



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Estudio Técnico Archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C
Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



Estudio técnico Archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina

Ministerio de Salud y Protección Social.

2014

Bogotá D.C. Mayo 2014

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Doctor Alejandro Gaviria Uribe, Ministro de Salud y Protección Social

Doctor Norman Julio Muñoz Muñoz, Viceministro de Protección Social

Doctor Fernando Ruiz, Viceministro de Salud

Doctor Gerardo Burgos Bernal, Secretario General

Doctor Félix Régulo Nates Solano, Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Doctora Amanda Vega, Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Equipo Técnico

Adriana Marcela Caballero Otálora

Alida Marlen Saavedra González

Darío Mauricio Díaz Salamanca

Fabian Alfonso Abella Vergara

Giovanni Esteban Hurtado Cárdenas

Luis Fernando Sotelo



Tabla de contenido

Introducción.....	6
I. Antecedentes.....	7
II. Análisis Geográfico.....	7
III. Morbilidad Atendida.....	9
A. Fuentes de Información.....	9
B. Análisis General de la Morbilidad Atendida.....	10
C. Análisis de la Morbilidad Atendida por Grupos Etarios de Riesgo.....	12
1. Grupo de Riesgo: Menor de 1 año.....	12
2. Grupo de Riesgo: De 1 a 4 años.....	13
3. Grupo de Riesgo: De 5 a 14 años.....	13
4. Grupo de Riesgo: Entre 15 y 44 años.....	13
5. Grupos de Riesgo: Entre 45 y 54 años.....	13
6. Grupo de Riesgo: entre 55 y 59 años.....	14
7. Grupos de Riesgo: entre 60 y 69 años.....	14
8. Grupos de Riesgo: entre 70 y 74 años y 75 y más.....	14
IV. Descripción demográfica Archipiélago de San Andrés.....	16
V. Análisis del gasto e ingreso del departamento de San Andres, Providencia y Santa Catalina.....	19
A. Proyección del Gasto.....	19
B. Proyección del Ingreso.....	22
VI. Resultados.....	23
VII. Propuestas de incremento.....	23
VIII. Recomendaciones.....	24
Bibliografía.....	25



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida. Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012	12
Tabla 2 Gasto proyectado 2014	23
Tabla 3 Ingreso proyectado 2014 UPC	23
Tabla 4 Propuesta UPC	24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución porcentual total de las 10 primeras causas de morbilidad atendida por grupo de riesgo UPC, Año 2012. Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.	15
Gráfico 2 Pirámide poblacional Nacional.....	16
Gráfico 3 Pirámide Poblacional Archipiélago de San Andres	17
Gráfico 4 Comparación de pirámides poblacionales, femenino	18



Introducción

El documento “Estudio Técnico Archipiélago San Andres, Providencia y Santa Catalina” tiene como objetivo determinar la prima de riesgo anual que financia el plan de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado para el departamento de Archipiélago San Andres, Providencia y Santa Catalina (en adelante departamento de San Andrés). El documento es el soporte que permite recomendar a las autoridades competentes el valor anual de la Unidad de Pago Por Capitación y los ajustes o modificaciones a las zonas geográficas de que trata la resolución 5522 de 2013, ello con el fin de garantizar el Plan Obligatorio de Salud

El estudio analiza la situación geográfica del departamento de San Andres, la morbilidad atendida, la estructura poblacional y los costos de la prestación de los servicios en la entidad territorial previamente mencionada. Es importante tener en cuenta que el estudio no trata sobre las condiciones financiación, operación del sistema o costos administrativos; así solo se centra en la estimación de la prima para dicho departamento.

La estimación de la Unidad de Pago Por capitación se realiza en el marco de que la misma sea suficiente para financiar el plan de beneficios y que los mecanismos de ajuste de riesgo reflejen el gasto en salud de acuerdo con las variables seleccionadas.

Para el cumplimiento del objetivo planteado, se tomó la información proveniente de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) seleccionadas para realizar el “Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014”¹

Desde el punto de vista metodológico, este estudio aplica los ajustes por IBNR e IBNER² y trending por frecuencia del “Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para

¹ Base de Suficiencia año 2012.

² Siglas en inglés de incurred but not reported e incurred but not enough reported reserved



garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014” y considera un ajuste tarifario basado en el SOAT para esta entidad territorial.

Dado lo anterior, se presentan inicialmente los antecedentes, seguidamente se hacen los análisis de la situación geográfica, de morbilidad atendida, los demográficos, los relacionados con los ingresos y gasto, se presentan de igual forma los resultados, la propuesta respectiva y finalmente las recomendaciones.

I. Antecedentes

El Ministerio de Salud y Protección Social fijó, mediante las resoluciones 4480 de 2012 y 5522 de 2013, los valores de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen, en virtud de los Artículos 162 de la Ley 100 de 1993, Artículo 2º del Decreto 4107 de 2011, modificado por el Artículo 2º del Decreto 2562 de 2012, con el fin de garantizar la financiación de todas las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud en todo el territorio Nacional.

A partir de la Resolución 4480 de 2012, al departamento de San Andrés se le reconoce una prima adicional correspondiente a la zona ciudades, situación que no sufre modificaciones en la Resolución 5522 de 2013. Lo anterior como se observa es el reconocimiento inicial de la situación particular de dicho departamento. Las resoluciones determinan las primas adicionales teniendo en cuenta entre otros aspectos las zonas geográficas.

En virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2013, ha analizado y estudiado la situación de dicho departamento en relación con el costo de la prestación de los servicios, con base en la información reportada por los prestadores y aseguradores de dicha entidad territorial.

Es así como la estimación de la Unidad de Pago de Capitación para el departamento de San Andres, se realizó con base en la información presentada por las Entidades Promotoras de Salud -EPS del Régimen Contributivo, realizando el análisis técnico, de completitud y de calidad de la información; así como el análisis actuarial que se realizó para la definición de la UPC vigencia 2014, cuyos resultados se muestran en el "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del nesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2014".

