contendías principalmente n el artículo 100 de MAPIPOS	
Laboratorio de primer nivel	Laboratorios contendías principalmente en el artículo 99 de MAPIPOS	
Medicamento atención primer nivel	Medicamentos asociados a atenciones de primer nivel	
Odontología primer nivel	Atenciones en odontología contendías principalmente en el artículo 98 de MAPIPOS	
NIVEL II	Consulta trabajo social	Consulta familiar....
	Consulta nutrición	Determinación régimen dietético en paciente ambulatorio....
		Determinación régimen dietético en paciente ambulatorio
	Atención segundo nivel	Atención diaria hospitalaria
		Consulta y atenciones de psicología, TO, TL, TF, nutrición y demás paramédicas
		Derechos de salas, urgencias, observación,
		Derechos cirujano, anestesiólogo, ayudante,
		Habitación
	Cirugías y procedimientos en hospitalización según nivel	
	Suministros	
	Cirugías segundo nivel	Cirugías, procedimientos grupo quirúrgico entre grupos 4 y 8
	Consulta de urgencias de segundo nivel	Consulta de urgencias
	Consulta medicina especializada	Consulta ambulatorio de medicina especializada
		Control de especialista
Consulta pre anestésica		
Consulta pre quirúrgica		
Consejería genética		
Juntas....		
Imágenes de segundo nivel	Imágenes diagnosticas contendías principalmente en el artículo 107 de MAPIPOS	
Laboratorio de segundo nivel	Laboratorios contendías principalmente en el artículo 106 de MAPIPOS	
Medicamento atención segundo nivel	Medicamentos asociados a atenciones de segundo nivel	
Procedimientos de segundo nivel	Procedimientos diagnósticos de segundo nivel	
Odontología especializada	Odontología especializada	

NIVEL	AGRUPACION	DESCRIPCIONES
NIVEL III	Atención tercer nivel	Atención diaria hospitalaria
		Derechos de salas, urgencias, observación,
		Derechos cirujano, anestesiólogo, ayudante,
		Habitación
		Cirugías y procedimientos en hospitalización de según nivel
	Suministros	
	Cirugías tercer nivel	Cirugías, procedimientos grupo quirúrgico entre grupos 9 a 12 y grupos especiales
Imágenes de tercer nivel	Imágenes diagnosticas contendías principalmente en el artículo 113 de MAPIPOS (tac, gammagrafía, otras ecografías....	
Laboratorio de tercer nivel	Laboratorios contendías principalmente en el artículo 112 de MAPIPOS	
Medicamento atención tercer nivel	Medicamentos asociados a atenciones de tercer nivel	
Procedimientos de tercer nivel	Procedimientos de tercer nivel	
NIVEL IV	Atención cuarto nivel	Atención diaria hospitalaria
		Derechos de salas, urgencias, observación,
		Derechos cirujano, anestesiólogo, ayudante,
Habitación		
Cirugías y procedimientos en hospitalización de según nivel		
Suministros		
Procedimientos de cuarto nivel	Procedimientos de cuarto nivel, relacionados con quimioterapia, diálisis	
TRANSPORTE	Traslado asistencial	39603 – 39605
		Terrestre, aéreo, inter institucional, intermunicipal
ADMINISTRATIVO	Administrativo	Arrendamientos de sedes exclusivas
		Servicios públicos
		Nómina administrativa
	Traslado administrativo	

De acuerdo con la agrupación anterior, los siguientes son los **informes estadísticos y financieros a presentar:**

Distribución de la población por departamento

Distribución de la población por género

Distribución de la población por rango etario

Utilización por tipo de servicios

Participación del costo por departamento

Participación del costo por rango etario

Morbilidad general y específica por departamento

Nota técnica general consolidada

Siniestralidad general (razón de suficiencia) por departamento y por mes

Fase 4: Evaluación de financiamiento de la UPC Vs sostenibilidad financiera.

Una vez desarrolladas las tres (3) fases anteriores, en esta fase se verán los resultados del financiamiento de la UPC y se medirá la eficiencia de sostenibilidad, y así lograr demostrar la insuficiencia financiera que se está generando en el contrato actual de UTAMR1.

Fase 5: Crear estructura organizacional del Estudio.

En esa fase se definirá la estructura del equipo, las funciones, cargos y perfiles del equipo, que desarrollara estas funciones de manera permanente y de forma periódica para lograr una continuidad en el desarrollo del estudio de suficiencia de la UTAMR1.

7. CRONOGRAMA

A continuación se describe el cronograma de actividades del proyecto objeto de estudio.

ACTIVIDAD	NOVIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1: Recopilación de información.																												
Fase 2: Validación y cuantificación de la Información.																												
Fase 3: Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional.																												
Fase 4: Evaluación de financiamiento de la UPC Vs sostenibilidad financiera.																												
Fase 5: Crear estructura organizacional del Estudio.																												

8. PRESUPUESTO

El cálculo estimado de ingresos y egresos para el proyecto es el que se presenta a continuación.

INGRESOS	
Aporte Consultores (2)	\$ 6.163.000
Total Ingresos	<u>\$ 6.163.000</u>

EGRESOS	
Tiempo Asesores (2)	\$ 5.463.000
Papelaria	\$ 200.000
Asesoría en resultados estadísticos	\$ 300.000
Gastos Varios - Imprevistos	\$ 200.000
Total Egresos	<u>\$ 6.163.000</u>

9. INFORME ESTUDIO DE SUFICIENCIA FINANCIERO
U.T AVANZAR MÉDICO REGIÓN 1

9.1 ACTIVIDAD No. 1 y 2

9.1.1 Recopilación de información, validación y cuantificación de las bases de RIPS UTAMR1

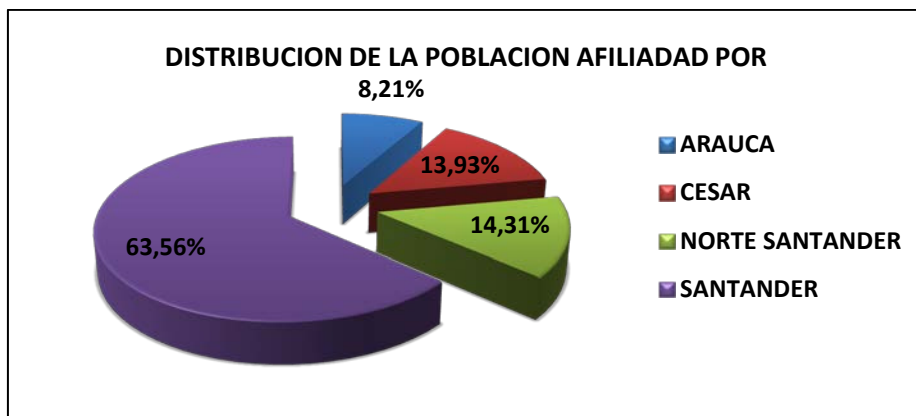
9.1.1.1 Datos de la población afiliada: La Unión Temporal Avanzar Médico ubicada en la Región 1 atiende a parte de la población afiliada al FOMAG en Arauca, Cesar, Norte de Santander y principalmente en Santander.

Tabla 1. UTAMR1.2009-2011.

DEPARTAMENTO	POBLACION UTAMR1				
	AFILIADOS PROMEDIO				
	2009	2010	2011	PROMEDIO	%
ARAUCA	4.572	4.758	4.660	4663	8,21%
CESAR	6.962	7.802	8.978	7914	13,93%
NORTE STDER	7.616	8.437	8.339	8131	14,31%
SANTANDER	34.362	36.644	37.360	36122	63,56%
TOTAL	53.512	57.641	59.337	56830	100,00%

Fuente: Base de Datos Resolución 812

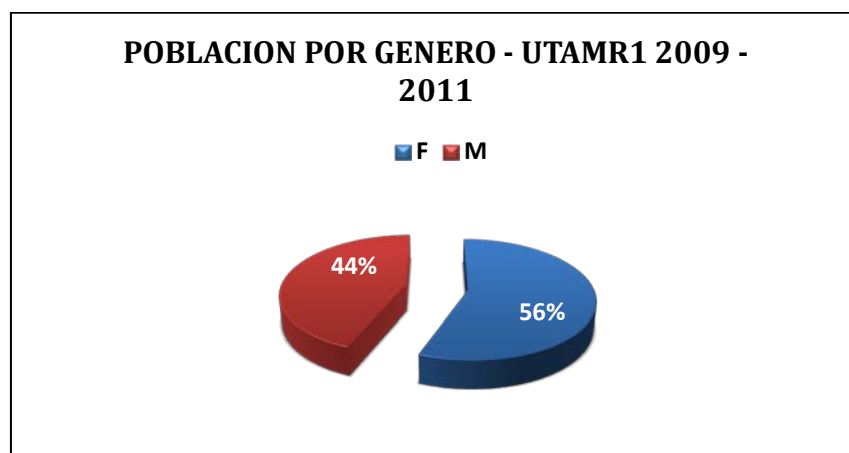
Gráfica 1. UTAMR1.2009-2011.



Fuente: Base de Datos Resolución 812

9.1.1.2 Distribución por género población promedio de la UTAMR1: En la distribución por género de la población afiliada en los tres años que comprende el presente estudio, se identifica una concentración en la población femenina con una participación del 56%, mientras que la población masculina participa en un 44%.

Gráfico 2. Distribución Por Genero Población Promedio. UT Avanzar Médico. 2009-2010.



Fuente: Base de datos Resolución 812.

9.1.1.3 Distribución por género y grupo ETARIO – UTAMR1 2009 – 2011: De otra parte, en la estructura etaria que maneja la UTAMR1 se observa una concentración importante de la población en las edades productivas con una mayor participación de mujeres.

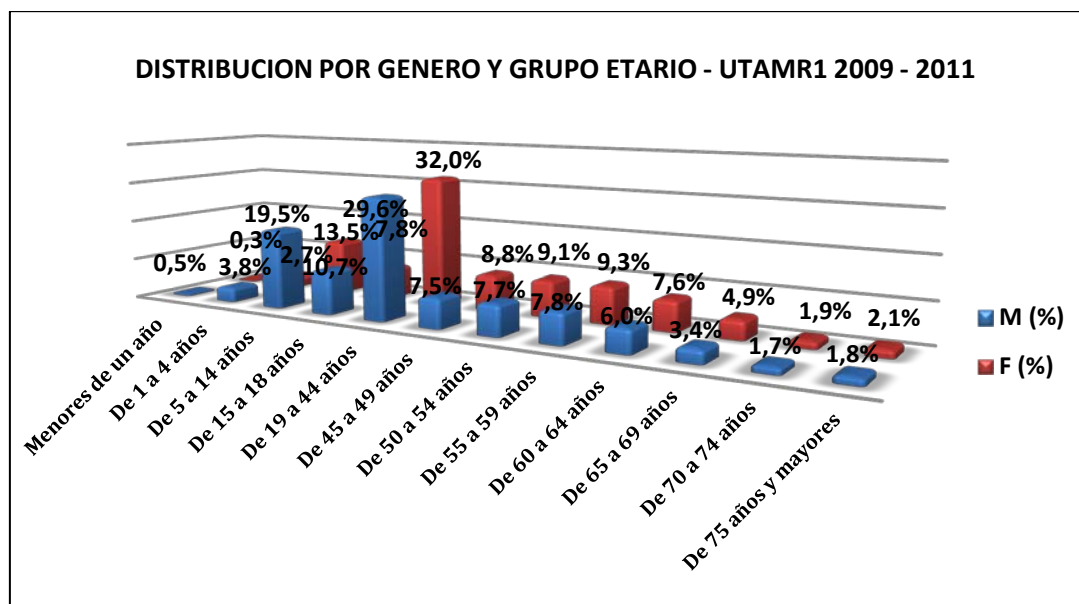
Tabla 2. UTAMR1.2009-2011

DISTRIBUCION POR GRUPO ETAREO

Grupo Etareo	M	M (%)	F	F (%)	Total
Menores de un año	110	0,5%	88	0,3%	198
De 1 a 4 años	908	3,8%	893	2,7%	1801
De 5 a 14 años	4707	19,5%	4426	13,5%	9133
De 15 a 18 años	2592	10,7%	2537	7,8%	5129
De 19 a 44 años	7156	29,6%	10478	32,0%	17634
De 45 a 49 años	1808	7,5%	2884	8,8%	4692
De 50 a 54 años	1861	7,7%	2975	9,1%	4836
De 55 a 59 años	1876	7,8%	3026	9,3%	4902
De 60 a 64 años	1440	6,0%	2496	7,6%	3936
De 65 a 69 años	832	3,4%	1590	4,9%	2422
De 70 a 74 años	413	1,7%	626	1,9%	1039
De 75 años y mayores	433	1,8%	675	2,1%	1108
Total	24136	100,00%	32694	100,0%	56830

Fuente: Rips - Base de Datos Resolución 812

Gráfico 3. Distribución por grupo Etario. Población UTAMR1 Promedio 2009-2011.



