https://doi.org/10.56085/isss.540

# Clasificación única de procedimientos en salud

## Unique Classification of Health Procedures

## Classificação Única de Procedimentos de Saúde

Carlos Andrés Rincón-Córdoba[1]


## Resumen

***Objetivo:*** Presentar la experiencia del levantamiento de costos y de la valoración de procedimientos o de paquetes quirúrgicos para evaluar el impacto de los costos de estructura, de servicios y de apoyo sobre el costo final de empresas sociales del Estado (ESE) en Bogotá, mediante un sistema integral de costos en salud. ***Método:*** Se realizó el levantamiento de costos con los profesionales responsables de los procesos y con los encargados de costos de las ESE y de la Secretaría Distrital de Salud. Se tomaron los costos de 2011 y 2012 de las ESE de Bogotá, como fuente de información primaria. Esta información estaba estructurada por grupos de procesos (consultas externas, emergencias y cirugía), que no permitían identificar los procedimientos específicos para cada proceso. Por lo tanto, se ajustó la "matriz de costos", al reagrupar las unidades de negocio por proceso, definir los procedimientos que corresponden a cada uno de ellos y especificar los códigos CUPS que los caracterizan. También, se definieron cuatro distribuciones. En la primera se identificaron los costos directos; en la segunda, la carga que representa los costos de estructura (administrativos); en la tercera, los costos de servicios (apoyo al cliente, apoyo logístico y apoyo documental); y en la cuarta, los intermedios (apoyo Dx, apoyo terapéutico y apoyo médico). A la cuarta distribución se le agregó la producción por CUPS para cada centro de costo. Adicionalmente, se estructuraron las matrices necesarias que soportan la valoración de procedimientos y paquetes que se levantaron. ***Resultados:*** Definición e implementación de una matriz estructurada por clase de unidad de negocios: costos finales, intermedios, servicios y estructura e identificación de los costos promedio por procedimiento, por centro de costo y por unidad de negocio. Levantamiento de 341 procedimientos o paquetes valorados en las especialidades de ginecología, ginecoobstetricia, ortopedia, gastroenterología, cirugía general, entre otras. ***Conclusiones:*** Construcción de una matriz para la identificación de los costos por tipo de unidad de negocio, y por unidad de negocio. Definición y organización de una matriz para la valoración de costos directos e indirectos de procedimientos. Estructuración de una matriz para la valoración de procedimientos o paquetes quirúrgicos validados por expertos o mesas de expertos.


***Palabras clave:*** costo, valoración, distribución de costos, códigos únicos de procedimientos en salud.

---

[1] Enfermero, especialista en Gerencia de Servicios de Salud, especialista en Seguridad Social con experiencia en administración de salud, en cargos como jefe de grupo, profesional especializado, jefe de área, profesional, auditor ISO. El autor manifiesta que no tiene conflictos de intereses en el desarrollo de este trabajo.

# Abstract

***Objective:*** Present the experience of cost lifting and assessment of procedures or surgical packages to evaluate the impact of structure, services and support costs on the final cost of State Social Enterprises (ESE) in Bogotá through a System Integral Health Costs. Method: The costs were built with the professionals responsible for the processes and with the cost managers of the ESE and the Secretaría Distrital de Salud. The costs of the years 2011 and 2012 of the ESE of Bogotá were taken as a source of primary information. This information was structured by groups of processes (External Consultations, Emergencies and Surgery) that did not allow to identify the specific procedures for each process. Therefore, the "cost matrix" was adjusted, regrouping the business units by processes and defining the procedures that correspond to each of them and specifying the CUPS codes that characterize them. Also, four distributions were defined. In the first, direct costs were identified; in the second, the burden that represents the (administrative staff) structure costs; in the third, the costs of services (customer support, logistical support and documentary support); and in the fourth, the intermediate ones (Dx support, therapeutic and medical support). The production by CUPS for each Cost Center was added to the fourth distribution. Additionally, the necessary matrices that support the valuation of procedures and packages that were built were structured. ***Results:*** Definition and implementation of a structured matrix by business unit class: final costs, intermediate costs, services and structure and identification of the average costs per procedure, per cost center and per business unit. Lifting of 341 procedures or packages valued in the specialties gynecology, gynecology-obstetrics, orthopedics, gastroenterology, general surgery among others. ***Conclusions:*** Construction of a matrix for the identification of costs by type of business unit and by business unit. Definition and organization of a matrix for the assessment of direct and indirect costs of procedures. Construction of a matrix for the valuation of procedures or surgical packages validated by experts or expert tables.