II. Análisis Geográfico

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



El archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina presenta características de ubicación geográfica disimiles al resto de los departamentos que conforman el territorio de la República de Colombia, se encuentra localizado al occidente del mar Caribe a 775 kilómetros (480 millas náuticas) al noroeste de la costa Atlántica del país, situación geográfica que no tiene ninguna otra entidad territorial del país. De igual manera se evidencia, en forma adicional, una alta densidad poblacional: cerca de 2900 personas por Km², Providencia 254. Cabe señalar que el promedio Nacional es de cerca de 41 personas por Km².

Por otra parte, la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud son cerca de 54.5 mil afiliados, los cuales 34 mil se encuentran afiliados al régimen contributivo y el resto al subsidiado.

Por las condiciones de accesibilidad (marítima y aérea), la prestación de los servicios de salud no disponibles en el departamento se dificulta, aspecto que ocasiona costos mayores comparado con el comportamiento nacional, esta problemática se ha evidenciado con mayor importancia en los últimos dos años.

Es preciso mencionar que la Resolución 5522 de 2013 aplica una prima adicional en el valor de reconocimiento en UPC para las ciudades (en la que está incluido el departamento objeto de análisis) ³ y aplica otra prima adicional a los municipios considerados como zona especial por dispersión geográfica (363 municipios).

Sin embargo el departamento de San Andrés no ostenta todas las condiciones para ser catalogados ni dentro de la zona ciudades, ni dentro de la zona especial por dispersión geográfica, debido a que los criterios para catalogar una entidad territorial en esta zona no se limitan a las dificultades de acceso geográfico. El Acceso geográfico es uno de los criterios para que un municipio pueda ser considerado como de zona especial por dispersión geográfica.

Es preciso señalar que como municipios con difícil acceso se consideran aquellos que cuentan única o principalmente con transporte marítimo, fluvial o aéreo por sus características geográficas o por carecer de vías de comunicación terrestre, en los cuales las poblaciones presentan graves dificultades para el acceso a los servicios de salud tanto al interior de sus territorios como frente a otros territorios para la provisión de servicios especializados.

³ Para ampliación y análisis de los resultados de la metodología ver Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013.



Para este criterio se identificaron los territorios en función de la localización de los centros poblados, condiciones de relieve, existencia y características de las vías de comunicación y disponibilidad de transporte, buscando precisar las condiciones de acceso tanto entre como al interior de los municipios. Para lo anterior se tomó la información sobre población y centros poblados del DANE y de vías del Instituto Nacional de Vías (INVIAS), georreferenciada por SISPRO.

Como se observa a pesar de que el departamento de San Andres podría ser considerado como de difícil acceso los criterios no aplican en virtud de la población y de los centros poblados.

En conclusión el departamento de San Andrés por su condición geográfica única en el territorio nacional, por ser zona concentrada poblacionalmente y ostentar dificultades de acceso geográfico requiere ser considerada como una zona especial por ubicación geográfica alejada del continente.

III. Morbilidad Atendida

A. Fuentes de Información

Para el análisis de la morbilidad atendida, la fuente de información tomada es la base de prestación de servicios de salud reportada por las Aseguradoras para el año 2012 y conformada por los registros aprobados por cumplimiento de las calidades establecidas para la validación técnica. La información del Régimen Contributivo para esta región representa el 57% de la población afiliada según BDUA con corte a diciembre de 2012. La información del Régimen Subsidiado no aprobó las calidades establecidas para la validación técnica.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con base en los registros identificados con código CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud), teniendo en cuenta el número de prestaciones reportadas y los costos asociados. Se excluyeron del análisis, los registros relacionados con medicamentos por no tener diagnóstico relacionado, lentes y monturas por ser códigos creados para el reporte de información pero sin relación con un diagnóstico específico, insumos por estar ya incluidos en un código CUPS, servicios de atención farmacéutica para evitar distorsión frente al reporte del diagnóstico y actividades específicas para la población indígena, porque su reporte solo es válido para EPS indígenas.

El ordenamiento de las causas de morbilidad se basó en la cantidad de procedimientos y servicios reportados, agregándolos por capítulo CIE - 10 y analizado su contenido en categorías, subcategorías y diagnósticos específicos.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



Dado que la base de prestación de servicios registra los procedimientos realizados a los afiliados, los análisis pueden subestimar en algún grado la morbilidad, al no tener en cuenta la no registrada, la no atendida, la no consultante o la no sentida.⁴

No obstante, con este análisis se pueden valorar las principales causas de atención en salud en el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y los riesgos de la población que conllevan a la probabilidad de ocurrencia de ciertos eventos en salud, con el fin de soportar el cálculo de la UPC diferencial por zona alejada del continente.

B. Análisis General de la Morbilidad Atendida

En relación con los diagnósticos y el estado de salud de la población del departamento de San Andrés reportada por las aseguradoras del Régimen Contributivo, las diez primeras causas de atención concentran el 92.56 % de la morbilidad general.

La demanda de servicios reportada está concentrada en un **70,25%** en las dos primeras causas, que son en su orden *síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte y factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*. Dichas causas corresponden a capítulos del CIE-10 que agrupan diagnósticos relacionados con problemas o eventos de salud que no corresponden necesariamente a diagnósticos formales o afecciones existentes sino a otras clasificaciones de discapacidades, procedimientos médicos y quirúrgicos o razones para el contacto con los prestadores y que caracterizan la demanda de servicios y el estado de salud de la población.

Aunque las dos causas mencionadas en el párrafo anterior ocupan igualmente los primeros lugares en la morbilidad nacional, el departamento de San Andrés presenta una diferencia significativa por cuanto excede en 23.6 puntos porcentuales al consolidado del país, a expensas de un incremento marcado en el reporte de *síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte*, que ubica este grupo de diagnósticos en el primer lugar de las causas de atención (57.54%) y que a su vez está representado en un 90% por el diagnóstico: causas de morbilidad desconocidas y no especificadas.