9.1.1.4 Análisis de costos X servicio – UTAMR1 2009 – 2011: Para un mejor análisis de los costos incurridos en la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Magisterio entre el 2009 y 2011, se clasificaron y agruparon los servicios prestados, teniendo en cuenta la estructura de los RIPS, de tal manera que se pueda establecer la frecuencia y costo medio de cada uno de estos. Es así como se evidencia que el costo promedio de cada servicio relacionado en el archivo de procedimientos (el cual contiene cirugías, procedimientos, imágenes, laboratorios, etc.) es de \$36.484.00, las hospitalizaciones en promedio tienen un costo de \$2.117.845.00, \$202.255.00 para cada atención de urgencias y \$24.252.00 promedio para cada consulta. El costo medio usuario real incurrido por la UTAMR1 en promedio en estos tres años de estudio es de \$ 62.271.00 por cada afiliado, siendo de \$69.106.00 para el 2009, de \$60.220.00 para el 2010 y de \$64.150.00 para el 2011.

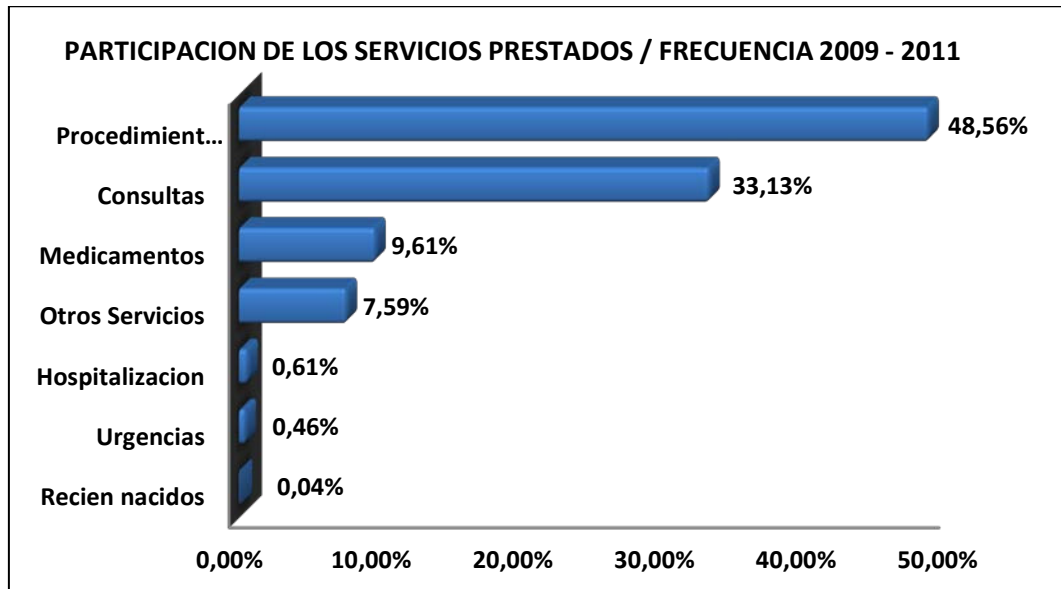
Tabla 3. Distribución por grupo etario. Población UTAMR1. Promedio 2009-2011.

COSTO POR SERVICIO

Servicio	Nº. Eventos	Valor Total	Frecuencia	Costo Medio Evento CME	Margen de Riesgo Unitario
Procedimientos	1.523.385	\$ 53.392.523.139	70,526%	\$ 35.049	\$ 24.718
Hospitalizaciones	19.843	\$ 37.575.895.800	0,887%	\$ 1.893.660	\$ 16.789
Consulta	1.003.792	\$ 23.483.568.455	48,108%	\$ 23.395	\$ 11.255
Medicamentos	351.036	\$ 12.581.386.461	13,952%	\$ 35.841	\$ 5.001
Otros Servicios	312.035	\$ 8.717.129.435	11,028%	\$ 27.936	\$ 3.081
urgencias	14.400	\$ 2.905.632.760	0,669%	\$ 201.780	\$ 1.350
Recien Nacidos	1.138	\$ 155.396.450	0,056%	\$ 136.552	\$ 77
	3.225.629	\$ 138.811.532.500	145,23%		\$ 62.271

9.1.1.5 Participación de los servicios prestados / Frecuencia 2009 – 2011: En los datos consolidados analizados el 49% del total de eventos brindados fueron procedimientos y ayudas diagnósticas, el 33.1% fueron consultas, 9.6% corresponde a medicamentos, 7.6% otros servicios, 0.6% fueron hospitalizaciones, 0.5% urgencias y 0.04% por nacimientos.

Gráfica 4. Servicios utilizados por los usuarios consultantes 2009-2011

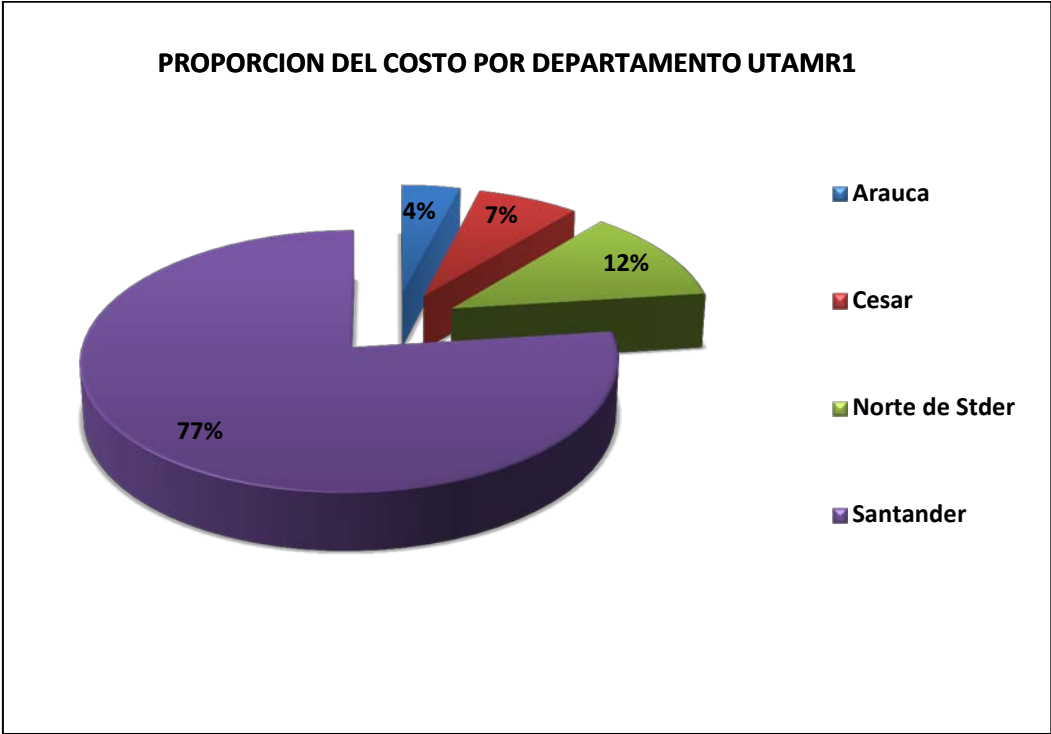


Fuente: Rips - Base de Datos Resolución 812

En el análisis consolidado por valor del servicio, ocupa también el primer lugar los procedimientos con un 40% del costo total, seguido de las hospitalizaciones con un 29% del costo y después las consultas participando en un 18% de los costos totales de Avanzar Médico.

9.1.1.6 Proporción del costo por departamento UTAMR1: En la siguiente gráfica se observa la participación del costo por cada uno de los departamentos, cuyo resultado es coherente con la distribución del número de usuarios.

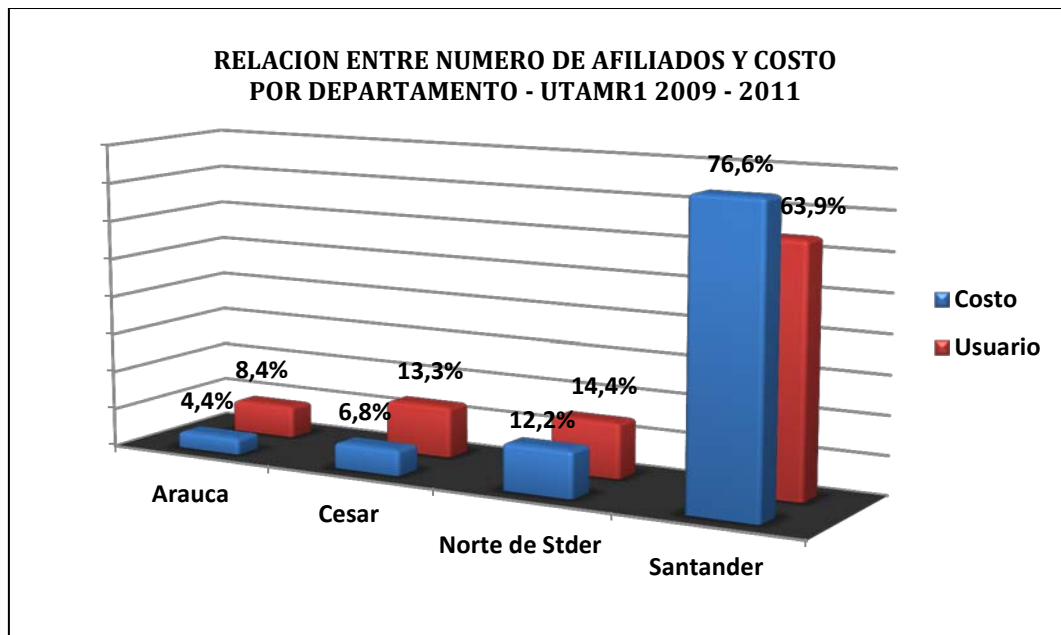
Gráfica 5. Participación del costo total UT Avanzar Medico. 2009-2011.



Fuente: RIPS.

9.1.1.7 Relación entre número de afiliados y costo por departamento - UTAMR1 2009 – 2011: Para dar mayor claridad, en la siguiente grafica observamos la participación por afiliados Vs la participación del costo por departamento. En Santander el costo se encuentra por encima de la participación de usuarios y en Norte de Santander, Arauca y Cesar la tendencia es contrario, estando el costo por debajo de la participación de usuarios. Esta distribución del costo puede ser explicada porque en Santander se realizan una proporción considerable de servicios de pacientes de los otros departamentos, dada la infraestructura y complejidad instalada.

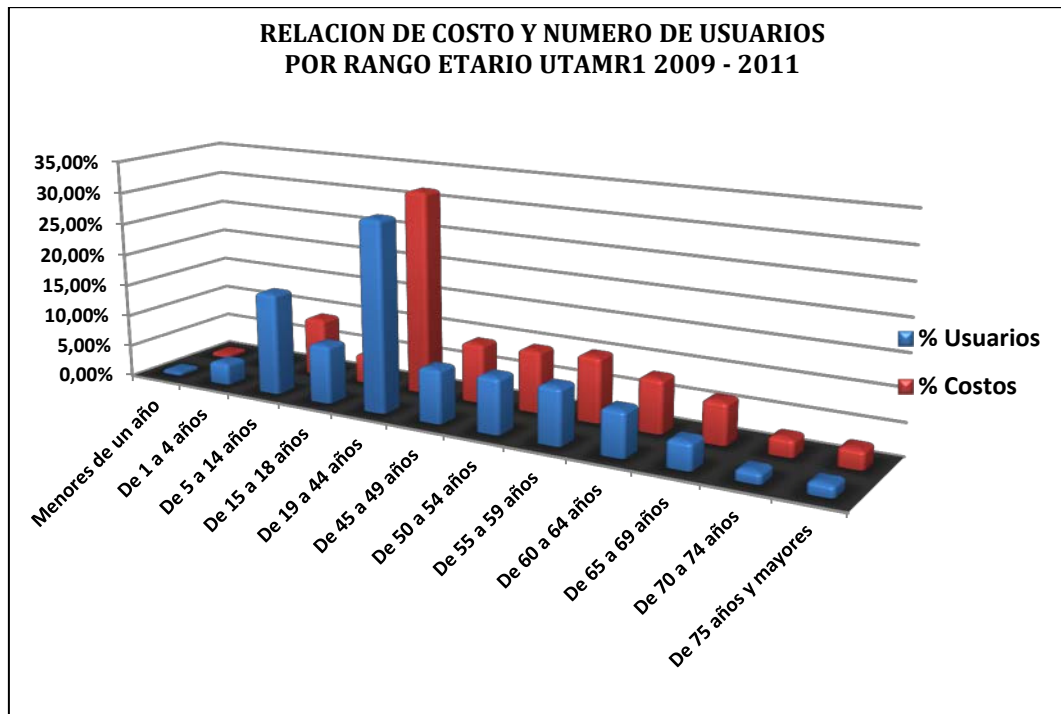
Gráfica 6. Relación participación del costo total y número de afiliados por departamento. UT Avanzar Medico. 2009-2011.



