Villavicencio, Julio 15 de 2022

De conformidad con lo dispuesto en el **art. 2.2.1.1.1.6.1.del Decreto 1082 de 2015** el DEPARTAMENTO DEL META procede a efectuar el análisis necesario para conocer el sector relativo al objeto del Proceso de Contratación desde la perspectiva legal, comercial, financiera, organizacional, técnica, y de análisis de riesgo.

ANALISIS DEL SECTOR PARA EL PROCESO CUYO OBJETO CONSISTE EN CONTRATAR: MEJORAR LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A POBLACION MIGRANTE NO REGULARIZADA MEDIANTE EL RECONOCIMIENTO ECONOMICO A DIFERNTES INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD POR LA PRESTACION DE SERVICIOS A ESTA POBLACION

ASPECTOS GENERALES: ASPECTOS GENERALES DEL MERCADO

Desde 1987 cuando el Banco Mundial publicó su famoso estudio sobre las condiciones financieras de los servicios de salud en los países en desarrollo [1], se han intensificado las reformas de mercado en los sistemas de salud de América Latina y en el mundo. El mercado es una institución social en la que se intercambian bienes y servicios, así como factores productivos. En él, los demandantes y los oferentes de un bien o servicio lo comercializan libremente, en tanto este es un mecanismo de asignación de recursos (ambos, demandantes y oferentes aceptan el precio de un bien o servicio para realizar el intercambio) [2]

Los sistemas de salud se originaron a partir de presiones económicas y sociales [3]. Las razones económicas se derivaron de la inserción de los países de América Latina y el Caribe en el comercio mundial a finales del siglo xix y comienzos del xx. Históricamente, las diferentes circunstancias económicas presionaron o condicionaron las políticas en diferentes campos de la salud pública, como las medidas de salud pública para sanear los puertos y la generación de ambientes saludables para la circulación de las mercancías.

El modelo neoliberal ha centrado todo su accionar en el mercado. Múltiples esferas sociales son remplazadas por el mercado, así en su lógica, todos los intercambios humanos están sujetos a la oferta y demanda de los agentes del mercado,

supuestamente iguales en sus niveles de información frente al producto [5]. Igual ocurre con la salud, en el contexto neoliberal se han introducido los "cuasi-mercados de salud". Pero una nueva corriente de economistas de la salud; la cual se explorará más adelante, ha señalado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es posible, donde los profesionales, antes, y ahora los gestores introducen una asimetría de información tal que los usuarios ni participan en la escogencia del servicio ni en el proceso de atención (producción de salud). Aunque el mercado de los servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas y los ofertantes que prestan los servicios que dichas personas demandan [2], este corresponde a mercados imperfectos (figura 1). En este apartado se analizan las relaciones entre la oferta y la demanda y sus interacciones, así como el comportamiento del mercado de atención, los fallos del mercado, las externalidades y la regulación, temas todos estos que siguen la lógica de los mercados imperfectos. Varios mercados se podrían explorar en salud, para nuestro análisis se mencionan los más clásicos, el mercado de servicios médicos y hospitalarios (internación), el mercado de servicios ambulatorios (cumplen algunas funciones de promoción y prevención), el mercado de seguros de salud y el mercado de productos farmacéuticos. Y externamente podemos encontrar relaciones con otros mercados: el mercado de los seguros en general, el mercado del trabajo, el de las pensiones, entre otros también en interacción con el bienestar [7]. Adicionalmente se asume que mediante la política pública se regulan o desregulan los mercados, logrando el mejor arreglo posible en los sistemas de salud (figura 1).