De igual manera, los diagnósticos del capítulo CIE-10 *factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud*, que a nivel de país ocupan

⁴ Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. ANALISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007. Tomo III. Morbilidad y Mortalidad de la Población Colombiana. Diciembre 2010.



el primer lugar de las causas de atención (32.21%), pasan a ser la segunda gran causa de morbilidad atendida en dicho Archipiélago (12.70%) e incorpora principalmente diagnósticos relacionados con causas de contacto de las personas con los servicios de salud para investigación, exámenes, procedimientos específicos, cuidados de salud, asesorías y otros.

Con respecto a las causas de atención relacionadas con problemas específicos de salud, el *sistema circulatorio* ocupa el tercer lugar de la morbilidad del Archipiélago (**4.36 %** de los registros de la base), con un comportamiento por categorías diagnósticas que privilegia las enfermedades hipertensivas en un 61% donde casi la totalidad corresponde a Hipertensión Esencial (primaria); la proporción restante, se distribuye principalmente en otras formas de enfermedad del corazón a expensas de diagnósticos como Cardiomiopatía, Insuficiencia Cardíaca y otras arritmias cardíacas y en enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Estos hallazgos son importantes, toda vez que al compararlos con el consolidado de la morbilidad atendida nacional, sugieren la presencia más temprana de enfermedades crónicas en la población.

Las enfermedades del *sistema genitourinario* ocupan el cuarto lugar de la morbilidad (**3.38 %** de los registros de la base) a diferencia del perfil nacional en donde ocupan el séptimo lugar. Aunque se observan similitudes en los diagnósticos principalmente reportados, sobresale una mayor proporción de Litiasis Urinaria.

Por su parte, las *enfermedades del ojo y sus anexos* se ubican en el sexto lugar en la morbilidad atendida del Archipiélago (**2.81 %** de los registros de la base) y presentan una marcada diferencia respecto al consolidado nacional, en donde ni siquiera alcanzan a quedar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad atendida. Los diagnósticos principalmente relacionados tienen que ver con enfermedades como alteraciones de la visión y ceguera predominantemente, trastornos de la acomodación y de la refracción, trastornos del cristalino y de la conjuntiva, al igual que en el consolidado nacional aunque con diferencias en su ordenamiento.

Con respecto a las *enfermedades del sistema digestivo*, que en el consolidado nacional corresponden a la tercera gran causa de morbilidad atendida a expensas principalmente de las enfermedades de la cavidad bucal como Caries Dental, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, ocupan el séptimo lugar (**2.68 %** de los registros de la base) con un marcado menor peso porcentual de los diagnósticos mencionados

y mayor peso en otros, como Gastritis, Reflujo Gastroesofágico, Dispepsia y trastornos de la vesícula.

Finalmente, se resaltan las *enfermedades endocrinas* (2.39 % de los registros de la base), que si bien ocupan el mismo octavo lugar de las causas de atención que en el consolidado de la morbilidad atendida nacional, muestran una mayor proporción de diagnósticos de la categoría Diabetes Mellitus.

El comportamiento de la distribución por género es igual al observado en el consolidado nacional, predominando el género femenino en todos los grupos de causas de morbilidad atendida y conformando de igual manera el 42% de las prestaciones en salud con respecto al género masculino; en el grupo de causas de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, predomina el género masculino en una relación hombre-mujer de 1,3:1 y en el grupo de enfermedades respiratorias, la relación es 1:1.

Tabla 1. Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida. Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Año 2012

CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	75.609	58,00%	42.442	56,75%	118.051	57,54%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	16.810	12,89%	9.250	12,37%	26.060	12,70%
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	5.044	3,87%	3.907	5,22%	8.951	4,36%
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-	4.586	3,52%	2.348	3,14%	6.934	3,38%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	4.005	3,07%	1.970	2,63%	5.975	2,91%
Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	3.655	2,80%	2.119	2,83%	5.774	2,81%
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	3.446	2,64%	2.050	2,74%	5.496	2,68%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	3.280	2,52%	1.615	2,16%	4.895	2,39%
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1.933	1,48%	1.988	2,66%	3.921	1,91%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1.649	1,26%	2.189	2,93%	3.838	1,87%
Resto	10.347	7,94%	4.907	6,56%	15.254	7,44%
TOTAL	130.364		74.785		205.149	

92,56%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

C. Análisis de la Morbilidad Atendida por Grupos Etarios de Riesgo

Los hallazgos relevantes dentro del análisis de la morbilidad atendida por grupos de edad, se presentan a continuación:

1. Grupo de Riesgo: Menor de 1 año

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



En este grupo de riesgo se observa mayor relevancia en las enfermedades respiratorias constituyéndose en la tercera causa de morbilidad atendida en el departamento, principalmente por afecciones agudas e infecciosas tipo Bronquitis, Bronquiolitis, Neumonías e Influenza y otras agudas de las vías respiratorias superiores, representadas en su mayoría por Rinofaringitis Aguda [Resfriado Común].

2. Grupo de Riesgo: De 1 a 4 años

En este grupo de edad es de resaltar que a diferencia del perfil nacional, las patologías de la cavidad bucal como son Caries Dental, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, presentan un peso porcentual marcadamente menor dentro del grupo de diagnósticos del sistema digestivo (26,01% Vs. 79,56%), registrándose con mayor frecuencia la Hemorragia Gastrointestinal no especificada, Hernias principalmente la Umbilical y otros trastornos funcionales del intestino.

3. Grupo de Riesgo: De 5 a 14 años

El perfil de morbilidad atendida en este grupo presenta un comportamiento similar al nacional pero de igual manera que el anterior, con una menor proporción de diagnósticos relacionados con Caries Dental, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, tanto en hombres como en mujeres. Así mismo, se registran las enfermedades del ojo y sus anexos en el quinto lugar de causas de atención, a expensas de Alteraciones de la Visión y Trastornos de la acomodación y de la refracción, principalmente, en contraposición con el nivel nacional en donde las mismas enfermedades ocupan el puesto décimo primero de las causas de morbilidad atendida.