Fuente: RIPS y Resolución 812

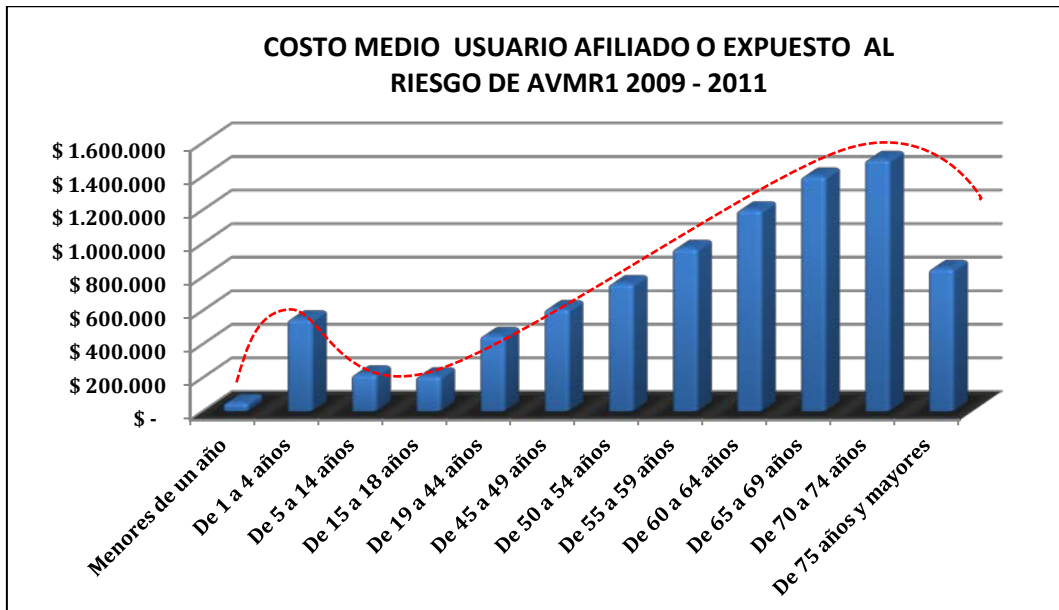
9.1.1.8 Relación de costo y número de usuarios por rango ETARIO UTAMR1 2009 – 2011: La distribución del costo por grupo etario tiene un comportamiento similar al número de usuarios por rango establecido, concentrándose principalmente entre los 19 y 44 años. La distribución de costo entre los 5 y 18 años es menor que el número de usuarios.

Gráfica 7. Relación de distribución de costo y número de usuarios por rango Etario UTAMR1 2009-2011.



9.1.1.9 Relación de costo y número de usuarios por rango ETARIO UTAMR1 2009 – 2011: Según los resultados que arroja el análisis de los datos registrados en los RIPS y aportados por la regional de 2009 y 2011, se nota una tendencia ascendente en el costo medio usuario expuesto al riesgo (afiliado) encontrando el máximo en mayores de 65 años.

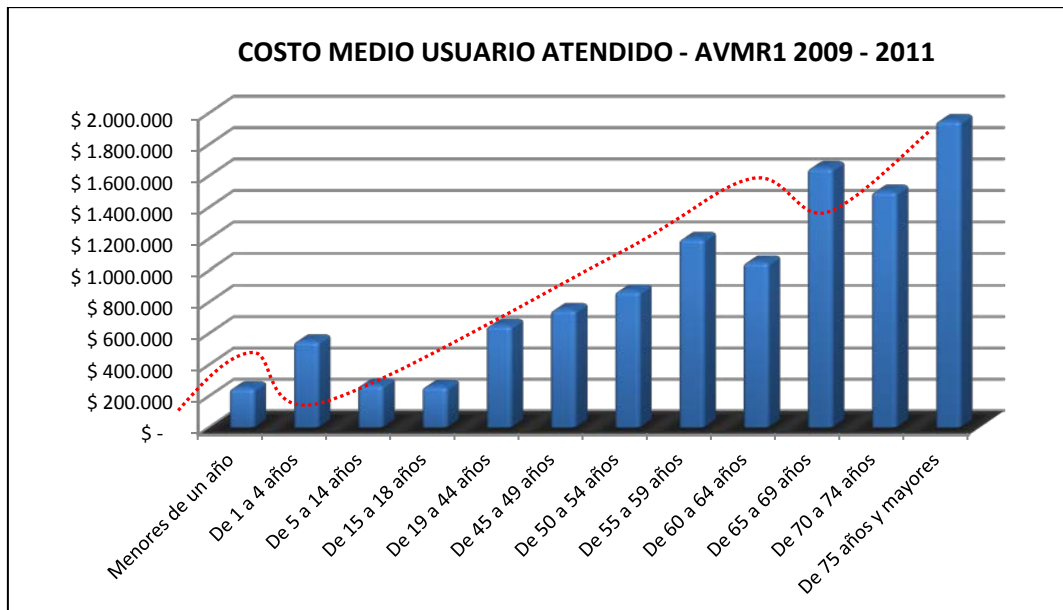
Gráfica 8. Costo medio usuario afiliado por grupo Etario UT Avanzar Medico.2009-2011.



Fuente: RIPS y RES 812.

9.1.1.10 Costo medio usuario atendido - AVMR1 2009 – 2011: Igual tendencia se observa en el costo medio usuario atendido, con un énfasis importante en mayores de 75 años. Es necesario resaltar que los mayores de 55 años corresponden al 21% de los afiliados de la regional lo que hace que el riesgo de tener eventos costosos es bastante alto.

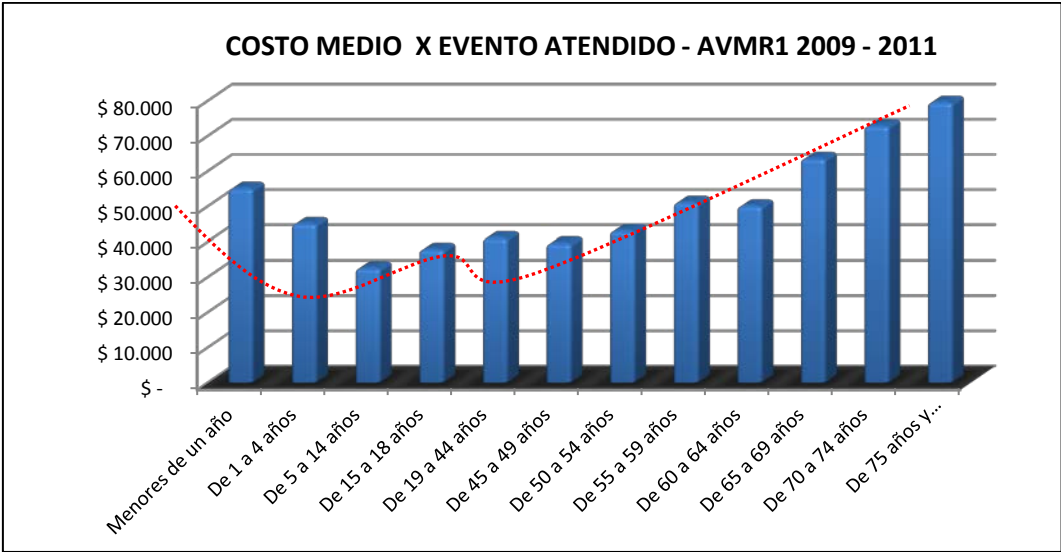
Gráfica 9. Costo medio usuario atendido. UT Avanzar Medico. 2009-2011.



Fuente: RIPS

9.1.1.11 Costo medio x evento atendido - AVMR1 2009 – 2011: Con respecto del costo medio de las atenciones médicas por evento por grupo etario, son más costosos los eventos en los menores de un año y en los mayores de 55 años.

Gráfica 10. Costo medio evento. UT Avanzar Medico. 2009-2011.



Fuente: RIPS

9.1.1.12 Análisis de morbilidad: De los servicios relacionados con datos completos se observa una participación más frecuente de diagnósticos de enfermedades tanto crónicas como agudas. El diagnóstico de Z001 – Control de rutina del niño y el Z108 – Otros controles generales, si bien no establece unas patologías específicas, se puede justificar por el modelo de atención definido cuya puerta de entrada es medicina general, un énfasis en medicina familiar y promoción y prevención.

Tabla 4. Los 10 Diagnósticos más frecuentes según RIPS, Avanzar Medico. 2009-2011.

Descripción	DxPrincipal	Cantidad
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	57.323
CARIES DE LA DENTINA	K021	28.442
RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	J00X	14.243
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	14.069
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	12.162
OTROS CONTROLES GENERALES DE SALUD DE RUTINA DE OTRAS SUBPOBLACIONES DEFINIDAS	Z108	11.657
CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	Z001	9.992
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	E119	9.293
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	A09X	8.973
FIEBRE, NO ESPECIFICADA	R509	8.673

Fuente: RIPS

9.1.1.13 Principales costos x Diagnósticos: Al agrupar los diagnósticos reportados en RIPS, se clasifican los que aportan mayor costo acumulado en el año 2009-2011.

Tabla 5. Principales diagnósticos según RIPS, Avanzar Medico. 2009-2011.

DESCRIPCION	DX PRINCIPAL	TOTAL
EXAMEN MEDICO GENERAL	Z000	\$ 5.755.098.189
HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	I10X	\$ 2.195.671.969
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	N180	\$ 1.836.214.547
CARIES DE LA DENTINA	K021	\$ 1.005.518.742
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA NO ESPECIFICADA	N189	\$ 912.514.746
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICO	N390	\$ 852.369.147
OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICOS	R104	\$ 736.091.584
DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR	R101	\$ 530.691.874
CALCULO DEL RIÑON	N200	\$ 466.321.014
LUMBAGO NO ESPECIFICADO	M545	\$ 396.010.875

Fuente: RIPS

El diagnóstico principal registrado en la anterior tabla es aquel relacionado en las tablas de RIPS que aportaba mayor costo y frecuencia en los servicios agrupados.

9.2 ACTIVIDAD No. 3

9.2.1 Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional UTAMR1. Para este estudio se tomaron los datos reportados en las bases de RIPS por la UT Avanzar Médico del periodo comprendido entre Enero de 2009 y diciembre de 2011 y, se agruparon y clasificaron los servicio por nivel.

Cada uno de los servicios relacionados en los archivos de RIPS fue agrupado por usuario y fecha de presentación de los RIPS. Posteriormente fueron clasificados por nivel, unidad funcional y por tipo de servicios según la siguiente tabla, siendo esta la más cercana posible a la clasificación establecida en los FIAS, que son los formatos de información asistencial en salud requeridos para el pago de los servicios prestado con sus respectivos RIPS.

9.2.2 Cuantificación del costo real de los servicios por unidad funcional UTAMR1

Tabla 6. Cuantificación unidad funcional, UTAMR1. 2009-2011.