***Keywords:*** cost, valuation, distribution of costs, unique codes of health procedures.


# Resumo

***Objetivo:*** Apresentar a experiência da pesquisa de custos e a avaliação de procedimentos ou pacotes cirúrgicos para avaliar o impacto dos custos de estrutura, serviço e suporte no custo final das Empresas Sociais do Estado (ESE) em Bogotá, por meio de Sistema Abrangente de Custos de Saúde. ***Método:*** Os custos foram levantados com os profissionais responsáveis pelos processos e com os responsáveis pelos custos do ESE e do Departamento Distrital de Saúde. Os custos dois anos 2011 e 2012 do ESE de Bogotá foram tomados como uma fonte de informação primária. Essas informações foram estruturadas por grupos de processos (consultas externas, emergências e cirurgia) que não permitiram identificar os procedimentos específicos para cada processo. Portanto, a "matriz de custo" foi ajustada, reagrupando as unidades de negócio por processo e definindo os procedimentos que correspondem a cada um deles e especificando os códigos do CUPS que os caracterizam. Além disso, quatro distribuições foram definidas. No primeiro, os custos diretos foram identificados; no segundo, o ônus que representa os custos da estrutura (administrativa); no terceiro, os custos dos serviços (suporte ao cliente, suporte logístico e suporte documental); e no quarto, os intermediários (suporte Dx, suporte terapêutico e suporte médico). A produção por CUPS para cada centro de custo foi adicionada à quarta distribuição. Adicionalmente, as matrizes necessárias que suportam a avaliação de procedimentos e pacotes que foram levantados foram estruturadas. ***Resultados:*** Definição e implementação de uma matriz estruturada por classe de negócio: custos finais, intermediários, de serviços e estrutura e identificação dos custos médios por procedimento, por centro de custo e por unidade de negócio. Levantamento de 341 procedimentos ou pacotes valorizados nas especialidades ginecologia, ginecologia-obstetrícia, ortopedia, gastroenterologia, cirurgia geral entre outros. ***Conclusions:*** Construcción de una matriz para a identificação dos custos por tipo de unidade de negócio, e por unidade de negocio. Definição e organização de uma matriz para a valorização de custos diretos e indiretos de procedimentos. Estruturação de uma matriz para a valorização dos procedimentos cirúrgicos validados por especialistas ou mesas de especialistas.


***Palavras-chave:*** custo, avaliação, distribuição de custos, códigos únicos de procedimentos de saúde.

## Planteamiento del problema

La Secretaría Distrital de Salud no cuenta con un sistema de costos que permita identificar los costos promedio de los procedimientos en salud. Para dar respuesta a lo expresado en el documento "Clasificación única de procedimientos en salud", del Ministerio de Salud (1), el cual plantea que "todas las operaciones financieras del sector salud y los servicios prestados se efectúen bajo estándares de calidad y justicia", el Ministerio definió la forma de unificar la codificación y los procesos que permitan optimizar la facturación, y propicien las condiciones de negociación tendientes a disminuir conflictos entre las partes. Con el diseño de la presente matriz se pretende aportar elementos que permitan la implementación de los CUPS en las ESE de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud. Este ejercicio para la implementación de los CUPS fue participativo; en él interactuaron las gerencias, subgerencias, especialistas y otros profesionales de las áreas de la salud, administrativa, sistemas, facturación, y los referentes de costos.

Para la estructuración del documento fue necesaria la revisión de diferentes textos (2), documentos y normatividad vigente que soportan la revisión de la información que se presenta, y que se va referenciando a través del texto. En este ejercicio se determinaron algunos aspectos relevantes, como la estructura de los CUPS con base en la lista tabular; así mismo, se soporta la importancia de la utilización de estos.

Se definen los criterios para la priorización de áreas, por su costo y/o por la demanda, los cuales representan valores significativos que ameritan su análisis para 2011 y 2012; también se tuvo en cuenta la productividad por tipo, ejemplo de ello son los casos de cirugía.

## Desarrollo de la experiencia

### Clasificación única de procedimientos en salud (CUPS)

El documento de los CUPS consta de tres secciones, que conservan la separación de los procedimientos quirúrgicos de los no quirúrgicos, como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Clasificación única de procedimientos en salud**

| | |
|---|---|
| Sección 00 | Procedimientos e intervenciones quirúrgicos |
| Sección 01 | Procedimientos e intervenciones no quirúrgicos |
| Sección 02 | Procedimientos e intervenciones en medio ambiente y salud |

*Fuente:* elaboración propia de la SDS.

Cada sección está integrada por capítulos que constan de dos dígitos que identifican el nombre del sistema u órgano anatomo-fisiológico y que corresponden de 01 al 14; o el nombre genérico de un grupo de procedimientos, que van del 15 al 23, excepto el capítulo 24, que es una miscelánea de procedimientos diagnósticos y terapéuticos comunes de múltiples estados morbosos, incluidas las intervenciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, administración de quimioterapia y anestesia, entre otros.

Los CUPS se estructuran por códigos de seis caracteres que conservan la siguiente estructura.

| XX | X | X | XX |
|---|---|---|---|
| Grupo | | | |
| | Subgrupo | | |
| | | Categoría | |
| | | | Subcategoría |

**Grupo:** el grupo señala:

| | |
|---|---|
| 1. El sitio o región anatómica especifica | Capítulos 01-14 |
| 2. Unidad de producción específica | Capítulo 15 al 24 |
| 3. Riesgo | Capítulo 25 |

**Subgrupo:** está definido por el tercer carácter, e indica:

| | |
|---|---|
| 1. Tipo de procedimiento | Grupo 01 al 86 |
| 2. Tipo de imagen | Grupo 87 y 88 |
| 3. Tipo de área técnica | Grupo 90 y 91 |
| 4. Tipo de acción | Grupos 89, 92 al 99 |

**Categoría:** indica la forma genérica o global de la nomenclatura del procedimiento.

**Subcategoría:** representado por los dos últimos caracteres, define con precisión y detalle el procedimiento genérico, de acuerdo con variables como técnica, tecnológica, especificidad de la región operatoria o diagnóstica, extensión, disciplina del conocimiento, agente etiopatogénico, tipo de muestra, entre otras.