4. Grupo de Riesgo: Entre 15 y 44 años

El perfil de morbilidad atendida tiene un comportamiento similar al consolidado del país pero con mayor peso porcentual en los diagnósticos relacionados con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa en el grupo de hombres y menor proporción de diagnósticos relacionados con Caries Dental, Gingivitis y Enfermedad Periodontal, en hombres y mujeres.

5. Grupos de Riesgo: Entre 45 y 54 años

En este grupo se presenta una mayor relevancia de diagnósticos de enfermedades genitourinarias como Infecciones de Vías Urinarias, Insuficiencia Renal, Trastornos de los Genitales Femeninos y Litiasis Urinaria y de enfermedades circulatorias como las Enfermedades Hipertensivas, Isquémicas Crónicas, Cardiomiopatías y Trastornos del Ritmo Cardíaco, que muestran la

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C



presencia más temprana de enfermedades crónicas respecto al perfil de morbilidad atendida nacional; también se observa como en los otros grupos etarios, una menor proporción de enfermedades relacionadas con el sistema digestivo. En el grupo de 50 a 54 años son más notorias las enfermedades oculares como alteraciones de la visión, trastornos de los músculos oculares, de la conjuntiva y del cristalino.

6. Grupo de Riesgo: entre 55 y 59 años

Lo relevante para este grupo etario es el incremento de las enfermedades endocrinas y dentro de ellas, la obesidad tiene más representación que en el nivel nacional. Adicionalmente, se observa un mayor peso porcentual de enfermedades del ojo, a expensas principalmente de Cataratas.

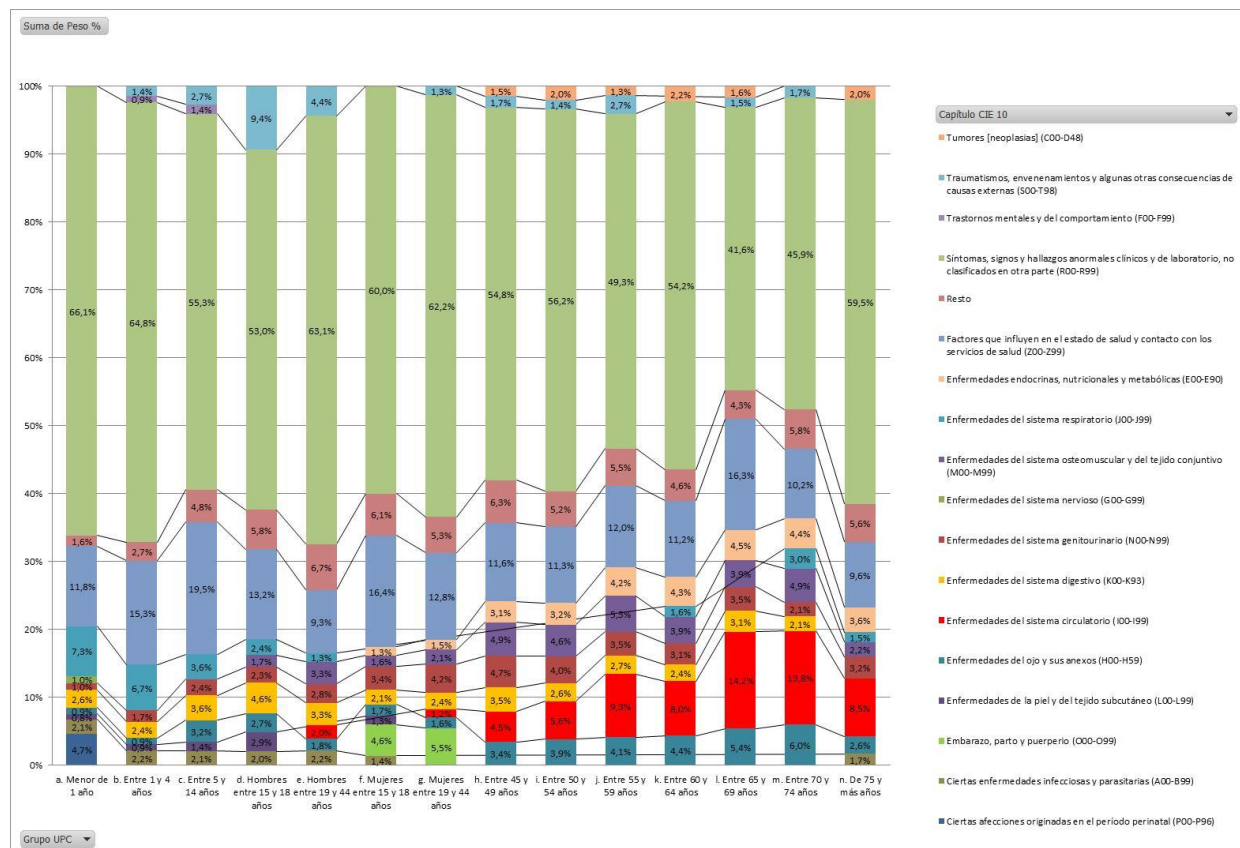
7. Grupos de Riesgo: entre 60 y 69 años

Los grupos de riesgo entre 60 y 64 años y 65 y 69 años, registran un comportamiento similar al consolidado de la morbilidad atendida nacional, pero con incremento en la relevancia de las enfermedades del ojo, principalmente Cataratas, trastornos de la acomodación y de la refracción y alteraciones de la visión. De igual manera, hay presencia de diagnósticos relacionados con enfermedad cerebro vascular.