Nivel	Agrupación Servicio
I	atención primer nivel Cirugía primer nivel consulta de urgencias primer nivel consulta medicina general imágenes de primer nivel laboratorio de primer nivel odontología primer nivel Vacunación Otros
II	atención segundo nivel cirugías segundo nivel consulta de urgencias de segundo nivel consulta medicina especializada consulta nutrición segundo nivel Imágenes de segundo nivel laboratorio de segundo nivel odontología especializada procedimientos de segundo nivel Otros
III	atención tercer nivel Cirugías tercer nivel Imágenes de tercer nivel laboratorio de tercer nivel procedimientos de tercer nivel Otros
IV	atención cuarto nivel Cirugías de cuarto nivel Imágenes cuarto nivel laboratorio cuarto nivel procedimientos de cuarto nivel Otros

Fuente: FIAS

La metodología de evaluación de la tabla anterior se basó en el análisis de frecuencia y severidad para poder llegar a la prima pura de riesgo o margen de riesgo unitario promedio (cuya sumatoria resulta en el costo medio usuario) a la que están expuestos los afiliados y beneficiarios de la UT Avanzar Médico.

Para obtener dichos resultados se depuró la información de los años 2009 a 2011, analizando la prestación de servicios para la población anteriormente descrita, según la información reportada por la UTAMR1.

Se definió la estructura para la presentación de los servicios de acuerdo con la información suministrada para la determinación de las frecuencias, los costos medios y la prima de riesgo (Costo por usuario) de la siguiente manera:

- La estimación de la frecuencia para cada uno de los servicios, se calculó dividiendo el número estimado de casos a atender durante el año 2009 a 2011, entre el promedio de afiliados expuestos del mismo período distribuido por servicio, por departamento.

$$\text{Frecuencia} = \frac{\text{Numero de casos atendidos por servicio}}{\text{Promedio de población expuesta al riesgo}}$$

- El Costo Medio por Evento para cada uno de los servicios, se calcula con base en el costo medico pagado por la entidad en el periodo de estudio, dividido en el número de casos atendidos discriminado por los servicios.

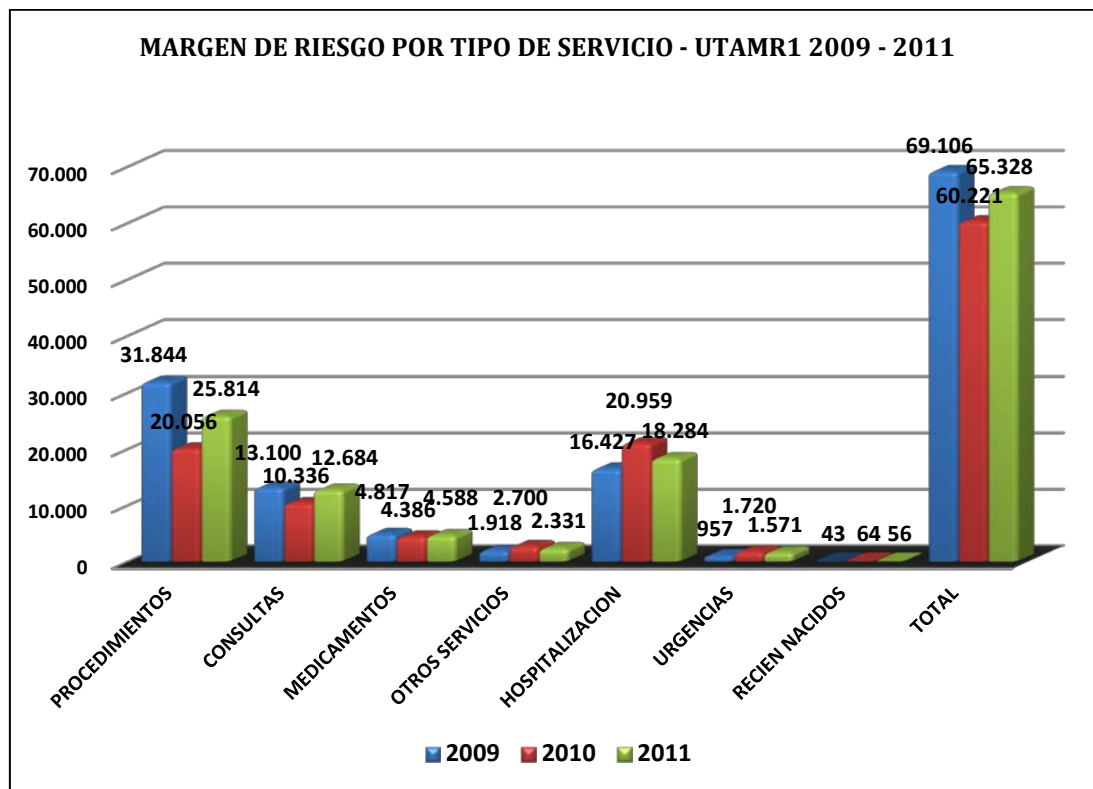
$$\text{Costo Medio Evento} = \frac{\text{Costo médico por servicio}}{\text{Numero de casos atendidos por servicio}}$$

- Estimación del margen de riesgo o costo bruto de los servicios del plan por cada usuario (Costo Medio Usuario), corresponde al producto entre la Frecuencia y el Costo Medio Evento para cada servicio. Por lo tanto, su sumatoria representa el costo bruto esperado por usuario.

$$\text{Margen de riesgo unitario Promedio} = \text{Frecuencia} * \text{Costo Medio evento}$$

9.2.3 Margen de riesgo por tipo de servicio - UTAMR1 2009 – 2011. En el comportamiento general de la unión temporal según las bases de datos entregadas, se observa que la distribución en cuanto a Margen de Riesgo se refiere y según la distribución de servicios definida en los RIPS, la categoría de PROCEDIMIENTOS participan en un 40%, seguido por HOSPITALIZACIÓN en un 29% y después CONSULTA y MEDICAMENTOS, cuya participación en el total corresponde al 19% y 7% respectivamente, explicando la utilización de servicios en un 98%.

Gráfica 11. Margen de riesgo o costo medio x usuario 2009 a 2011.



Fuente: RIPS.

Es necesario resaltar que los resultados expuestos a continuación tratan del análisis de los datos reportados en las bases de RIPS, para lo cual es un factor determinante la calidad de la información registrada.

En la nota técnica general se encuentra que la mayor participación del costo corresponde al nivel II, aportando entre el 55% y 59% del total del margen de riesgo en los dos años, influenciado por el comportamiento de los medicamentos y procedimientos. Un gran peso tanto en las frecuencias como en el costo medio usuario los dan los suministros de Segundo Nivel.

En el nivel I es de resaltar la participación de la consulta de medicina general seguido por odontología y laboratorio clínico, lo que resulta del modelo de atención definido.

En el tercer nivel la frecuencia de los servicios y el mayor peso en el margen de riesgo se concentran en apoyo diagnóstico de laboratorio e imágenes diagnósticas y cirugías.

En el cuarto nivel la frecuencia y los costos se concentran en procedimientos ambulatorios donde se agrupan las quimioterapias y diálisis, entre otros, seguida de imágenes diagnósticas.

Es necesario resaltar que tal y como se menciona en la parte inicial del documento, los servicios relacionados en los RIPS se agrupan por tipo de atención y nivel de complejidad. Es así como en el grupo de “atención... Nivel” se concentran los servicios prestados durante una hospitalización (estancia, cirugías seguimientos intrahospitalarios, etc.), como también atenciones ambulatorias paramédicas siendo estas últimas de poca frecuencia y bajo costo.

Tabla 7. Nota técnica consolidada con costos adicionales.UTAMR1 Enero a Diciembre de 2009.

NOTA TECNICA CONSOLIDADA / UTAMR1 2009							
NIVEL	DESCRIPCION X NIVEL	EVENTOS	VALOR TOTAL	FRECUENCIA X MES	FRECUENCIA ANUAL	CME	MARGEN DE RIESGO
I	Acciones de PyP	7.519	147.151.931	0,011709	0,140508	19.571	229
	Atención primer nivel	21.239	380.923.040	0,033075	0,396894	17.935	593
	Cirugía primer nivel	628	75.518.544	0,000978	0,011735	120.252	118
	Consulta de urgencias de primer nivel	19.505	510.651.154	0,030374	0,364491	26.181	795
	Consulta medicina general	164.211	3.937.479.552	0,255718	3,068619	23.978	6132
	Imágenes primer nivel	13.824	410.764.300	0,021527	0,258330	29.714	640
	Laboratorio primer nivel	74.258	1.534.842.669	0,115639	1,387663	20.669	2390
	Odontología primer nivel	119.539	2.988.664.864	0,186153	2,233831	25.002	4654
	Suministros	73	1.778.158	0,000114	0,001364	24.358	3
	Procedimiento primer nivel	9.131	214.327.729	0,014219	0,170631	23.473	334
	Vacunación	10.449	683.157.406	0,016272	0,195261	65.380	1064
	I TOTAL	440.376	10.885.259.347	0,685778	8,229327	24.718	16951
II	Atención segundo nivel	1.630	230.505.528	0,002538	0,030460	141.414	359
	Cirugía segundo nivel	6.402	1.595.841.336	0,00997	0,119634	249.272	2.485
	Consulta de urgencias de segundo nivel	4.774	137.855.163	0,007434	0,089212	28.876	215
	Consulta medicina especializada	72.126	3.104.904.999	0,112319	1,347822	43.048	4.835
	Imágenes segundo nivel	13.492	652.233.871	0,02101	0,252126	48.342	1.016
	Laboratorio segundo nivel	131.091	2.484.077.889	0,204142	2,449704	18.949	3.868
	Medicamentos	149.449	5.767.669.596	0,23273	2,792761	38.593	8.982
	Odontología especializada	1.366	55.963.866	0,002127	0,025527	40.969	87
	Suministros	132.808	5.642.877.465	0,206816	2,481789	42.489	8.787
	Procedimientos segundo nivel	97.723	4.866.631.929	0,15218	1,826154	49.800	7.579
	II TOTAL	610.861	24.538.561.642	0,951266	11,415189	40.170	38.213
III	Atención tercer nivel	469	92.220.161	0,000730	0,008764	196.631	144
	Cirugía tercer nivel	4.570	2.899.292.625	0,007117	0,0854	634.419	4.515
	Imágenes tercer nivel	9.855	1.440.857.391	0,015347	0,184161	146.206	2.244
	Laboratorio tercer nivel	31.935	872.185.714	0,049731	0,596771	27.311	1.358
	Procedimiento tercer nivel	6.984	952.419.758	0,010876	0,13051	136.372	1.483
		III TOTAL	53.813	6.256.975.649	0,083801	1,005606	116.273
IV	Atención cuarto nivel	27	27.719.600	0,000042	0,000505	1.026.652	43
	Cirugía cuarto nivel	2.589	156.585.076	0,004032	0,048381	60.481	244
	Imágenes cuarto nivel	657	285.020.191	0,001023	0,012277	433.821	444
	Laboratorio cuarto nivel	60	13.797.000	0,000093	0,001121	229.950	21
	Procedimiento cuarto nivel	2.230	2.212.863.334	0,003473	0,041672	992.315	3.446
		IV TOTAL	5.563	2.695.985.201	0,008663	0,103956	484.628
	TOTAL	1.110.613	44.376.781.839	1,729508	20,754078	39.957	69.106

Fuente: RIPS

Tabla 8. Nota técnica consolidada con costos adicionales.UTAMR1 Enero a Diciembre de 2010.