El documento "Clasificación única de procedimientos en salud" —adaptación para Colombia—, del Ministerio de Salud y Protección Social, determina criterios de utilización de la clasificación, las convenciones usadas en la lista tabular, en la que se definen las abreviaturas. Puntuaciones, símbolos, tipo de imprenta, notas de instrucción, así como los demás criterios que son utilizados para la descripción de los CUPS, acorde con la redacción de este.

Por capítulos, la lista tabular determina:

1. Capítulo 1: Procedimientos sistema nervioso
2. Capítulo 2: Procedimientos sistema endocrino
3. Capítulo 3: Procedimientos sistema visual
4. Capítulo 4: Procedimientos sistema auditivo
5. Capítulo 5: Procedimientos nariz, boca y faringe
6. Capítulo 6: Procedimientos sistema respiratorio
7. Capítulo 7: Procedimientos sistema circulatorio
8. Capítulo 8: Procedimientos sistema hemático linfático
9. Capítulo 9: Procedimientos sistema digestivo
10. Capítulo 10: Procedimientos sistema urinario
11. Capítulo 11: Procedimientos sistema reproductor masculino
12. Capítulo 12: Procedimientos sistema reproductor femenino
13. Capítulo 13: Procedimientos sistema osteomuscular
14. Capítulo 14: Procedimientos sistema tegumentario

15. Capítulo 15: Procedimientos de imagenología
16. Capítulo 16: Consulta, monitorización y procedimientos diagnósticos
17. Capítulo 17: Procedimientos de laboratorio clínico
18. Capítulo 18: Procedimientos de medicina transfusional y banco de sangre
19. Capítulo 19: Procedimientos de medicina nuclear
20. Capítulo 20: Procedimientos de desempeño funcional y rehabilitación
21. Capítulo 21: Procedimientos de salud mental
    Capítulo 22: Procedimientos diagnósticos y terapéuticos en sistema visual y auditivo
22. Capítulo 23: Otros procedimientos no quirúrgicos
23. Capítulo 24: Procedimientos misceláneos
24. Capítulo 25: Intervenciones en salud y medio ambiente

*Fuente:* Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ministerio de Salud. Primera edición. Bogotá, Colombia (1).

## Necesidad de utilización de los CUPS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la creciente necesidad de una clasificación única de procedimientos en medicina; en 1971 patrocinó un grupo institucional de trabajo que fue convocado por la Asociación Americana de Hospitales para coordinar las recomendaciones para una clasificación de procedimientos, con énfasis primordialmente en cirugía (Clasificación Internacional de Enfermedades 10.° revisión [CIE 10]) (3).

> En la conferencia internacional para la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), convocada en la sede general de la OMS, en Ginebra, Suiza, en 1975, fue sometida a consideración la propuesta de una clasificación de procedimientos. La conferencia felicitó al secretario por la importante labor y recomendó que las clasificaciones provisionales para que los procedimientos médicos se publiquen como suplementos y no como parte integral de la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Por esta razón se publica la clasificación de procedimientos en medicina en la ICD-9, con independencia de la clasificación de enfermedades, la cual se presenta en fascículos (Clasificación Internacional de Enfermedades 10.°, revisión CIE 10.°) (3). Así, por medio de la Resolución 0761 de 1998, Colombia "Adopta la Décima Revisión CIE 10 para codificar la mortalidad" (4).

En Colombia, la primera edición de la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) fue adoptada con la intención de implementar un sistema integral de información en salud (Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud) (5). Así mismo, se emitió la Resolución 365 de 1999, que adoptó la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) (6).

Por otro lado, pretende garantizar derechos de población a los servicios de salud, al delimitar y definir claramente los servicios para la prestación de servicios; los CUPS, además, son el enlace entre diagnósticos epidemiológicos frente a los procedimientos y procesos que exigen la unificación y estandarización del lenguaje de los procedimientos asistenciales para todos los actores del sistema. Por esto, han salido diferentes resoluciones que actualizan, agregan o complementan la normatividad; así:

- Resolución 2333 de 2000: primera actualización de la clasificación única de procedimientos en salud (Ministerio de Salud) (7).

- Resolución 1896 de 2001: "Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 02333 del 11 de septiembre de 2000" (8).

- Resolución 3772 de 2004: por la cual se modifican los capítulos 2, "Sistema endocrino"; 8, "Sistema hemático y linfático"; 10, "Sistema urinario", y 11, "Sistema reproductor masculino", de la Resolución 1896 del 19 de noviembre de 2001 (9).

- Resolución 3199 de 2005: por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los bancos de componentes anatómicos, de las unidades de biomedicina reproductiva; de los centros o similares, y se dictan otras disposiciones (10).

- Resolución 446 de 2006: "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud" (11).

- Resolución 4905 de 2006: por la cual se adopta la norma técnica para la atención de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE); se adiciona la Resolución 1896 de 2001, y se dictan otras disposiciones (12).

Así mismo, la Comisión de Regulación en Salud, como unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Salud y Protección Social, era la entidad gubernamental encargada de dirigir el sistema de salud en el país. Y reguladora del plan obligatorio de salud y unidad de pago por capitación (UPC), entre otros; fue creada mediante la Ley 1122 (2007) del Congreso de Colombia y liquidada por el Gobierno colombiano en el 2012, mediante el Decreto 2560 de diciembre de 2012 (13-16).

- Resolución 4778 de 2015: por la cual se adopta la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) y se dictan otras disposiciones (17).

- Decreto 4747 de 2007: en el artículo 19 define la clasificación única de procedimientos en salud (CUPS) como codificación de procedimientos de obligatoria aplicación en todo el territorio nacional en todos los procesos del sector que impliquen identificación y denominación de los procedimientos en salud (18).

• Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996 (5): actualizado en el 2013, determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos, definidos en el artículo 1:

Campo de aplicación: el presente Decreto será de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, las entidades privadas deberán aplicarlo obligatoriamente cuando se trate de atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, atención inicial de urgencias y los demás eventos catastróficos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (5)

• Resolución 5521 de diciembre de 2013 (19): por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud (POS), en el artículo 5 se define lo siguiente:

El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 "Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud"; Anexo 02 "Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud", el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS. (19)

En el artículo 7 define los estándares de la terminología para identificar las tecnologías en salud, en el numeral 1 plantea: "La Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-, de acuerdo con lo dispuesto por la Resolución 1896 de 2001 y las demás normas que la modifiquen, adicionen complementen o substituyan" (10). "Por consiguiente, para establecer coberturas en el plan Obligatorio de salud, los servicios descritos con otra nomenclatura como "programas", "clínicas" o "paquetes" y "conjuntos de atención", entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS…" (19).

• Decreto 4747 de 2007: por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones; desplazamiento, gestión y prestación de servicios de IPS públicas, registro individual de prestación de servicios de salud (RIPS) (17,20).

## Criterios para la priorización de procedimientos

Se tienen en cuenta dos criterios: el primero es la inversión que se realizó con recursos de la Secretaría Distrital de Salud, por medio de las ESE de segundo y tercer niveles, en la prestación de servicios en cirugía en la vigencia 2012; en el segundo criterio se tendrá en cuenta la demanda de servicios. Es importante aclarar que en las ESE de segundo y tercer niveles se realizan 21 tipos de cirugía, de los cuales únicamente tendremos en cuenta los ocho primeros tipos de cirugía, que se ajustan a los criterios anteriormente expuestos. Frente al primer criterio se tiene en cuenta lo relacionado en la tabla 2.

**Tabla 2. Inversión del Distrito y porcentaje de participación por tipo de cirugía en el tercer nivel, 2012 (8 mayor demandadas)**

| Tipo de cirugía | Total Invertido | Porcentaje de participación (%) |
|---|---|---|
| Cirugía cardiovascular | 5.889.340.581 | 11 |
| Cirugía general | 25.934.345.025 | 46 |
| Cirugía ginecoobstétrica | 3.531.094.980 | 6 |
| Cirugía oftalmológica | 2.582.910.789 | 5 |
| Cirugía oral y maxilofacial | 1.533.114.550 | 3 |
| Cirugía ortopédica | 12.479.787.143 | 22 |
| Cirugía pediátrica | 2.269.254.085 | 4 |
| Cirugía plástica | 1.707.579.442 | 3 |
| | 55.927.426.595 | 100 |

*Fuente:* CUBO. Costos año, 2012.

Para el 2012, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá invirtió $55.927.426.595 en ocho procedimientos quirúrgicos de mayor demanda; la cirugía general fue el procedimiento en el que se invirtió la mayor cantidad de recursos; a pesar de lo anterior, en visitas realizadas a hospitales de la red, se encontró que los costos de insumos de cirugía se cargaban al centro de costo cirugía general sin discriminar los mismos por especialidad, afectando este centro de costo.

Además, ortopedia es un ítem que representa un porcentaje significativo en la inversión (incluye materiales de alto valor utilizados en los procedimientos quirúrgicos), que incluye cirugías y procedimientos ortopédicos; así mismo cardiovascular y ginecología desempeñan un papel importante en la inversión del Distrito Capital.

## Inversión por elementos del costo

Teniendo en cuenta los costos directos e indirectos asumidos por tipo de cirugía, se encontró lo expuesto en la tabla 3.

Los costos directos representados en los costos de personal tienen el mayor peso de la inversión, pero son el soporte necesario para la producción de los servicios finales; por otro lado, los insumos representan un valor significativo, debido a que son indispensables como garantes del producto final. Así mismo, en el análisis horizontal se destacan los costos de cirugía general y ortopedia, que representan un gran peso en la inversión. Llama la atención que cirugía cardiovascular sea el tercer mayor valor, como también las enfermedades asociadas con su alto grado de especialización, como las del corazón, pericardio, grandes vasos y sistema vascular periférico.

**Tabla 3. Distribución del costo por elementos del costo por tipo de cirugía, tercer nivel, 2012**

| Tipo de Cirugía | Costos de personal | Costos generales | Estimaciones contables | Insumos hospitalarios | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Cirugía cardiovascular | 5.142.814.293 | 144.489.112 | 5.567.696 | 596.469.480 | 5.889.340.581 |
| Cirugía general | 14.867.169.587 | 1.616.715.148 | 840.987.124 | 8.609.473.166 | 25.934.345.025 |
| Cirugía ginecoobstétrica | 2.708.974.194 | 549.952.200 | 32.803.372 | 239.365.214 | 3.531.094.980 |
| Cirugía oftalmológica | 2.175.980.009 | 220.912.972 | 28.277.794 | 157.740.014 | 2.582.910.789 |
| Cirugía oral y maxilofacial | 774.617.565 | 125.658.763 | 9.986.735 | 622.851.487 | 1.533.114.550 |
| Cirugía ortopédica | 5.332.891.057 | 757.934.321 | 94.834.288 | 6.294.127.477 | 12.479.787.143 |
| Cirugía pediátrica | 1.915.912.802 | 229.891.336 | 16.378.489 | 107.071.458 | 2.269.254.085 |
| Cirugía plástica | 1.318.895.292 | 259.864.441 | 23.629.910 | 105.189.799 | 1.707.579.442 |
| Total | 34.237.254.799 | 3.905.418.293 | 1.052.465.408 | 16.732.288.095 | 55.927.426.595 |
| Porcentaje de participación | 61% | 7% | 2% | 30% | 100% |

*Fuente:* Repositorio de información de costos CUBO.