8. Grupos de Riesgo: entre 70 y 74 años y 75 y más

En estos grupos sobresale el hecho que el peso porcentual de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas es menor al reportado por los mismos grupos etarios en el perfil nacional de la morbilidad atendida, pero con una mayor concentración de diagnósticos del grupo de Diabetes Mellitus. De igual manera, incrementan los diagnósticos relacionados con las enfermedades del ojo y sus anexos, correspondiendo la mitad de los casos a Cataratas.

Gráfico 1 Distribución porcentual total de las 10 primeras causas de morbilidad atendida por grupo de riesgo UPC, Año 2012. Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras, Año 2012. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

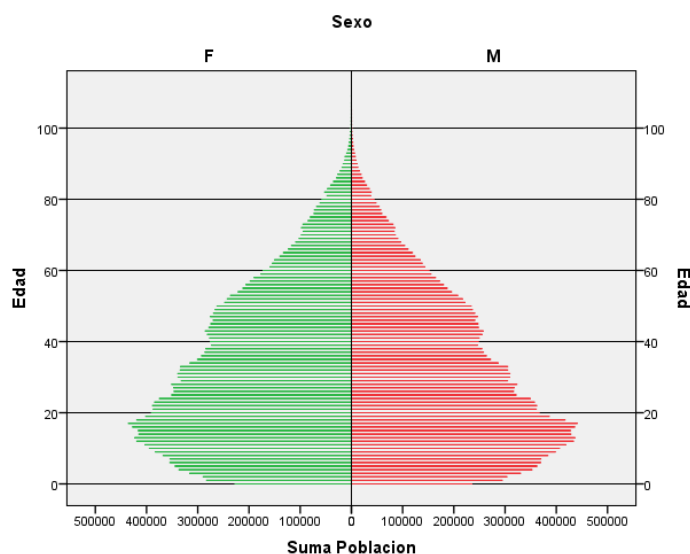
En conclusión si bien el perfil de morbilidad atendida del departamento de San Andrés guarda alguna similitud con el perfil nacional, se encuentran diferencias relacionadas con la aparición temprana de enfermedades crónicas del sistema circulatorio, endocrino, nutricional, metabólico y del ojo y sus anexos, aspecto que tiene consecuencias sobre los costos de la atención.

Lo anterior podría sugerir que se requiere fortalecer un modelo de atención orientado a la promoción de estilos de vida saludable y prevención de riesgos que retarde la aparición y progresión de los eventos citados.

IV. Descripción demográfica Archipiélago de San Andrés

Colombia en la actualidad posee una estructura poblacional conforme a la BDUA mayo 2013, en la que, el 51.5% de la población Colombia es mujer y el 48.5% son hombres. (Ver gráfico 2)

Gráfico 2 Pirámide poblacional Nacional



Fuente: BDUA Mayo 2013

Al analizar la distribución por edades, el 25.6% de los colombianos son menores de 15 años, de los cuales el 12.6% son mujeres y el restante son hombres, adicionalmente, el 47% de la población se encuentra en edades de 15 a 44 años donde el 24.3% son mujeres y 22.6% hombres.

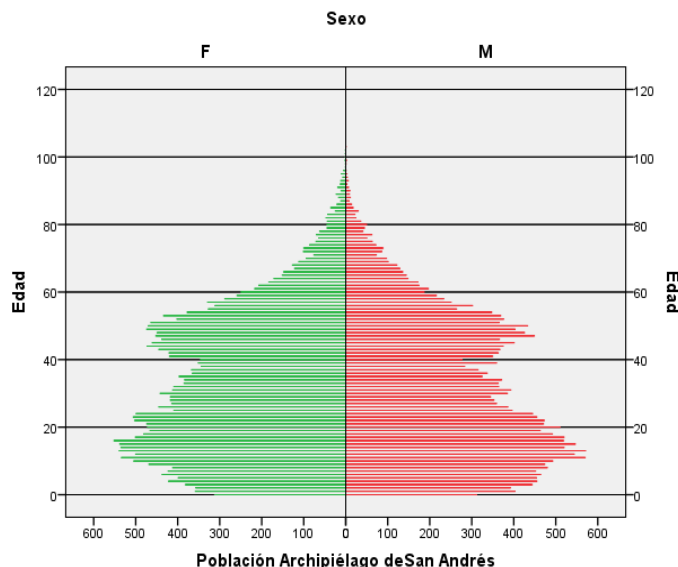
Así mismo, el 15.87% se encuentran en edades de 45 a 60 entre los cuales las mujeres son el 8.4% y los hombres un punto porcentual menor, entre los 60 a 75 años es de 8.17% de los cuales 4.3% son mujeres y el restantes son hombres. Finalmente, en edades mayores a 75 años se encuentra el 3.39% de la población donde el 1.9% pertenece a las mujeres y 1.5% a los hombres.

En cuanto al departamento de San Andrés conforme a la Base de datos única de afiliados BDUA mayo 2013, se observa una estructura población en la que un 51.6% corresponde al género femenino y el 48.4% al masculino es decir que una similitud con la estructura poblacional nacional. (Ver gráfico 3)

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co

Gráfico 3 Pirámide Poblacional Archipiélago de San Andres



Fuente: BDUA Mayo 2013

En la población de menores de 15 años el archipiélago muestra una distribución poblacional del 24.7% de los cuales el 12% pertenece al género femenino y 12.7% al masculino, adicionalmente, en edades 15 a 44 años, el porcentaje es de 45.4% de los cuales mujeres son 23.7% y hombres 21.7%.

Análogamente, en edades de 45 a 60 años poseen una contribución del 20.2% de los cuales 10.8% son mujeres y 9.4% son hombres, entre 60 y 75 años el porcentaje es de 7.39% perteneciente al 3.9% de mujeres el restante 3.5% hombres, finalmente, en edades de más de 75 años la población asciende a 2.23% de estos 1.3% son mujeres y 1% son hombres.