NOTA TECNICA CONSOLIDADA / UTAMR1 2010							
NIVEL	DESCRIPCION NIVEL	CANTIDAD	VALOR TOTAL	FRECUENCIA MENSUAL	FRECUENCIA ANUAL	CME	MARGEN DE RIESGO
I	Acciones de P y P	32.400	320.896.932	0,046842	0,562100	9.904	464
	Atención primer nivel	20.625	287.682.517	0,029818	0,357818	13.948	416
	Cirugía primer nivel	133	26.272.384	0,000192	0,002307	197.537	38
	Consulta de Urgencias primer nivel	28.499	817.635.001	0,041202	0,494422	28.690	1.182
	Consulta medicina general	179.782	3.667.732.503	0,259916	3,118995	20.401	5.303
	Imagen primer nivel	15.657	461.680.970	0,022636	0,271630	29.487	667
	Laboratorio primer nivel	101.443	1.331.151.913	0,146659	1,759911	13.122	1.924
	Medicamentos	286	820.262	0,000414	0,004962	2.868	1
	Odontología primer nivel	103.579	1.981.553.582	0,149747	1,796967	19.131	2.865
	Procedimiento primer nivel	11.471	235.994.354	0,016584	0,199008	20.573	341
	Suministro primer nivel	68	6.079.309	0,000098	0,001180	89.402	9
	Traslado	82	38.866.766	0,000119	0,001423	473.985	56
	Vacunación	10.786	125.423.059	0,015594	0,187124	11.628	181
	I NIVEL TOTAL	504.811	9.301.789.552	0,729821	8,757846	18.426	13447,86
II	Atención segundo nivel	815	160.793.155	0,001178	0,014139	197.292	232
	Cirugía segundo nivel	5.560	1.780.062.625	0,008038	0,096459	320.155	2.574
	Consulta de urgencias segundo nivel	4.646	121.616.072	0,006717	0,080602	26.177	176
	Consulta medicina especializada	86.688	2.299.215.108	0,125328	1,503930	26.523	3.324
	Imagen segundo nivel	13.224	724.209.779	0,019118	0,229420	54.765	1.047
	Laboratorio segundo nivel	153.854	2.070.024.973	0,222431	2,669177	13.454	2.993
	Medicamentos	163.949	6.437.903.264	0,237026	2,844312	39.268	9.307
	Odontología especializada	2.062	74.102.323	0,002981	0,035773	35.937	107
	Suministro segundo nivel	175.474	7.855.329.962	0,253688	3,044257	44.766	11.357
	Procedimiento segundo nivel	105.894	2.846.205.365	0,153094	1,837130	26.878	4.115
	Urgencias segundo nivel	55	2.282.110	0,000080	0,000954	41.493	3
	II NIVEL TOTAL	712.221	24.371.744.736	1,029680	12,356153	34.219	35.235
III	Atención tercer nivel	338	117.716.810	0,000489	0,005864	348.275	170
	Cirugía tercer nivel	4.034	2.418.443.952	0,005832	0,069985	599.515	3.496
	Imagen tercer nivel	10.617	1.398.318.545	0,015349	0,184192	131.706	2.022
	Laboratorio tercer nivel	42.920	1.260.264.555	0,062051	0,744609	29.363	1.822
	procedimiento tercer nivel	8.142	969.471.386	0,011771	0,141254	119.070	1.402
	suministro tercer nivel	56	17.124.352	0,000081	0,000972	305.792	25
	Traslado	15	11.333.516	0,000022	0,000260	755.568	16
	III NIVEL TOTAL	66.122	6.192.673.116	0,095595	1,147135	93.655	8.953
IV	Atención Cirugía nivel	14	30.010.616	0,000020	0,000243	2.143.615	43
	Cirugía cuarto nivel	1.126	309.960.416	0,001628	0,019535	275.276	448
	Imagen cuarto nivel	1.038	543.892.558	0,001501	0,018008	523.981	786
	Laboratorio cuarto nivel	16	4.534.484	0,000023	0,000278	283.405	7
	Procedimiento cuarto nivel	2.924	898.617.009	0,004227	0,050728	307.325	1.299
	Suministro cuarto nivel	243	332.850	0,000351	0,004216	1.370	0,5
	IV NIVEL TOTAL	5.361	1.787.347.933	0,007751	0,093007	333.398	2.584
	TOTAL	1.288.515	41.653.555.337	1,86285	22,35414	32.327	60.220

Fuente: RIPS

Tabla 9. Nota técnica consolidada con costos adicionales.UTAMR1 Enero a Diciembre de 2011.

NOTA TECNICA CONSOLIDADA / UTAMR1 2011							
NIVEL	DESCRIPCION NIVEL	CANTIDAD	VALOR TOTAL	FRECUENCIA MENSUAL	FRECUENCIA ANUAL	CME	MARGEN DE RIESGO
I	Acciones de P y P	37.400	370.169.185	0,039842	0,592100	9.898	394
	Atención primer nivel	25.625	327.051.988	0,025818	0,457818	12.763	330
	Cirugía primer nivel	355	50.154.189	0,000292	0,003307	141.279	41
	Consulta de Urgencias primer nivel	33.499	867.635.001	0,051202	0,594422	25.900	1.326
	Consulta medicina general	184.782	3.717.732.503	0,359916	3,418995	20.120	7.241
	Imagen primer nivel	20.657	511.680.970	0,032636	0,371630	24.770	808
	Laboratorio primer nivel	106.443	1.381.151.913	0,246659	2,759911	12.976	3.201
	Medicamentos	564	3.484.898	0,000514	0,005962	6.179	3
	Odontología primer nivel	108.579	2.031.553.582	0,149747	2,796967	18.710	2.802
	Procedimiento primer nivel	16.471	285.994.354	0,019584	0,399008	17.364	340
	Suministro primer nivel	105	15.348.984	0,001083	0,003180	146.181	158
	Traslado	298	45.866.854	0,000219	0,004423	153.916	34
	Vacunación	15.786	175.423.059	0,016594	0,397124	11.113	184
	I NIVEL TOTAL	550.564	9.783.247.480	0,944105	11,804846	17.770	16.863
II	Atención segundo nivel	1.815	210.793.155	0,002178	0,024139	116.139	253
	Cirugía segundo nivel	6.560	2.318.459.848	0,008538	0,099459	353.424	3.018
	Consulta de urgencias segundo nivel	5.646	171.616.072	0,006917	0,085602	30.396	210
	Consulta medicina especializada	87.688	2.581.715.684	0,195328	1,903930	29.442	5.751
	Imagen segundo nivel	14.224	774.209.779	0,019118	0,329420	54.430	1.041
	Laboratorio segundo nivel	154.854	2.120.024.973	0,222431	3,669177	13.690	3.045
	Medicamentos	164.949	6.487.903.264	0,287026	2,744312	39.333	11.290
	Odontología especializada	3.062	124.102.323	0,008981	0,046773	40.530	364
	Suministro segundo nivel	176.474	7.905.329.962	0,211588	3,844257	44.796	9.478
	Procedimiento segundo nivel	106.894	2.896.205.365	0,253094	2,937130	27.094	6.857
	Urgencias segundo nivel	142	7.586.415	0,000100	0,002954	53.425	5
	II NIVEL TOTAL	722.308	25.597.946.840	1,215300	15,687153	35.439	41.312
III	Atención tercer nivel	1.288	167.716.810	0,000564	0,006864	130.215	73
	Cirugía tercer nivel	4.984	2.105.181.515	0,006522	0,079985	422.388	2.755
	Imagen tercer nivel	11.567	1.448.318.545	0,073249	0,294192	125.211	9.172
	Laboratorio tercer nivel	43.870	1.450.890.399	0,061051	0,854609	33.072	2.019
	procedimiento tercer nivel	9.092	1.205.186.458	0,031571	0,141254	132.555	4.185
	suministro tercer nivel	206	67.124.352	0,000091	0,000972	325.846	30
	Traslado	95	61.333.516	0,000042	0,000360	645.616	27
	III NIVEL TOTAL	71.102	6.505.751.595	0,173090	1,378235	91.499	18.260
IV	Atención Cirugía nivel	95	80.010.616	0,000050	0,000343	842.217	42
	Cirugía cuarto nivel	1.652	359.960.416	0,001828	0,029535	217.894	398
	Imagen cuarto nivel	1.254	593.892.558	0,001901	0,028008	473.599	900
	Laboratorio cuarto nivel	65	54.534.484	0,000033	0,000378	838.992	28
	Procedimiento cuarto nivel	3.526	948.617.009	0,004827	0,060728	269.035	1.299
	Suministro cuarto nivel	352	75.198.181	0,000381	0,006216	213.631	81,5
	IV NIVEL TOTAL	6.944	2.112.213.264	0,009021	0,125207	304.178	2.749
	TOTAL	1.350.918	43.999.159.179	2,34152	28,99544	32.570	79.184

Fuente: RIPS

9.2.4 Fías y costos adicionales. Teniendo en cuenta y siendo conscientes de que no todos los servicios prestados se encuentran contemplados en los RIPS, se hizo necesario recoger costos y gastos adicionales que deben hacer parte del análisis de costo médico real de la UTAMR1.

Los costos y gastos adicionales contemplados para Avanzar Médico corresponden principalmente a medicamentos de alto costo que se encuentran contratados individualmente y no fueron reportados en RIPS, servicios autorizados, prestados y cobrados, algunos traslados asistenciales y, costos administrativos de operación (no asistenciales), todos estos no contemplados en los archivos de RIPS. De otra parte, el tener en cuenta estos valores hace más comparable los resultados con las tablas de FIAS.

Tabla 10. Costos adicionales.UTAMR1 Enero a Diciembre de 2009

COSTOS ADICIONALES POR SERVICIO	
2009	
Servicios sin Rips.	Valor Total
AMBULANCIA	\$ 10.870.000
ATENCION DOMICILIARIA	\$ 143.098.000
MATERIALES	\$ 788.180.688
MEDICAMENTOS	\$ 1.557.893.849
REEMBOLSOS	\$ 32.110.726
SALUD OCUPACIONAL	\$ 174.364.800
Total	\$ 2.706.518.063

Fuente: FIAS

Tabla 11. Costos adicionales UTAMR1 Enero a Diciembre de 2010

2010	
Servicios sin Rips.	Valor Total
AMBULANCIA	\$ 18.373.550
ATENCION DOMICILIARIA	\$ 243.538.250
MATERIALES	\$ 981.319.089
MEDICAMENTOS	\$ 9.336.142.503
REEMBOLSOS	\$ 21.393.482
SALUD OCUPACIONAL	\$ 429.809.300
Total general	\$ 11.030.576.174

Fuente: FÍAS

Tabla 12. Costos adicionales UTAMR1 Enero a Diciembre de 2011.

2011		
Servicios sin Rips.		Valor Total
AMBULANCIA	\$	89.416.100
ATENCION DOMICILIARIA	\$	436.703.500
MATERIALES	\$	989.860.549
MEDICAMENTOS	\$	6.938.941.642
REEMBOLSO	\$	41.420.958
SALUD OCUPACIONAL	\$	46.213.000
Total general	\$	8.542.555.749