Al revisar el comportamiento por niveles de atención, en la inversión por tipo de cirugía encontramos, para el tercer nivel, lo relacionado en la tabla 4.

**Tabla 4. Inversión por tipo de cirugía para el tercer nivel a precios constantes de 2012**

| Tipo de Cirugía | 2011 con IPC | % | 2012 | % |
|---|---|---|---|---|
| Cirugía cardiovascular | 7.167.555.540 | 18,6 | 6.745.829.827 | 1,00 |
| Cirugía general | 40.469.853.791 | 48,6 | 28.551.050.236 | 46,60 |
| Cirugía ginecoobstétrica | 3.845.289.235 | 4,6 | 3.393.113.488 | 5,50 |
| Cirugía oftalmológica | 5.227.569.177 | 6,3 | 4.777.274.957 | 7,80 |
| Cirugía oral y maxilofacial | 1.973.127.190 | 2,4 | 1.463.088.690 | 2,40 |
| Cirugía ortopédica | 20.145.832.457 | 24,2 | 12.324.078.825 | 20,10 |
| Cirugía pediátrica | 2.369.747.026 | 2,8 | 2.146.544.351 | 3,50 |
| Cirugía plástica | 2.134.442.780 | 2,6 | 1.819.051.022 | 3,00 |
| | 83.333.417.196 | 100 | 61.220.031.396 | 100 |

*Fuente:* Repositorio de información de costos CUBO consolidada de las ESE.

Los procedimientos que mayor inversión presentan en 2011 y 2012 son cirugía general, ortopedia, cardiología, oftalmología y ginecobstetricia. Al revisar la participación porcentual, se encuentra que cirugía cardiovascular presenta un aumento del 2,4%, y ortopedia, una disminución de 4,1%; estas son las variaciones de mayor relevancia.

Otro aspecto que llama la atención es la disminución de la inversión, que pasó de 83.000 millones en el 2011 (a valor presente de 2012), a 61.000 millones en el 2012, lo que representa una disminución de 22.000 millones de un periodo al otro; con base en lo anterior, se decidió revisar el comportamiento de la producción.

Para el tercer nivel de atención, el comportamiento de esta se presenta en la figura 1.

Para el tercer nivel de atención, la producción presenta variación negativa en cirugía oftalmológica (n = 2099), cirugía general (n = 1078) y ortopedia (n = 349), mientras que subieron cirugía cardiovascular (n = 872), ginecoobstetricia (n = 438) y pediatría (n = 241). La variación relativa del 2012 frente al 2011 es de 66,67 en cirugía cardiovascular (disminuyó la inversión, pero aumentó la producción). Para cirugía general, que fue la más afectada en la inversión, la variación relativa de la producción del 2012 frente al 2011 es de -8,02; para el caso de cirugía ginecoobstétrica, la inversión representó una disminución menos acentuada, mientras que la variación relativa en la producción fue de 4,51; y, después de cirugía, ortopedia fue la que mayor disminución presentó en lo financiero, pero la variación relativa de la producción fue de -3,17.

Ahora bien, al revisar el segundo nivel de atención y teniendo en cuenta los mismos criterios de revisión encontramos los datos expuestos en la tabla 5.

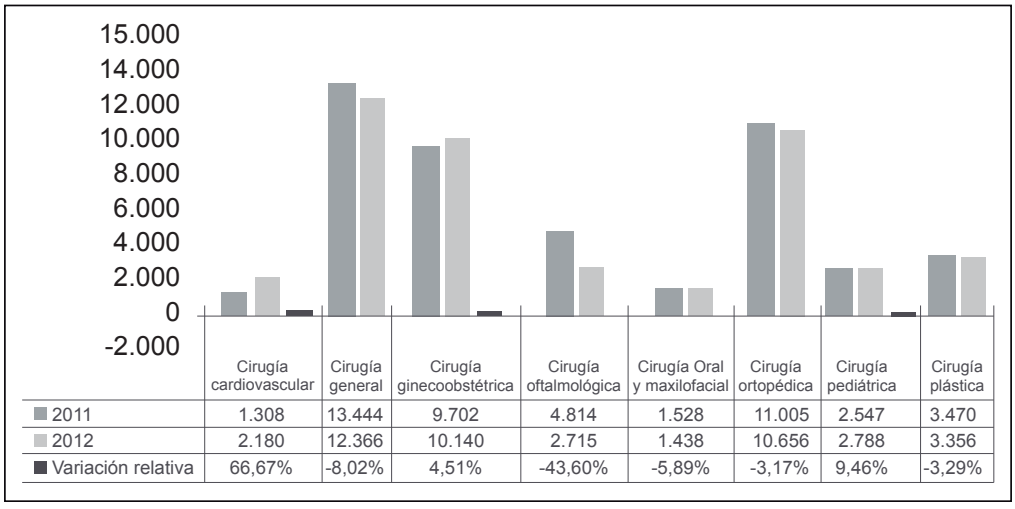
**Tabla 5. Inversión del Distrito por tipo de cirugía, segundo nivel, 2012 (precios constantes a 2012).**