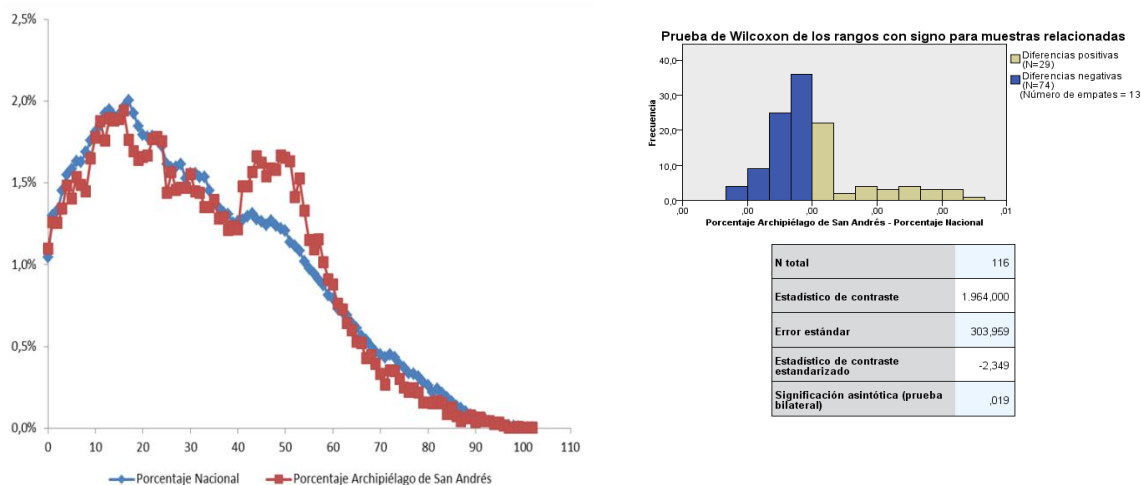
Sin embargo a pesar que en términos relativos las poblaciones Nacionales y del departamento de San Andrés parecen similares, se puede observar inicialmente que las estructuras poblaciones son diferentes (ver graficas 2 y 3).

Para comprobar lo anterior se optó realizar una prueba pareada no paramétrica de Wilcoxon de los rangos con signo, donde el objetivo es determinar las diferencias entre las edades simples y verificar si dichas poblaciones poseen una distribución similar, en otras palabras si existe una simetría entre las pirámides.

Bajo esta hipótesis, la prueba arrojó un p-valor de 0.019 lo cual concluye que no existe evidencia suficiente para indicar que las pirámides poblacionales (Nacional

y departamental) poseen una distribución similar para el género femenino y masculino. Ver gráficos 4 y 5.

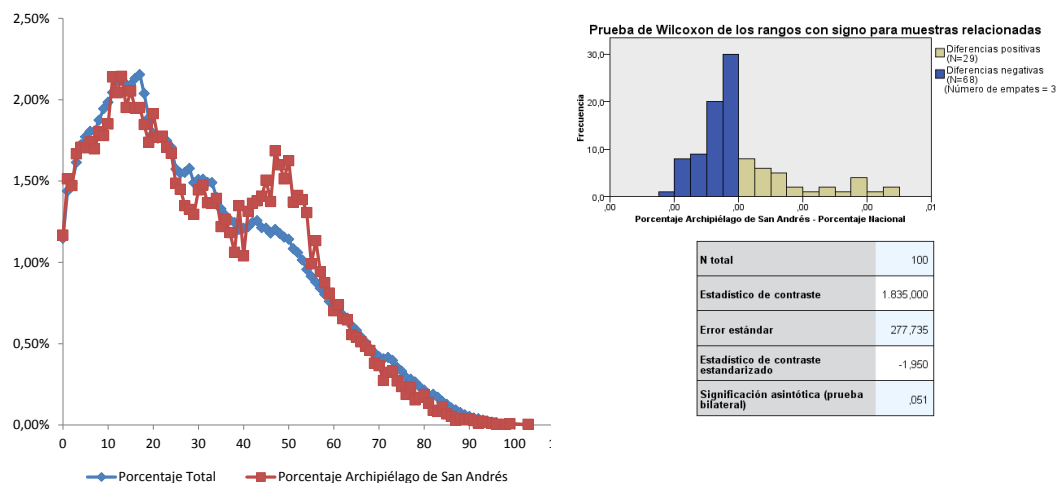
Gráfico 4 Comparación de pirámides poblacionales, femenino



Fuente: Elaboraciones propias de los autores BDUA mayo 2013

Gráfico 5 Comparación de pirámides poblacionales, masculino⁵

Son Significativamente diferentes, masculino



Fuente: BDUA mayo 2013

⁵ Cabe señalar que al realizar la prueba con siete decimales el valor p de la prueba es 0.0361, aspecto que modifica la conclusión.

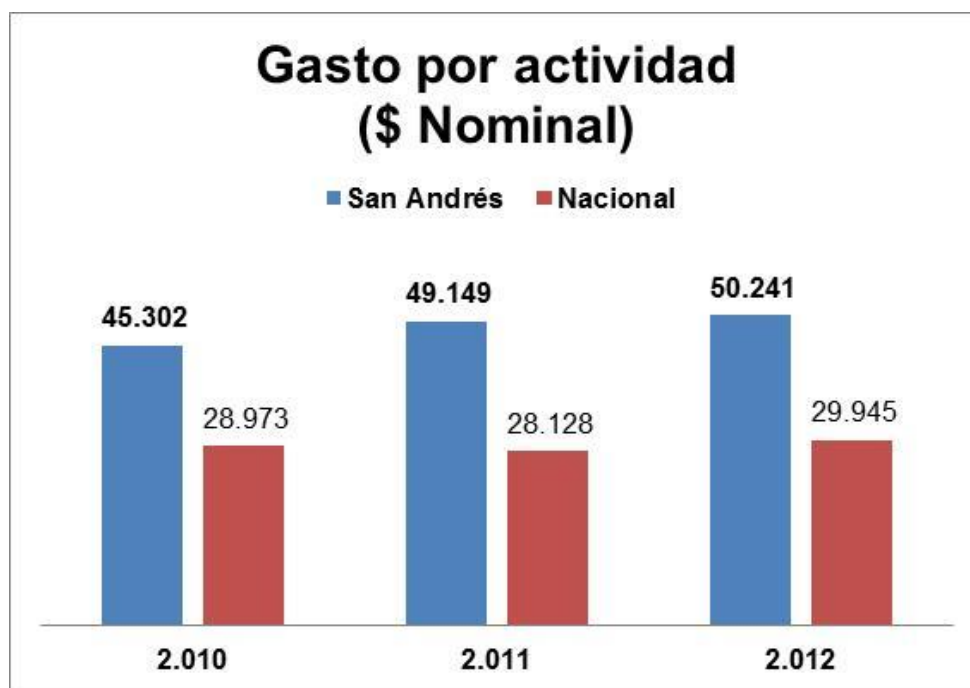
V. Análisis del gasto e ingreso del departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina

A. Proyección del Gasto

La población asegurada en el departamento de San Andrés se encuentra en dos EPS del Régimen Contributivo y una del Régimen Subsidiado, las dos EPS del Régimen Contributivo afilian al 57% de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo esto en cuenta y que la información de estas EPS fue reportada para el *“Estudio de Suficiencia y Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para Garantizar el Plan Obligatorio de Salud del año 2014”*, y que dicha información presentó un porcentaje de cobertura y valor superior al 90%, se partió de esta información para analizar el comportamiento del gasto en la isla.

El gasto por actividad (registro) reportado por las aseguradoras del régimen contributivo para el departamento de San Andrés, ha venido mostrando una tendencia creciente entre el periodo comprendido entre 2010 y 2012. Ver gráfico 6.

Gráfico 6 Gasto por actividad San Andres vs Nacional



Fuente: Bases Suficiencia 2010 a 2012. Cálculos SCByT - DRBCyT

Esta evidencia demuestra que es necesario avanzar en la determinación de un tratamiento diferencial para el departamento. Por ello a continuación se procede a estimar el gasto en servicios médicos que tendría dicho departamento en el año

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



2014, el método utilizado para realizar dicha proyección se basa en los siguientes supuestos:

1. Ajuste de tarifas: Las tarifas se establecen teniendo como referencia el tarifario SOAT 2014 para los procedimientos, en esta apartado se simuló cuatro escenarios:
 - ✓ Escenario 1. Se estiman los valores de los procedimientos al tarifario SOAT 2014, sin aplicar criterio normativo y sin tener en cuenta el valor reportado superior en la base de servicios. Dando como resultado una variación del 3.7% adicional.
 - ✓ Escenario 2. Se determina el costo de los procedimientos tomando el mayor valor entre el valor de los procedimientos al tarifario SOAT 2014, sin aplicar criterio normativo y el valor reportado en la base de datos de 2012. Dando como resultado una variación del 20.4% adicional.
 - ✓ Escenario 3. Se determina el costo de los procedimientos tomando el mayor valor entre el valor de los procedimientos al tarifario SOAT 2014, aplicando criterio normativo mínimo y el valor reportado en la base de datos de 2012. Dando como resultado una variación del 28.8% adicional.
 - ✓ Escenario 4. Se realiza un promedio de los porcentajes hallados en los tres (3) escenarios anteriores, y se aplica sobre el gasto total de la vigencia 2012, lo anterior con el fin de tomar un ajuste medio en virtud de que existen procedimientos con datos menores al tarifario. Dando como resultado una variación del 17.63% adicional.

Tal como se ha mencionado la elaboración de los escenarios se realizó solo para los procedimientos que tienen un referente tarifario, para los medicamentos no fue posible aplicar una tarifa.

2. Ajuste por IBNR: Para que una atención médica se convierta efectivamente en una obligación cancelada, es necesario llevar a cabo una serie de etapas las cuales pueden variar dependiendo de los procesos internos al interior de cada EPS.

Así, cuando un paciente ingresa a una IPS, se inicia un proceso de autorización para llevar a cabo una serie de procedimientos que una vez surtan efecto, llevará a que se practiquen los procedimientos requeridos. Si indagáramos a la EPS en ese momento sobre el monto incurrido por esta obligación, probablemente no tendría certeza ni de los procedimientos ni de los costos asociados y en algunos casos en sus

registros de bases de datos no se habrá reportado la ocurrencia de este evento.

Una vez terminada la atención al paciente y a través de los convenios establecidos entre IPS y EPS, las primeras reportan y cobran a las segundas quienes a su vez validan los costos que se les reportan y ajustan las obligaciones que deben ser canceladas. Este proceso lleva a que el monto y el número de las atenciones para un mismo periodo varíen en función del momento en el que se ha recolectado esta información. El proceso requerido para estimar el verdadero monto y número de las reclamaciones pasa por la estimación de la pérdida última y el cálculo de los montos incurridos y no reportados o no completamente bien estimados conocidos actuarialmente como las reservas de IBNR e IBNER, siglas en inglés de incurred but not reported e incurred but not enough reserve, respectivamente. Para que el valor esperado estimado resulte adecuado, es necesario hacer una corrección por efecto del IBNR e IBNER referidos a atenciones incurridas pero no perfectamente reportadas o reservadas. Es una práctica común no estimar por aparte los ajustes de IBNR e IBNER y en cambio ajustar como un total ambos efectos dentro de la figura del IBNR. En el análisis estándar del IBNR, las metodologías más robustas se basan en la construcción de triángulos de desarrollo, en los cuales se presenta la evolución del total de atenciones ocurridas por cada periodo y su monto incurrido dependiendo del tiempo transcurrido desde su fecha de ocurrencia. Estos triángulos se emplean como base para la estimación de la evolución de los montos incurridos en el tiempo y hacer los ajustes requeridos.⁶

Teniendo esto en cuenta y debido a que no se cuenta con información actualizada se tomó como referencia el IBNR estimado de manera general el cual es del (2,65%)

3. Trending por frecuencias: Para adelantar este análisis, se emplea, el registro histórico mensual por grupo homogéneo de riesgo de los procedimientos con exposición completa en el periodo de análisis (Enero de 2007 a Diciembre de 2012). Para limpiar el efecto de la inflación, la serie de tiempo de costo por expuesto es deflactada por el IPC y llevada a precios de octubre de 2013.⁷

⁶ Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el Año 2014

⁷ Ídem



Este ajuste es del 4.5% para el año 2014 y corresponde al régimen contributivo.