Fuente: FÍAS

FIAS NIVEL	2.009			2010			2011		
	No de actividades	Valor total de la actividad (4)	Frecuencia de Uso =	No de actividades	Valor total de la actividad (4)	Frecuencia de Uso = Número	No de actividades	Valor total de la actividad (4)	Frecuencia de Uso = Número
PRIMER NIVEL									
Acciones de promoción y prevención	201.153	\$ 2.973.139.325	3,7421	224.537	\$ 2.892.542.840	3,9765	204.910	\$ 1.966.401.991	3,4791
Acciones de salud ocupacional	46.491	\$ 532.992.604	0,8649	80.723	\$ 797.270.562	1,4296	1.075	\$ 32.595.896	0,0183
Urgencias primer nivel	25.926	\$ 869.612.835	0,4823	30.989	\$ 823.470.123	0,5488	28.467	\$ 710.804.407	0,4833
Consulta de medicina general	167.623	\$ 4.197.971.323	3,1183	178.877	\$ 4.571.759.942	3,1679	195.306	\$ 4.491.547.797	3,3161
Consultas de enfermería	9.613	\$ 105.698.068	0,1788	3.099	\$ 28.738.631	0,0549	2.520	\$ 22.668.913	0,0428
Consultas de trabajo social	18	\$ 341.794	0,0003	85	\$ 959.415	0,0015	0	\$ 0	0,0000
Odontología general	100.423	\$ 2.278.343.597	1,8682	103.425	\$ 2.565.625.362	1,8316	99.932	\$ 2.318.757.068	1,6967
Laboratorio clínico básico primer nivel ambulatorio	87.812	\$ 450.498.533	1,6336	188.261	\$ 1.394.524.436	3,3341	199.494	\$ 846.361.545	3,3872
Imagenología básica primer nivel ambulatorio	19.394	\$ 394.661.383	0,3608	20.179	\$ 433.905.925	0,3574	22.169	\$ 448.235.208	0,3764
Medicamentos de primer nivel ambulatorios	288.463	\$ 2.098.949.415	5,3664	321.406	\$ 2.648.770.321	5,6920	331.020	\$ 1.859.325.360	5,6203
Consultas domiciliarias	213	\$ 5.650.069	0,0040	276	\$ 7.767.990	0,0049	200	\$ 5.532.672	0,0034
Egresos de primer nivel	144	\$ 54.665.054	0,0027	255	\$ 121.666.620	0,0045	155	\$ 74.227.920	0,0026
Cirugías del grupo quirúrgico 2 al 3	447	\$ 208.246.436	0,0083	307	\$ 263.387.997	0,0054	279	\$ 206.654.191	0,0047
TOTAL PRIMER NIVEL	947.720	\$ 14.170.770.435	17,6307	1.152.419	\$ 16.550.390.165	20,4091	1.085.527	\$ 12.983.112.968	18,4309
SEGUNDO NIVEL.									
Urgencias del segundo nivel	2.353	\$ 130.257.170	0,0438	2.823	\$ 112.500.103	0,0500	2.828	\$ 100.160.207	0,0480
Consulta médica especializada de pediatría	7.455	\$ 248.411.248	0,1387	7.920	\$ 290.156.653	0,1403	8.601	\$ 271.444.025	0,1460
Consulta médica especializada de ginecología	11.196	\$ 381.448.369	0,2083	11.496	\$ 403.342.348	0,2036	12.169	\$ 382.170.621	0,2066
Consulta médica especializada de obstetricia	474	\$ 16.078.934	0,0088	721	\$ 27.614.900	0,0128	852	\$ 28.531.252	0,0145
Consulta médica especializada de medicina interna	7.003	\$ 241.754.739	0,1303	7.852	\$ 297.063.063	0,1391	7.820	\$ 246.100.359	0,1328
Consulta médica especializada de cirugía	2.281	\$ 78.493.467	0,0424	2.384	\$ 86.920.344	0,0422	3.084	\$ 97.993.928	0,0524
Terapias	82.752	\$ 1.391.309.253	1,5395	93.827	\$ 1.679.031.739	1,6617	104.631	\$ 1.664.585.880	1,7765
Anestesia	368	\$ 13.819.175	0,0068	423	\$ 16.288.637	0,0075	887	\$ 28.085.344	0,0151
Consulta de nutrición	7.104	\$ 119.858.084	0,1322	8.656	\$ 135.889.845	0,1533	7.554	\$ 118.115.841	0,1283
Consulta de optometría	9.185	\$ 266.948.599	0,1709	8.152	\$ 236.125.547	0,1444	6.840	\$ 179.952.649	0,1161
Consulta de ortopedia y traumatología	5.453	\$ 184.980.691	0,1014	5.743	\$ 206.102.214	0,1017	6.438	\$ 203.472.418	0,1093
Consulta de otorrinolaringología	4.912	\$ 172.277.503	0,0914	5.048	\$ 181.635.487	0,0894	5.348	\$ 172.377.238	0,0908
Consulta de psicología	5.640	\$ 92.466.615	0,1049	5.326	\$ 93.218.851	0,0943	6.088	\$ 103.893.610	0,1034
Consulta de psiquiatría	7.629	\$ 256.059.029	0,1419	7.472	\$ 270.270.063	0,1323	9.123	\$ 299.665.861	0,1549
Consulta odontológica especializada	2.442	\$ 71.204.074	0,0454	2.904	\$ 103.044.279	0,0514	2.874	\$ 94.787.971	0,0488
Otras consultas médicas especializadas	28.673	\$ 974.041.046	0,5334	27.583	\$ 998.995.546	0,4885	28.957	\$ 927.687.878	0,4917
Laboratorios especializados de segundo nivel ambulatorio	87.882	\$ 941.141.149	1,6349	78.965	\$ 1.082.121.478	1,3985	76.879	\$ 772.338.497	1,3053
Imagenología especializados de segundo nivel ambulatorio	4.826	\$ 336.626.819	0,0898	5.209	\$ 315.935.279	0,0923	5.296	\$ 361.579.321	0,0899
Medicamentos de segundo nivel ambulatorios	177.519	\$ 1.939.448.119	3,3024	197.791	\$ 2.299.214.983	3,5028	203.704	\$ 1.924.023.756	3,4586
Procedimientos diagnósticos segundo nivel	14.749	\$ 685.281.146	0,2744	16.304	\$ 809.465.170	0,2887	11.024	\$ 480.687.214	0,1872
Procedimientos terapéuticos segundo nivel	14.111	\$ 430.461.304	0,2625	11.158	\$ 332.941.659	0,1976	16.025	\$ 420.315.455	0,2721
Egresos de segundo nivel pediatría	399	\$ 453.584.012	0,0074	538	\$ 687.070.726	0,0095	615	\$ 706.955.404	0,0104
Egresos de segundo nivel ginecología	166	\$ 205.249.694	0,0031	221	\$ 300.137.191	0,0039	225	\$ 272.607.612	0,0038
Egresos de segundo nivel obstetricia abortos	135	\$ 125.503.857	0,0025	59	\$ 70.415.467	0,0010	92	\$ 94.494.404	0,0016
Egresos de segundo nivel medicina interna	602	\$ 787.588.392	0,0112	615	\$ 786.766.628	0,0109	562	\$ 733.672.554	0,0095
Cirugías del grupo quirúrgico 4 al 8	2.033	\$ 2.185.719.011	0,0378	2.013	\$ 2.322.349.244	0,0356	2.376	\$ 2.951.612.800	0,0403
TOTAL SEGUNDO NIVEL	487.342	\$ 12.730.011.497	9,0662	511.203	\$ 14.144.617.443	9,0533	530.892	\$ 13.637.312.099	9,0139

TERCER NIVEL									
Consulta médica subespecializada	10.662	\$ 401.522.256	0,1983	11.171	\$ 426.848.118	0,1978	12.075	\$ 502.685.986	0,2050
Laboratorios especializados de tercer nivel	43.432	\$ 677.882.315	0,8080	17.045	\$ 452.639.691	0,3019	15.877	\$ 311.318.259	0,2696
Imagenología especializados de tercer nivel	1.237	\$ 225.052.588	0,0230	5.958	\$ 571.436.088	0,1055	9.258	\$ 1.335.181.699	0,1572
TAC	1.268	\$ 230.233.876	0,0236	2.083	\$ 420.563.624	0,0369	2.614	\$ 471.033.495	0,0444
Resonancias magnéticas	344	\$ 126.623.158	0,0064	648	\$ 195.785.623	0,0115	1.092	\$ 390.580.039	0,0185
Medicina nuclear	78	\$ 37.063.457	0,0015	302	\$ 64.310.256	0,0053	561	\$ 167.159.384	0,0095
Medicina transfuncional y banco de sangre	266	\$ 43.757.807	0,0049	1.829	\$ 128.893.922	0,0324	786	\$ 117.506.997	0,0133
Biopsias	768	\$ 92.365.201	0,0143	1.671	\$ 160.045.875	0,0296	4.273	\$ 528.937.792	0,0726
Endoscopias	1.644	\$ 329.707.451	0,0306	2.171	\$ 561.443.254	0,0384	2.607	\$ 487.828.905	0,0443
Procedimientos diagnósticos tercer nivel	983	\$ 446.723.644	0,0183	1.864	\$ 885.300.724	0,0330	3.829	\$ 1.393.483.082	0,0650
Procedimientos terapéuticos tercer nivel	230	\$ 544.690.418	0,0043	268	\$ 587.092.917	0,0047	652	\$ 1.296.611.790	0,0111
Medicamentos del tercer nivel ambulatorios	88.758	\$ 1.697.300.052	1,6512	98.899	\$ 2.281.915.376	1,7515	101.852	\$ 2.656.906.654	1,7293
Egresos de tercer nivel no quirúrgicas	193	\$ 748.525.273	0,0036	118	\$ 551.654.540	0,0021	197	\$ 1.296.432.207	0,0033
Cirugías del grupo quirúrgico 9 al 12	1.250	\$ 2.250.384.662	0,0233	1.389	\$ 3.066.687.083	0,0246	1.756	\$ 4.379.980.870	0,0298
Cirugías del grupo quirúrgico 13 al 19	82	\$ 209.714.415	0,0015	151	\$ 415.959.736	0,0027	137	\$ 490.082.621	0,0023
Cirugías del grupo quirúrgico 20 al 23	345	\$ 1.151.357.294	0,0064	331	\$ 1.189.087.476	0,0059	333	\$ 1.538.047.311	0,0057
TOTAL TERCER NIVEL	151.540	\$ 9.212.903.866	2,8191	145.898	\$ 11.959.664.302	2,5838	157.899	\$ 17.363.777.091	2,6809
CUARTO NIVEL									
Diálisis peritoneal	7.696	\$ 271.446.462	0,1432	7.493	\$ 249.375.735	0,1327	9.033	\$ 319.437.201	0,1534
Hemodiálisis	2.166	\$ 428.672.593	0,0403	2.551	\$ 545.083.849	0,0452	2.902	\$ 629.046.209	0,0493
Cirugías cardíaca y de grandes vasos	36	\$ 736.860.010	0,0007	28	\$ 483.842.014	0,0005	17	\$ 260.366.496	0,0003
Cirugías del sistema nervioso, neurocirugía	35	\$ 488.565.562	0,0007	23	\$ 361.159.320	0,0004	26	\$ 470.233.391	0,0004
Cirugías para tratamiento de enfermedades congénitas o de origen genético	8	\$ 141.216.614	0,0001	3	\$ 44.309.588	0,0001	15	\$ 40.153.448	0,0003
Cirugías para remplazos articulares	42	\$ 442.214.295	0,0008	36	\$ 347.833.342	0,0006	37	\$ 352.513.934	0,0006
Manejo de pacientes infectados por VIH	1.833	\$ 213.943.380	0,0341	2.613	\$ 335.984.120	0,0463	3.801	\$ 373.152.931	0,0645
Manejo de pacientes en UCI	443	\$ 1.038.204.649	0,0082	126	\$ 2.138.090.051	0,0022	167	\$ 2.593.928.698	0,0028
Manejo del trauma mayor	0	\$ 0	0,0000	0	\$ 0	0,0000	0	\$ 0	0,0000
Manejo del gran quemado	0	\$ 0	0,0000	0	\$ 0	0,0000	2	\$ 24.859.018	0,0000
Quimioterapia para el cáncer	3.407	\$ 2.360.312.177	0,0634	3.553	\$ 4.189.004.958	0,0629	3.280	\$ 2.513.976.107	0,0557
Radioterapia para el cáncer	76	\$ 208.201.036	0,0014	140	\$ 391.182.830	0,0025	95	\$ 348.561.880	0,0016
Trasplante hepático	1	\$ 168.000.000	0,0000	53	\$ 73.660.065	0,0009	54	\$ 50.126.940	0,0009
Trasplante renal	3	\$ 130.303.440	0,0001	195	\$ 323.065.267	0,0035	190	\$ 180.431.270	0,0032
Trasplante cardíaco	0	\$ 0	0,0000	0	\$ 0	0,0000	7	\$ 160.725.247	0,0001
Trasplante de médula osea	1	\$ 115.000.000	0,0000	2	\$ 200.000.000	0,0000	2	\$ 240.000.000	0,0000
Trasplante de córnea	0	\$ 0	0,0000	1	\$ 2.134.305	0,0000	0	\$ 0	0,0000
TOTAL CUARTO NIVEL	15.747	\$ 6.742.940.218	0,2929	16.817	\$ 9.684.725.444	0,2978	19.628	\$ 8.557.512.770	0,3333
TRASLADOS	499	\$ 160.420.463	0,0093	41.245	\$ 858.139.745	0,7304	27.110	\$ 1.154.572.960	0,4603
ADMINISTRACION		\$ 4.124.762.628			\$ 4.366.510.308			\$ 5.265.045.473	
GRAN TOTAL = SUMA DE LOS TOTALES DE PRIMER, SEGUNDO, TERCER Y CUARTO NIVEL + TRASLADO Y GASTOS DE ADMINISTRACION	1.602.848	\$ 47.141.809.107	29,8182	1.867.582	\$ 57.564.047.406	33,0745	1.821.056	\$ 58.961.333.361	30,9193

9.2.5 Siniestralidad general UTAMR1. Teniendo en cuenta todas las tablas y precisiones hechas anteriormente, se puede concluir que: Inicialmente se calcula en promedio de los años 2009, 2010 Y 2011 una siniestralidad del contrato por servicios de salud reportados en los RIPS de 101.5%. De otra parte se encuentran unos gastos y costos adicionales no reportados en RIPS pero que son propios de la prestación de servicios y por lo tanto hacen parte fundamental del cálculo tanto de la nota técnica como de la siniestralidad de la regional, los cuales ascienden a la suma de 14.944 millones de pesos. Al incluirlos, la siniestralidad acumulada de la regional asciende a 119%. Si a lo anterior se le suman los gastos administrativos necesarios y obligatorios requeridos para la prestación de los servicios y los cuales son solicitados por la Fiduprevisora en el contrato, la siniestralidad alcanza un 129.1% en promedio para los dos últimos años.

El valor de los ingresos por departamento es tomado de los archivos de FIAS los cuales hacen parte integral del presente análisis.