| Tipo de cirugía | 2011 con IPC | % | 2012 | % | Variación relativa |
|---|---|---|---|---|---|
| General | 25.975.797.753 | 53,10 | 18.356.510.526 | 46,61 | -29,3 |
| Ginecoobstétrica | 5.645.315.084 | 11,54 | 6.281.530.924 | 15,95 | 11,3 |
| Oftalmológica | 4.499.456.101 | 9,20 | 2.701.374.531 | 6,86 | -40,0 |
| Oral y maxilofacial | 910.944.596 | 1,86 | 1.733.769.872 | 4,40 | 90,3 |
| Ortopédica | 8.956.725.303 | 18,31 | 6.305.252.818 | 16,01 | -29,6 |
| Pediátrica | 1.116.069.337 | 2,28 | 1.702.832.782 | 4,32 | 52,6 |
| Plástica | 1.814.074.421 | 3,71 | 2.299.352.365 | 5,84 | 26,8 |
| | 48.918.382.594 | 100.0 | 39.380.623.818 | 100.0 | - 19,5 |

*Fuente:* Repositorio de información de costos CUBO.

Al comparar la inversión de 2011 (a valor presente) frente a la inversión del 2012 en el segundo nivel de atención se presenta una variación relativa

**Figura 1. Comportamiento de la producción de 2011 frente a 2012**




| | Cirugía cardiovascular | Cirugía general | Cirugía ginecoobstétrica | Cirugía oftalmológica | Cirugía Oral y maxilofacial | Cirugía ortopédica | Cirugía pediátrica | Cirugía plástica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2011 | 1.308 | 13.444 | 9.702 | 4.814 | 1.528 | 11.005 | 2.547 | 3.470 |
| 2012 | 2.180 | 12.366 | 10.140 | 2.715 | 1.438 | 10.656 | 2.788 | 3.356 |
| Variación relativa | 66,67% | -8,02% | 4,51% | -43,60% | -5,89% | -3,17% | 9,46% | -3,29% |

*Fuente:* CIP Desarrollo de Servicios, SDS, 2011-2012.

((P2/P1)-1)*100 global del 19,5 %; los servicios de oftalmología (n = -40), cirugía de ortopedia (n = -29,6), cirugía general (n = -29,3) son los que presentan mayor variación negativa; mientras que cirugía oral y maxilofacial (n = 90), cirugía pediátrica (n = 52,6), cirugía plástica (n = 26,8) y cirugía ginecoobstétrica (n = 11,3) son los servicios que presentan variaciones relativas positivas de mayor crecimiento.

Una vez más, dicha información nos llevó a revisar el comportamiento de la producción; se encontró que esta presenta variaciones importantes, las cuales revisaremos en la tabla 6.

**Tabla 6. Producción de once procedimientos quirúrgicos priorizados.**

| Tipo de cirugía | 2011 | Peso porcentual (%) | 2012 | Peso porcentual (%) | Variación relativa |
|---|---|---|---|---|---|
| Dermatológica | 256 | 0,4 | 212 | 0,4 | -44 |
| Gastrointestinal | 4.001 | 5,8 | 2.519 | 5,8 | -1.482 |
| General | 24.167 | 35,0 | 16.819 | 35,0 | -7.348 |
| Ginecológica | 14.511 | 21,0 | 10.239 | 21,0 | -4.272 |
| Maxilofacial | 643 | 0,9 | 1.020 | 0,9 | 377 |
| Oftalmológica | 3.711 | 5,4 | 1.942 | 5,4 | -1.769 |
| Ortopédica | 11.705 | 17,0 | 8.366 | 17,0 | -3.339 |
| Otorrinolaringológica | 2.865 | 4,2 | 1.927 | 4,2 | -938 |
| Pediátrica | 1.297 | 1,9 | 673 | 1,9 | -624 |
| Plástica y estética | 1.847 | 2,7 | 1.558 | 2,7 | -289 |
| Urológica | 3.959 | 5,7 | 2.079 | 5,7 | -1.880 |
| Total | 68.962 | | 47.354 | | - 21.608 |

*Fuente:* CIP Desarrollo de Servicios, SDS. 2011-2012.

La proporción en la disminución de cirugías del 2011 frente al 2012 presenta una variación absoluta (global) —entre los 11 procedimientos con mayor producción— de 21.608 procedimientos; las más afectadas fueron cirugía general (n = -7.348), cirugía ginecológica (n = -4.272), cirugía ortopédica (n = -3.339), los cuales representan el 51 % de la producción en el 2012. Los procedimientos quirúrgicos restantes presentan disminuciones menores, pero que no dejan de ser significativas; la única que presenta un comportamiento positivo es la cirugía maxilofacial, con una variación absoluta de 377 procedimientos adicionales.

## Uso de CUPS por nivel de atención

A partir de los siguientes conceptos se identifican las CUPS por nivel de atención.

*La consulta* se entiende como mediciones anatómicas, fisiológicas, exámenes manuales y anatomopatológicos, entrevista, consulta y evaluación [valoración] +; además de otros procedimientos diagnósticos cardiacos y vasculares no quirúrgicos, mediciones anatómicas, fisiológicas y exámenes manuales del aparato genitourinario y monitorización de feto.