4. Ajuste inflacionario: Teniendo en cuenta que la inflación representa el costo de vida de la población colombiana, y considerando que año tras año la UPC debe reconocer como mínimo este incremento en las negociación entre las EPS e IPS, se reconoce el ajuste por esta variable macroeconómica, reconociendo la inflación de diciembre de 2013 (1.93%) y la proyección hecha por el banco de la republica que se ubica en el 3%.

B. Proyección del Ingreso

Para proyectar el ingreso, se tuvieron en cuenta la unidad de pago por capitación por grupo etario descontando el porcentaje de gastos de administración (10%), el valor per cápita de promoción y prevención, copagos, cuotas moderadoras y los ingresos percibidos por la distribución de recursos que realiza la Cuenta de Alto Costo para este departamento descontando los gastos de administración (2%).

Para el año 2014 se estableció la Unidad de Pago por Capitación de ambos regímenes a través de la Resolución 5522 de 2013, en la misma se definió que para el departamento de San Andrés se reconocería una prima adicional del 9.86% para el Régimen Contributivo y de 15% para el Régimen Subsidiado correspondiente a ciudades.

Por lo tanto los ingresos se estimaron teniendo en cuenta la estructura de costo presentada en la precitada resolución, así como el valor que se reconoce por cada afiliado para que las aseguradoras lleven a cabo los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Ahora bien debido a que el departamento de San Andrés por su ubicación geográfica y características particulares de población, no puede ser considerada dentro de la zona de ciudades o como zona especial por dispersión geográfica, es necesario establecer una nueva zona para la estimación de la unidad de pago por capitación la cual se denominara zona especial por ubicación geográfica alejada del continente, bajo esa consideración la UPC base para el incremento es la estimada para los municipios de zona normal

Los copagos y cuotas moderadoras se estimaron a partir de los estados financieros en los cuales se evidencia que estos dos rubros representan el 3.7% de los ingresos recibidos por UPC.

Los ingresos por alto costo se estimaron a partir de la información suministrada por la Cuenta de Alto Costo, que es el fondo interés que se encarga de recopilar, auditar y validar la información referente a los pacientes con terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplantes) en estadio 5 de la Enfermedad Renal Crónica, realizando la consulta para los pacientes que se encuentran en el departamento de San Andrés.

VI. Resultados

Por lo expuesto anteriormente, se obtiene el gasto proyectado para el año 2014 de los servicios prestados a los afiliados al régimen contributivo del departamento de San Andrés, como se evidencia en la tabla 2

Tabla 2 Gasto proyectado 2014

Gasto 2012 Base de suficiencia, 2012*	19.952.877.812
Gasto Proyectado a 2014, Incluye todos los supuestos	
Escenario 4 - 17,63%	26.434.761.172

* No incluye IBNR, Inflación, Frecuencias, Ajuste SOAT. Incluye Nuevas Tecnologías

Fuente: Base Suficiencia 2012. Cálculos SCByT - DRBCyT

La proyección de los ingresos partiendo de la UPC que se reconoce para Zona Normal en la Resolución 5522 de 2013, se pueden observar en la Tabla 3.

Tabla 3 Ingreso proyectado 2014 UPC

INGRESOS PROYECTADOS 2014	19.173.469.332
UPC sin gastos administrativos	17.678.850.354
PYP	660.167.305,20
Alto Costo	180.334.209,88
Cuotas Moderadoras y Copagos	654.117.463,09

Fuente: Cálculos SCByT – DRBCyT – Resolución 5522 de 2012

VII. Propuestas de incremento

Debido a lo arriba descrito en este documento en relación con la localización geográfica, el perfil de morbilidad atendida, a la tendencia del costo y a la necesidad de disponer una prima que permita potenciar y mejorar el acceso a los

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -
www.minsalud.gov.co



servicios de salud del departamento se propone adoptar el escenario número 4, reconociendo al departamento como zona especial por ubicación geográfica alejada del continente y determinado el incremento a partir de la prima normal, Ver tabla 5.

Tabla 4 Propuesta UPC

	UPC	Incremento
UPC base zona normal	593.978,40	
Proyección UPC zona normal %	819.097,20	37,9%

Fuente: Base Suficiencia 2012. Cálculos SCByT – DRBCyT- Resolución 5522 de 2013

VIII. Recomendaciones

1. Declarar al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina como zona especial por ubicación geográfica alejada del continente, dadas sus connotaciones especiales en cuanto a perfil epidemiológico (morbilidad atendida), oferta y vías, medios de acceso a los servicios de salud y Población.
2. Teniendo en cuenta que el Departamento Archipiélago de San Andres, Providencia y Santa Catalina es una nueva zona de estimación dentro de la UPC se recomienda para la vigencia de 2014 establecer la UPC del Régimen Contributivo, en 819.097,20, y para el Régimen Subsidiado en 732.783,60. Con sus correspondientes ponderadores por grupos etarios.
3. Explorar en próximas vigencias unificar la operación del aseguramiento para el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.
4. Solicitar a las EPS el reporte de la información que permita determinar, en el presente año, las frecuencias y precios de las atenciones prestadas de conformidad con los requerimientos del Ministerio de Salud y Protección Social.
5. Solicitar al Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina la transformación de recursos de subsidio de oferta a subsidio de demanda, e incluir esto en los planes financieros.



Bibliografía

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en al año 2014. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 4480 de 2013. Bogotá

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 5522 de 2013. Bogotá

www.dane.gov.co