9.3 ACTIVIDAD No. 4

9.3.1 Evaluación de financiamiento de la UPC Vs sostenibilidad financiera. La información insumo de este estudio de suficiencia ha sido suministrada por la UTAMR1.

El presente estudio se basa en el análisis y evaluación de los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – reportados entre enero de 2009 a diciembre de 2011.

El análisis de la población afiliada muestra un mayor peso en el departamento de Santander, género femenino y entre 19 y 44 años, seguido de 5 a 14 años.

El 82% de la población afiliada entre maestros y beneficiarios, accedieron al menos en una oportunidad a los servicios de salud a través de la UTAMR1.

Teniendo en cuenta la integralidad de los servicios prestados a los usuarios del magisterio tanto por el origen de la enfermedad (general, maternidad y ocupacional) como en todos los niveles de complejidad necesarios para el mantenimiento de la salud hasta la rehabilitación de los pacientes y, que si bien es cierto dentro de la cápita se encuentran excluidos tanto los servicios de promoción y prevención como los prestados por salud ocupacional (toda vez que estos se reconocen por evento), en el presente análisis están incluidos los servicios de promoción y prevención y de salud ocupacional, tanto en el costo como en el ingreso, razón por la cual no afecta ni desvía los resultados finales de siniestralidad o costo medio usuario.

Los servicios más frecuentemente brindados son procedimientos y ayudas diagnosticas ambulatorias, seguida de consultas de medicina general y especializada y después medicamentos entregados ambulatoriamente. Estos

servicios, al no tener factores moduladores como cuotas moderadoras o penalización por inasistencias, hacen que la frecuencia de uso supere ampliamente el cálculo del POSC u otro plan complementario en salud como lo es un plan de medicina prepagada, y por ende aumente el peso del costo de estos servicios. El mayor costo acumulado se encuentra en los procedimientos, seguido de las hospitalizaciones y consultas.

Los diagnósticos más frecuentemente relacionados en los RIPS son Hipertensión Arterial Esencial, Caries de la Dentina y Lumbago. El mayor costo acumulado se encuentra en “examen médico general” lo que se puede explicar por el modelo de atención con médico general y/o familiar como puerta de entrada, seguido de enfermedad de alto costo como Insuficiencia Renal Terminal e Insuficiencia Renal Crónica. A pesar de corresponder a un diagnóstico de alto impacto en la UTAMR1, el Cáncer no aparece relacionado entre los primeros 10 diagnósticos más costosos debido a que los medicamentos no cuentan con la variable de código de diagnóstico dentro de su estructura.

Según los resultados que arroja el análisis de los datos registrados en los RIPS aportados por Avanzar, se nota una peso importante en el costo medio usuario entre los 19 y 44 años, siendo este el rango de mayor número de afiliados al Fondo. Es importante también el aporte al costo que hacen los afiliados entre los 50 y 65 años de edad estando ahí alrededor del 21% de la población.

El costo medio evento más alto se encuentra en mayores de 55 años y menores de un año. El costo medio usuario (paciente atendido) más costoso está en mayores de 65 años. Y, el costo medio afiliado expuesto al riesgo que mayor costo tendría está entre 65 a 74 años.

El resultado del cálculo global de costo médico acumulado de la Unión Temporal Avanzar Médico entre enero de 2009 a diciembre de 2011, se compara con

diferentes escenarios y tablas, con el fin de aportar mayores elementos de juicio para corroborar la insuficiencia de la UPCM para la cobertura del plan de beneficios de los afiliados al magisterio y sus beneficiarios.

Tabla 13. Consolidado promedio con costos adicionales.UTAMR1 2009.

ESTUDIO PROMEDIO 2009				
NIVEL DEL SERVICIO	VALOR REPORTADO FIAS	VALOR SEGUN ANALISIS DE RIPS	COSTO DE LA PARTE ASISTENCIAL SIN	VALOR TOTAL GASTO DE SERVICIOS
I	\$ 14.170.770.435	\$ 13.417.446.984	\$ 950.189.854	\$ 14.367.636.838
II	\$ 12.730.011.497	\$ 12.723.223.876	\$ 817.135.598	\$ 13.540.359.474
III	\$ 9.212.903.866	\$ 9.231.850.409	\$ 518.718.917	\$ 9.750.569.326
IV	\$ 6.742.940.218	\$ 6.742.940.218	\$ 420.473.694	\$ 7.163.413.912
Total Costos Asistencial	\$ 42.856.626.016	\$ 42.115.461.487	\$ 2.706.518.063	\$ 44.821.979.550
Traslados	\$ 160.420.463	\$ -		\$ -
Costo Administrativo	\$ 4.124.762.628	\$ 4.124.762.628	\$ -	\$ 4.124.762.628
Total costo	\$ 47.141.809.107	\$ 46.240.224.115	\$ -	\$ 48.946.742.178
Ingreso	\$ 38.072.405.451	\$ 38.072.405.451	\$ -	\$ 38.072.405.451
Costo Medio/ Usuario componente Adm	\$ 0,81	\$ 0,82	\$ -	\$ 0,78
Calculo Siniestralidad (%)	124%	121%	\$ -	129%

Fuente: RIPS

Tabla 14. Consolidado promedio con costos adicionales.UTAMR1 2010.

ESTUDIO PROMEDIO 2010				
NIVEL DEL SERVICIO	VALOR REPORTADO FIAS	VALOR SEGUN ANALISIS DE RIPS	COSTO DE LA PARTE ASISTENCIAL SIN	VALOR TOTAL GASTO DE SERVICIOS
I	\$ 16.550.390.165	\$ 8.370.480.072	\$ 3.521.486.115	\$ 11.891.966.187
II	\$ 14.144.617.443	\$ 14.140.748.356	\$ 2.561.785.492	\$ 16.702.533.848
III	\$ 11.959.664.302	\$ 13.250.747.539	\$ 3.156.874.468	\$ 16.407.622.007
IV	\$ 9.684.725.444	\$ 5.891.922.370	\$ 1.790.430.099	\$ 7.682.352.469
Total Costos Asistencial	\$ 52.339.397.353	\$ 41.653.898.337	\$ 11.030.576.174	\$ 52.684.474.511
Traslados	\$ 858.139.745	\$ -		\$ -
Costo Administrativo	\$ 4.366.510.308	\$ 4.366.510.308	\$ -	\$ 4.366.510.308
Total costo	\$ 57.564.047.406	\$ 46.020.408.645	\$ -	\$ 57.050.984.819
Ingreso	\$ 46.725.650.823	\$ 46.725.650.823	\$ -	\$ 46.725.650.823
Costo Medio/ Usuario componente Adm	\$ 0,81	\$ 1,02	\$ -	\$ 0,82
Calculo Siniestralidad (%)	123%	98%	\$ -	122%

Fuente: RIPS

Tabla 15. Consolidado promedio con costos adicionales.UTAMR1 2011.

ESTUDIO PROMEDIO 2011				
NIVEL DEL SERVICIO	VALOR REPORTADO FIAS	VALOR SEGUN ANALISIS DE RIPS	COSTO DE LA PARTE ASISTENCIAL SIN	VALOR TOTAL GASTO DE SERVICIOS
I	\$ 12.983.112.968	\$ 9.783.247.480	\$ 2.622.468.921	\$ 12.405.716.401
II	\$ 13.637.312.099	\$ 25.597.946.840	\$ 2.361.785.492	\$ 27.959.732.332
III	\$ 17.363.777.091	\$ 6.505.751.595	\$ 2.237.828.137	\$ 8.743.579.732
IV	\$ 8.557.512.770	\$ 2.112.213.264	\$ 1.320.473.199	\$ 3.432.686.463
Total Costos Asistencial	\$ 52.541.714.928	\$ 43.999.159.179	\$ 8.542.555.749	\$ 52.541.714.928
Traslados	\$ 1.154.572.960			
Costo Administrativo	\$ 5.265.045.473	\$ 5.265.045.473	\$ -	\$ 5.265.045.473
Total costo	\$ 58.961.333.361	\$ 49.264.204.652	\$ -	\$ 57.806.760.401
Ingreso	\$ 46.862.756.138	\$ 46.862.756.138	\$ -	\$ 46.862.756.138
Costo Medio/ Usuario componente Adm	\$ 0,79	\$ 0,95	\$ -	\$ 0,81
Calculo Siniestralidad (%)	126%	105%	\$ -	123%

Fuente: RIPS

Las diferencias encontradas por nivel de servicio en las tablas anteriores entre RIPS y FIAS, se deben principalmente a las diferencias en la clasificación y agrupación de los servicios entre estas dos metodologías de análisis y en la atemporalidad que existe entre la prestación del servicio (FIAS) y el cobro de los servicios y facturación de los proveedores (RIPS).

9.3.2 Comportamiento del costo y el gasto de la UTAMR1 2009 – 2011. A continuación se presenta el comportamiento de los costos analizados por cada departamento que comprende la Unión Temporal Avanzar Médico, datos que contienen los costos adicionales sin RIPS, los cuales estarían cargados principalmente al departamento de Santander.

Tabla 16. Comportamiento del costo y el gasto de la UTAMR1 Enero 2009 a Diciembre de 2011.

DATOS ACUMULADOS 2009 - 2011					
DEPT	VALOR COSTO TOTAL X DEPT	INGRESO X DEPT	SINISTRALIDAD INICIAL	GASTO ADMINISTRATIVO	SINISTRALIDAD FINAL
Stder	\$ 105.783.959.137	\$ 89.529.352.440	118%	\$ 9.354.296.518	129%
Norte	\$ 18.756.021.124	\$ 15.799.297.489	119%	\$ 1.650.758.209	129%
Cesar	\$ 15.004.816.899	\$ 14.482.689.365	104%	\$ 1.513.195.025	114%
Arauca	\$ 10.503.371.829	\$ 11.849.473.117	89%	\$ 1.238.068.657	99%
Total	\$ 150.048.168.989	\$ 131.660.812.412	114%	\$ 13.756.318.409	124%

Fuente: RIPS Y FIAS.

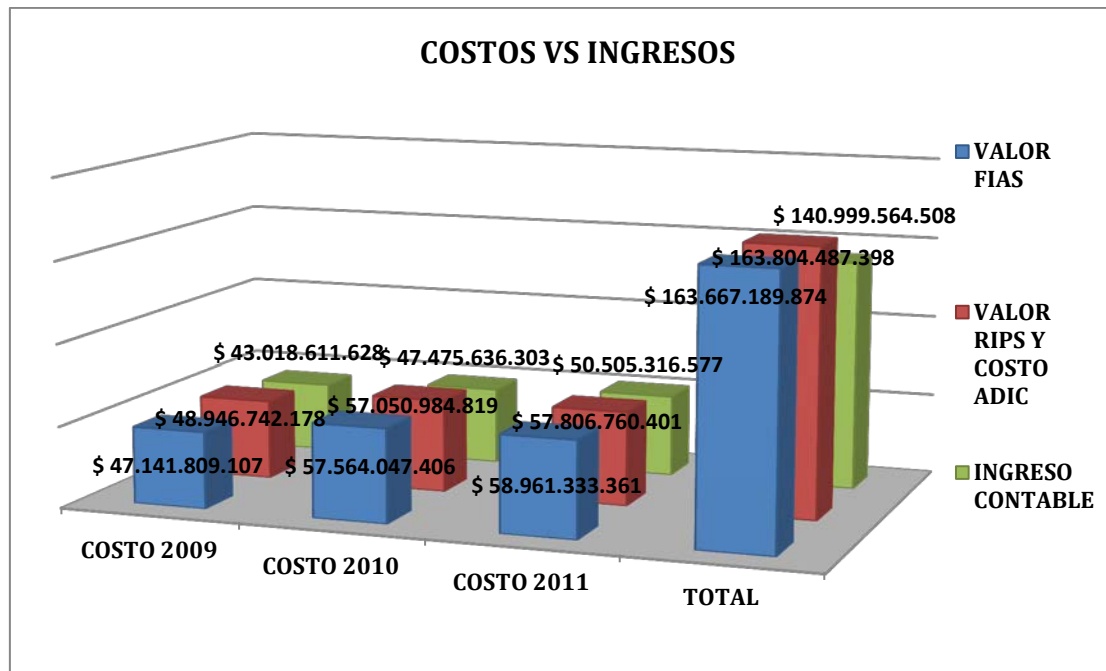
9.3.3 Determinación de la Suficiencia Financiera de la UPCM. La UPCM se encuentra calculada para dar cobertura a los servicios contenidos en el plan de beneficios y que sean demandados por los usuarios del magisterio en un período de tiempo determinado. Es así como, sí el ingreso percibido por la UTAMR1 es menor que los costos incurridos en la cobertura de servicios, se presenta de manera integral una insuficiencia de la UPCM.