*Los procedimientos* se entienden como aquellos no quirúrgicos y quirúrgicos. Los primeros se describen como la sustitución y extracción de dispositivos terapéuticos, intubación e irrigación no quirúrgicas, extracción de cuerpo extraño y cálculo no operatorio, intubación e irrigación no quirúrgicas, servicios de internación (hospitalización), servicios de sala (tipos de sala), servicios de traslado (transporte) de pacientes (ambulancia), vacunación, laboratorio clínico e imagenología. Los procedimientos quirúrgicos, por otra parte, son aquellos contemplados en la lista tabular de los grupos uno a catorce de la clasificación única de procedimientos en salud (1,7,8).

Para otros servicios, se entiende lo relacionado con servicios de traslado (transporte), servicios de sala (tipos de sala), servicios de internación (hospitalización). Con urgencias se identifican la consulta de urgencias por odontología general, por medicina general, por odontología especializada, por medicina especializada.

**Tabla 7. Frecuencia de uso de los CUPS pos nivel de atención**

| Servicios | Primer nivel | Segundo nivel | Tercer nivel |
|---|---|---|---|
| Consultas | 29 | 37 | 30 |
| Otros servicios | 0 | 62 | 70 |
| Procedimientos | 374 | 1010 | 1072 |
| Procedimientos quirúrgicos | 30 | 1101 | 1282 |
| Urgencias | 3 | 4 | 28 |
| **Total CUPS** | **439** | **2214** | **2482** |

*Fuente:* SDS Planeación Sectorial información, 2012.

Frente a la frecuencia de uso de los CUPS por nivel de atención, se identificó lo expuesto en la tabla 7.

El primer nivel de atención utiliza 439 CUPS, de los cuales el 92 % se relacionan con procedimientos no quirúrgicos y el 8 % restante son procedimientos quirúrgicos de baja complejidad; mientras en consulta externa se utilizan 29 CUPS y tres en urgencias.

Así mismo, en el segundo nivel de atención se utilizan 2214 CUPS, de los cuales la mayoría corresponden a procedimientos; así: quirúrgicos, 49,7 % (n = 1101) y no quirúrgicos 45,6 % (n = 1011); el restante 4,7 % se distribuye en consulta se utilizan (n = 37) CUPS, 62 en otros servicios y cuatro de urgencias.

Para el tercer nivel se utilizan 2482 CUPS, de los cuales el 51,7 % son quirúrgicos (n = 1282) y el 43,2 % (n = 1072) corresponden a procedimientos de baja o medina complejidad que requiere salas de procedimientos; el restante 5,1 % corresponde a CUPS de consulta a urgencias u otros procedimientos.

## Implementación de CUPS para las ESE del Distrito Capital

El proceso de implementación de los CUPS pasa por varios momentos. En un primer momento se realizó un diagnóstico que permite identificar cuáles son los procedimientos en salud que más demandan los hospitales; en un segundo momento se utilizó el aplicativo de capacidad instalada y producción (CIP) de la Secretaría Distrital de Salud, que ayuda a identificar de manera agrupada los procedimientos quirúrgicos.

Para el levantamiento de costos, por otra parte, fue necesario surtir las siguientes fases:

• Primera fase: levantamiento de costos (costos directos, indirectos, medicamentos, insumos, anestesia, salas de cirugía, equipos y depreciaciones) para la construcción de tablas que permitan identificarlos y valorarlos; así mismo, se definieron los instrumentos de soporte de las nóminas de las ESE y se procedió a definir el costo del recurso humano.

• Segunda fase: se construyó una matriz para identificar las variables de los costos de tiempos quirúrgicos, anestésicos, de esterilización, de sala y desinfección, entre otros, para diferentes procedimientos (19,20).

• Tercera fase: se sometió a evaluación de los expertos en anestesia, ginecología, ortopedia, gastroenterología y otros actores, por medio de reuniones de concertación y mesas de trabajo, lo que permitió la depuración y validación de estos.

• Cuarta fase: se cuantificó la producción de cada uno de los centros de costo; así mismo, la necesidad de reorganizarlos y redefinirlos, de tal forma que se identificaran claramente por su especificidad; esto es, consulta externa, urgencias, cirugía, hospitalización, unidades especiales, plan de intervenciones especiales implementadas por la Resolución DDC 00001 de 2012 (21), que permite identificar los valores promedio de cada centro de costo, ajustada por la Resolución DDC 00001 de 2014 (22).

• Quinta fase: se identificó la necesidad de relacionar los CUPS de acuerdo con su centro de costo, el cual es solicitado inicialmente a los hospitales con base en una agrupación preliminar; como producto de esto se reciben documentos con observaciones, inquietudes y observaciones, lo que representó la realización de un ejercicio de validación con varios hospitales, y el trabajo conjunto con los subgerentes del Hospital Simón Bolívar y su equipo de trabajo (ingeniero de sistemas, contador, facturación, profesionales especializados en diferentes áreas entre otros). Con ellos se trabajó por más de 25 horas para depurar el anexo 4 con los CUPS; así mismo, se trabajó con la gerencia y subgerencia del Hospital Santa Clara, y el equipo de referentes de procesos, el Hospital de Kennedy, aportó en la cuantificación y sugerencias, desde los costos relacionados con algunos centros de costos; los hospitales El Tunal y Simón Bolívar aportaron en la construcción de los paquetes de atención de tercer nivel; así mismo, el Hospital de Fontibón aportó en la estructuración y cuantificación de CUPS, ejercicio base para la definición del siguiente paso. Los Hospitales de Pablo VI Bosa y Vista Hermosa aportaron en la identificación de CUPS para el primer nivel de atención; así mismo, otros hospitales aportaron sus sugerencias y comentarios, relacionados con la organización y estructuración de los CUPS en sus respectivos centros de costo.