Tabla 17. Determinación de la suficiencia financiera de la UPCM.UTAMR1 Enero 2009 a Diciembre de 2011.

	VALOR FIAS	VALOR RIPS Y COSTO ADIC	INGRESO CONTABLE	INSUFICIENCIA FRENTE A FIAS	INSUFICIENCIA FRENTE A RIPS
COSTO 2009	\$ 47.141.809.107	\$ 48.946.742.178	\$ 43.018.611.628	\$ (4.123.197.479)	\$ (5.928.130.550)
COSTO 2010	\$ 57.564.047.406	\$ 57.050.984.819	\$ 47.475.636.303	\$ (10.088.411.103)	\$ (9.575.348.516)
COSTO 2011	\$ 58.961.333.361	\$ 57.806.760.401	\$ 50.505.316.577	\$ (8.456.016.784)	\$ (7.301.443.824)
TOTAL	\$ 163.667.189.874	\$ 163.804.487.398	\$ 140.999.564.508	\$ (22.667.625.366)	\$ (22.804.922.890)

Fuente: RIPS, FIAS Y PYG.

Gráfica 12. Costo vs ingresos. UTAMR1 Enero 2009 a Diciembre de 2011



Fuente: RIPS, FIAS Y PYG.

Según los resultados anteriores es claramente evidente la insuficiencia de la UPCM para asumir los costos incurridos por la UT Avanzar Médico durante los años 2009 - 2011 en la cobertura del plan de beneficios definido para los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio y sus beneficiarios.

9.4 ACTIVIDAD No. 5

9.4.1 Sugerir una estructura de apoyo de la información que garantice permanentemente esta función, con el fin de conformar un equipo dentro de la estructura de la UTAMR1. Para lograr este objetivo se creó un departamento dentro del área financiera cuyo nombre se le dio análisis de información financiera y estadística, en donde se estableció un coordinador del área y sus asistentes, en donde estén involucrados todos los departamentos y la gerencia general.

Todo esto con el fin de seguir llevando el control sistemático de toda la información financiera y estadística que nos permita tomar decisiones oportunamente para el mejor manejo de los recursos por dentro y por fuera de la organización.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- De los escenarios analizados de planes de beneficios que contemplan los grupos etarios, se recomienda que el grupo de mayores o iguales a 60 años es el grupo de mayor impacto social y de menor crecimiento con respecto a la UPC actual.
- De acuerdo con el estudio realizado en la UTAMR1 se encuentra que en el análisis de los costos y gastos vs los ingresos recibidos para el manejo sostenible de la empresa, esta presenta un desequilibrio financiero de \$22'667.625.366.
- De acuerdo con el estudio anterior, se considera adecuado la adopción de medidas de control del gasto, sin que estas afecten la buena prestación de los servicios de salud.
- Para la definición de la UPC-M 2012 se sugiere un incremento del 20% más, sobre el gasto per cápita que se revisará de acuerdo a la información disponible. En la medida en que la calidad de la información del Régimen especial mejore, las decisiones en adelante serán tomadas de acuerdo a los análisis de la misma.

BIBLIOGRAFIA

CRES. Acuerdo 004 de 2009

CRES. Acuerdo 005 de 2009

CRES. Acuerdo 009 de 2009

CRES. Acuerdo 011 de 2010

CRES. Acuerdo 013 de 2010

CRES. Acuerdo 019 de 2010

CRES. Acuerdo 023 de 2011

LEY 100 DE 1993

LEY 1122 DE 2007

LEY 1438 DE 2011

LONDOÑO, J. FRENK, J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. BID 1997.

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA – CRES. Proyección de la Unificación Gradual Y Sostenible del Plan Obligatorio de Salud-POS. 2011

CHIAVENATO, Idalberto. Administración, Proceso Administrativo, Editorial Mc Graw Hill, 3 edición 2002.

GOMEZ RONDON, Francisco. Sistemas y Procedimientos Administrativos, Editorial MC Graw Hill, 1995.

SABOGAL SABOGAL, Omar. Proceso Administrativo, Universidad Abierta y Nacional a Distancia, Editorial UNDA, 2000.

CONTADURIA GENERAL DE LA NACION, Colombia, Circular Externa No. 035, 27 de Diciembre de 2000.

FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, FIDUPREVISORA S.A., Términos de Referencia Servicios de Salud, Invitación Pública 143, Colombia, Enero de 2009.

ICONTEC, Colombia, Norma ISO 9000 Versión 2000

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia, Resolución 1043 de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia, Decreto 4747, Diciembre 7 de 2007.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS
RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN**

ORIENTACIONES PARA SU ELABORACIÓN:

El Resumen Analítico de Investigación (RAI) debe ser elaborado en Excel según el siguiente formato registrando la información exigida de acuerdo la descripción de cada variable. Debe ser revisado por el asesor(a) del proyecto. EL RAI se presenta (quema) en el mismo CD-ROM del proyecto como un segundo archivo denominado: " RAI "

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE
1	NOMBRE DEL POSTGRADO	Especialización Finanzas y Negocios Internacionales
2	TÍTULO DEL PROYECTO	Estudio de suficiencia financiera de la unidad de pago por capitación del magisterio (UPCM) - Unión Temporal Avanzar Médico Región 1 - Contrato vigente 2009 a 2011
3	AUTOR(es)	Hernández Duran Mauricio Hernández Gamboa Jhon Alexander
4	AÑO Y MES	2012/08
5	NOMBRE DEL ASESOR(a)	Fernando Chavarro Miranda
6	DESCRIPCIÓN O ABSTRACT	Este estudio se desarrolló para analizar y demostrar la situación financiera actual de la UTAMR1 teniendo como referencia costos administrativos y medico asistenciales. Con el fin de implementar una metodología de revisión y ajuste sistemático que permita al ministerio de salud tomar la decisión de incrementar de forma retroactiva la UPC de los años en estudio y así garantizar el equilibrio financiero y la construcción de nuevos escenarios para la sostenibilidad financiera del plan de beneficios de salud para los afiliados y beneficiarios del magisterio. This study was developed to analyze and demonstrate the current financial situation of UTAMR1 with reference to administrative costs and medical care. In order to implement a review methodology and systematic adjustment to allow the health ministry take a decision to increase retrospectively the UPC of the years under study and to guarantee the financial stability and the construction of new scenarios for the financial sustainability of health plan benefits to affiliates and beneficiaries of teachers.
7	PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES	1. Unidad de pago por capitación del magisterio (UPCM.) 2. Plan de beneficios. 3.Formato de información de atención en salud – FIAS. 4.Registro individual de procedimientos en salud – RIPS. 5.Nota técnica de salud. 6.Siniestralidad. 7.Epidemiología. 8.Morbilidad. 9.Grupo Etario 10.Código del Servicio (CUPS)
8	SECTOR ECONÓMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO	Sector servicios (Salud).
9	TIPO DE INVESTIGACIÓN	Investigación aplicada
10	OBJETIVO GENERAL	Determinar la suficiencia financiera de la unidad de pago por Capitación, para cubrir el plan de beneficios en salud de los afiliados y beneficiarios del Magisterio de la unión temporal Avanzar Medico Región 1.

11	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<p>* Caracterizar la población afiliada al FOMAG (fondo de prestaciones sociales del magisterio) en la región de acuerdo con variables: sexo, edad, departamento y morbi-mortalidad.</p> <p>* Caracterizar y cuantificar los servicios brindados o demanda atendida por servicios de salud en los años 2009 a 2011.</p> <p>* Determinar el costo real de los servicios en salud de los afiliados al FOMAG en la UTAMR1.</p> <p>* Establecer el financiamiento de la UPC actual y la eficiencia de sostenibilidad que brinda a la UTAMR1. * Sugerir una estructura de apoyo a la información que garantice permanentemente esta función, con el fin de conformar un equipo dentro de la estructura de la UTAMR1.</p>
12	FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	<p>CRES. Acuerdo 004 de 2009. CRES. Acuerdo 005 de 2009. CRES. Acuerdo 009 de 2009. CRES. Acuerdo 011 de 2010. CRES. Acuerdo 013 de 2010. CRES. Acuerdo 019 de 2010. CRES. Acuerdo 023 de 2011. LEY 100 DE 1993. LEY 1122 DE 2007. LEY 1438 DE 2011. LONDOÑO, J. FRENK, J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. BID 1997. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA – CRES. Proyección de la Unificación Gradual Y Sostenible del Plan Obligatorio de Salud-POS. 2011. CHIAVENATO, Idalberto. Administración, Proceso Administrativo, Editorial Mc Graw Hill, 3 edición 2002. GOMEZ RONDON, Francisco. Sistemas y Procedimientos Administrativos, Editorial MC Graw Hill, 1995. SABOGAL SABOGAL, Omar. Proceso Administrativo, Universidad Abierta y Nacional a Distancia, Editorial UNDA, 2000. CONTADURIA GENERAL DE LA NACION, Colombia, Circular Externa No. 035, 27 de Diciembre de 2000. FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO, FIDUPREVISORA S.A., Términos de Referencia Servicios de Salud, Invitación Pública 143, Colombia, Enero de 2009. ICONTEC, Colombia, Norma ISO 9000 Versión 2000. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia, Resolución 1043 de 2006. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, Colombia, Decreto 4747, Diciembre 7 de 2007.</p>
13	RESUMEN O CONTENIDO	<p>La Unión Temporal Avanzar Médico Región 1 (UTAMR1), quien hace parte de la red de prestadores de servicios de salud contratados por el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio, ha visto la necesidad de hacer una evaluación de la suficiencia financiera de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) recibida por cada usuario para financiar el plan de beneficios de salud para los afiliados y beneficiarios del magisterio. Esto con el fin de contribuir a entregar elementos de juicio que permitan tomar las decisiones necesarias para realizar un ajuste de las respectivas unidades de pago por capitación de la vigencia actual del contrato (Enero 2009 a Diciembre 2011) y posibles vigencias futuras ya que al final del tercer año se hace la evaluación costo/beneficio del contrato de prestación de servicios de salud firmado con el magisterio.</p>

14	METODOLOGÍA	<p>Tipo de estudio: El estudio es de corte transversal ya toma los datos en un momento del tiempo. Estos datos son retrospectivos del año inmediatamente anterior al que se realiza el análisis para realizar un cálculo prospectivo, es decir, la UPC.</p> <p>Periodo de análisis: El periodo de análisis es de 3 años consecutivos para el régimen especial del magisterio. Estos años son calendario (de enero de 2009 a diciembre 2011).</p> <p>Unidad de observación: Las unidades de observación son los ingresos por concepto de UPC y adicionales para financiar los planes obligatorios de salud y los gastos en prestación de servicios del régimen especial del magisterio.</p> <p>Universo: El universo del estudio lo constituye la UTAMR1 en el periodo de análisis.</p> <p>Fuentes de información: Las fuentes de información para el análisis de suficiencia son las bases de datos poblacionales y de servicios. Estas bases de datos son las de servicios de salud de la población carnetizada del régimen especial del magisterio.</p>
15	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. De los escenarios analizados de planes de beneficios que contemplan los grupos etarios se recomienda que el grupo de mayores o iguales a 60 años es el grupo de mayor impacto social y de menor crecimiento con respecto a la UPC actual. 2. De acuerdo con el estudio realizado en la UTAMR1 se encuentra que en el análisis de los costos y gastos vs los ingresos recibidos para el manejo sostenible de la empresa, esta presenta un desequilibrio financiero de \$22'667.625.366. 3. De acuerdo con el estudio anterior, se considera adecuado la adopción de medidas de control del gasto, sin que estas afecte la buena prestación de los servicios de salud. 4. Para la definición de la UPC-M 2012 se sugiere un incremento del 20% más sobre el gasto per cápita que se revisará de acuerdo a la información disponible. En la medida en que la calidad de la información del Régimen especial mejore, las decisiones en adelante serán tomadas de acuerdo a los análisis de la misma
16	RECOMENDACIONES	
*	CÓDIGO DE LA BIBLIOTECA	

CRISANTO QUIROGA OTÁLORA
Coordinador Comité de Investigación