• Sexta fase: se utilizó el aplicativo de capacidad instalada y producción (CIP) de la Secretaría Distrital de Salud. De manera agrupada, se identificaron los procedimientos quirúrgicos, con base en la información preliminar obtenida de las ESE; además, se identificaron y valoraron 341 procedimientos y/o paquetes quirúrgicos, determinados por los tipos de cirugía identificados.

## Discusión

Se hace hincapié en que se definió e implementó una matriz estructurada por clase de unidad de negocio en: finales, intermedios, servicios y estructura, que permite

identificar los costos promedio por procedimiento, por centros de costo y por unidad de negocio, de acuerdo con los criterios descritos a continuación.

1. Finales: entendidos como consulta externa y procedimientos, subespecialidades, urgencias, cirugía, procedimientos y atención ginecoobstétrica, odontología, hospitalización, unidades especiales, plan de intervenciones colectivas (PIC).

2. Intermedios: incluye apoyo diagnóstico, apoyo terapéutico y apoyo médico.

3. Servicios: incluye atención al paciente, apoyo logístico, apoyo documental.

4. Estructura: incluye la administrativa, financiera, gerencia y gestión, y dirección médica.

Cada unidad de negocio se identifica con un código alfanumérico, que permite reconocer los nombres de los centros de costos que lo componen, al identificar el servicio, unidad, actividad o servicio que se ejecuta en este. Por medio de cuatro distribuciones, logra identificar desde el costo puro directo (primera distribución), cuál es el impacto de la estructura (segunda distribución), servicios (tercera distribución) e intermedios en finales (cuarta distribución). Se debe tener en cuenta que se definen inductores de acuerdo con criterios definidos para su distribución.

Finalmente, se tuvo en cuenta la producción por cada centro de costo misional, el cual se cruzó con el costo final, lo que permitió identificar un valor promedio del costo de un procedimiento. Estos hallazgos o resultados son muy importantes para el sector salud, y de allí la importancia de este trabajo.

## Conclusiones

Los costos son fundamentales para la gestión institucional; por ello, por medio de la matriz propuesta se busca generar la cultura de “cuantificar los costos reales” que intervienen en las actividades que realizan las instituciones de salud, de tal forma que aporten a la evaluación y a la toma de decisiones.

## Agradecimientos

A la contadora Carolina Malagón, docente, artífice y coordinadora del equipo, y a los demás profesionales y referentes de costos de las empresas sociales del Estado que aportaron sus conocimientos y tiempo al desarrollo de este trabajo.

## Referencias

1. Ministerio de Salud. Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Primera edición. Bogotá, Colombia.

2. Torres A, López G.. Metodología de costos para instituciones prestadoras de servicios de salud: aplicación de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico – GRD. El Hombre y la Máquina. 2012;40:31-43.

3. Clasificación Internacional de Enfermedades 10° Revisión CIE 10°.

4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. DANE

5. Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.

6. Resolución 365 del 4 de Febrero de 1999 por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ministerio de Salud.

7. Resolución 02333 11/09/2000 adopta la Primera Actualización de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud. Ministerio de Salud.

8. Resolución 1896 de 2001 “Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 02333 del 11 de septiembre de 2000”. Ministerio de Salud.

9. Resolución 3772 de 2004. Por la cual se modifican los Capítulos 2 - Sistema Endocrino, 8 - Sistema Hemático y Linfático, 10 - Sistema Urinario Y 11 - Sistema Reproductor Masculino de la Resolución 1896 de noviembre 19 de 2001. Ministerio de Salud

10. Resolución 3199 de 2005, Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para el funcionamiento de los Bancos de Componentes Anatómicos, de las Unidades de Biomedicina Reproductiva. Centros o similares y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud

11. Resolución 446 de 2006 “Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. Ministerio de Salud

12. Resolución 4905 de 2006, Por la cual se adopta la Norma Técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo -IVE-, se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud

13. Acuerdo 031 de 2012. que agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo número 29 de 2011. Comisión de Regulación en Salud.

14. Acuerdo 028 de 2011, Por el cual definió, aclaró y actualizó integralmente el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social

en Salud, dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 25 de la Ley 1438 de 2011 y lo estipulado por la Honorable Corte Constitucional en la Orden Décimo Séptima de la Sentencia T-760 de 2008. Comisión de Regulación en Salud

15. Acuerdo 029 de 2011 Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado. de la Comisión de Regulación en Salud.

16. Acuerdo 008 de diciembre 29 de 2009, Anexo 2 listado de procedimientos con codificación CUPS. Comisión de Regulación en Salud.

17. Resolución 4778 de 2015 Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud.

18. El Decreto 4747 de 2007 por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones; Desplazamiento, Gestión y Prestación de Servicios de IPS Públicas, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS. Ministerio de Salud.

19. Resolución 5521 de diciembre de 2013 Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud POS. Ministerio de Salud

20. El Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones; Desplazamiento, Gestión y Prestación de Servicios de IPS Públicas, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud –RIPS. Ministerio de Salud

21. Resolución DDC 00001 de 2012. Contaduría Distrital, SHD.

22. Resolución DDC 00001 de 2014. Contaduría Distrital, SHD.

*Recibido para evaluación: 7 de mayo de 2015*
*Aceptado para publicación: 15 de septiembre de 2017*

***Correspondencia**:*

*Carlos Andrés Rincón Córdoba*
*dogdealpine@yahoo.com*