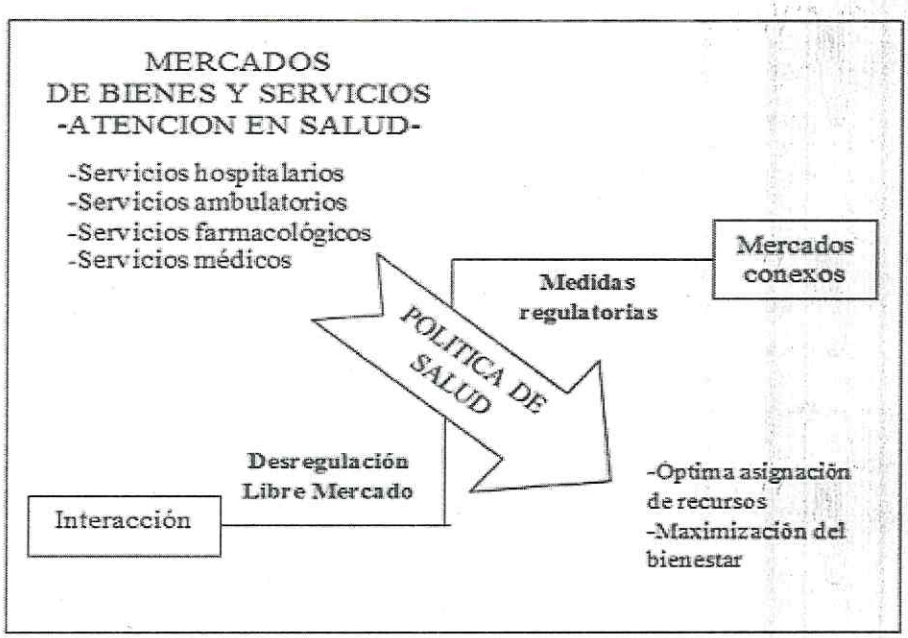


Figura 1. Los mercados de servicios de salud en un ambiente de competencia imperfecta
Elaboración del autor

SITUACION DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El Plan Decenal de Salud Pública es una política pública que incluye la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia.

Este instrumento de planeación de carácter nacional y regional compromete a los diferentes niveles de gobierno y a todos los actores del sistema de salud, en el marco de sus competencias, a que orienten sus acciones y esfuerzos para dar respuestas efectivas a las necesidades de la población y alcanzar los resultados en salud deseados. Se realiza a través de un proceso amplio de participación que conlleva a definir las acciones, metas, recursos, responsables, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación.

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) estudia la interacción entre las condiciones de vida y el nivel de los procesos de salud en las diferentes escalas territoriales, políticas y sociales. Se incluye como fundamento el estudio de los grupos poblacionales con diferentes grados de desventaja, consecuencia de la distribución desigual de las condiciones de vida de acuerdo con el sexo, edad y nivel socioeconómico que se desarrollan en ambientes influenciados por el contexto histórico, geográfico, demográfico, social, económico, cultural, político y epidemiológico, en donde se producen relaciones de determinación y condicionamiento.1

Para el análisis de los efectos en salud y sus determinantes se emplearon los datos de estadísticas vitales del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2019; la morbilidad atendida procedente de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) para el periodo entre 2009 y 2019. La información sobre eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2018. Adicionalmente se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2015, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Escolares 2016 e informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses (FORENSIS) 2019. Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional (MEN), del Departamento Nacional de Planeación (DNP), del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y los registros de Subdirección de Riesgos Laborales, del Ministerio de Salud y Protección (MINSALUD) para el periodo 1994 y diciembre del 2019, que describe las variables de Administradora de Riesgos Laborales (ARL), trabajadores afiliados, pensiones de invalidez pagadas e incapacidades permanentes parciales pagadas. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel y STATA.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS) de Colombia se realizó con la información disponible para 2020 en las fuentes oficiales, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada. Para la construcción del contexto territorial se usó como referencia bibliográfica el Atlas de Colombia 2005, elaborado por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi14. Varios apartes fueron tomados textualmente teniendo en cuenta que constituye la mejor fuente para la descripción del territorio. Para el análisis demográfico se usaron las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) a partir del Censo 2005, Censo Nacional de población y Vivienda 2018 y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su sitio web: www.dane.gov.co. También se consultó el Registro Único de Victimas (RUV) dispuesto en la Bodega de datos del SISPRO a través del cubo de víctimas y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad con fecha de corte a noviembre de 2020.

El Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012- 2021, constituye el marco nacional de política sanitaria, con el cual las entidades territoriales deben adoptar las orientaciones allí plasmadas. A partir de su expedición en el año 2013, se establece que el pilar fundamental para la construcción de los Planes de Desarrollo Territorial (PDT) y los Planes Territoriales de Salud Pública (PTSP) es el Análisis de Situación de la Salud- ASIS. Para operativizar estas directrices, el Ministerio de Salud elaboró la Guía conceptual y metodológica con el modelo de Determinantes Sociales de la Salud – DSS, y la plantilla para la construcción del documento por parte de los entes territoriales del orden municipal y departamental.

El ASIS del departamento del Meta aquí presentado, constituye una mirada comprensiva de las diversas dimensiones del proceso salud enfermedad, que

esperamos se convierta en una herramienta de planeación y un material de consulta de primera mano para la academia, los investigadores, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), IPS y entes territoriales del orden municipal que tienen como responsabilidad social la gestión del riesgo, la planeación y la ejecución de las acciones tanto individuales como colectivas, por una salud más humana y segura en el territorio.

ASPECTOS ECONOMICOS:

La Economía de la Salud es una disciplina joven que facilita la orientación asertiva y eficiente de la toma de decisiones en salud para el análisis entre las diferentes alternativas que se disponen, buscando siempre el máximo bienestar de la sociedad y de sus miembros con el mejor uso de recursos posible. Esta, tiene un lugar imprescindible en la agenda de las políticas públicas, haciendo aportes tanto en el ámbito macro hasta el micro de los sistemas de salud.

La economía de la salud cubre un grupo muy grande de actividades, como son: análisis de sistemas de salud, financiamiento del sistema, análisis de oferta y demanda del sector, políticas de salud, análisis del recurso humano, comportamientos organizacionales, análisis de proyectos y evaluación económica de tecnologías.

ANALISIS DE LA DEMANDA:

Desde las primeras aproximaciones a la problemática de la salud como un sector particular de la economía, se evidenciaron una serie de factores, situaciones y comportamientos que sugerían la necesidad de hacer una aproximación no convencional al sector. Las definiciones, categorías y supuestos de la economía neoclásica se mostraban insuficientes o contra evidentes en la discusión del sector.

En los trabajos de Mushkin (1962) y Arrow (1963) se analizan varias características de los servicios de salud que hacen que su prestación, así como su demanda, no se comporten como un mercado que cumpla con los supuestos neoclásicos, "La naturaleza del mercado de servicios médicos no se comporta como el modelo tradicional estudiado en la microeconomía convencional"

En estos trabajos se hace un análisis de los supuestos del modelo neoclásico que se rompen, como: y El motivo de beneficio no es adecuado para explicar la actividad en el campo de la salud. Y Existe una falta de operabilidad en el sistema de precios en el que el precio no equipara la oferta y la demanda. Y La ausencia de racionalidad de los usuarios debido a la falta de información. En el caso de los pacientes, por ejemplo, ellos usualmente no saben cuándo enfermarán, ni cuánto permanecerán enfermos y no conocen, en general, la solución a la enfermedad. Delegan la decisión en el agente prestador. Y Existen externalidades en el consumo de servicios que tienen su origen en la disponibilidad colectiva, como el caso de los

servicios de promoción y prevención. Y No hay certidumbre sobre el producto, ni capacidad de compararle.

Las reformas realizadas al sector salud mediante la Ley 100 de 1993 y el adelanto en la descentralización administrativa y financiera del país, impulsan el proceso de transformación del campo laboral y el desempeño de las prácticas profesionales del recurso humano en salud en Colombia, puesto que introduce a los proveedores de servicios del sector en la búsqueda de prestar más servicios a menores costos y en óptimas condiciones de calidad. El Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) ubica el recurso humano en un ambiente moldeado por las fuerzas del mercado y elementos reguladores introducidos al sistema con el fin de lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud, en los distintos niveles de atención.

La implementación del sistema ha significado el desarrollo de políticas de aseguramiento y prestación de servicios de salud para la población que, por principio, deben traducirse en cobertura universal, eficiencia en la asignación de los recursos y calidad en la prestación de los servicios, en un marco de equidad y solidaridad. Hay consenso en que las principales metas de la reforma del sector salud implican un mayor acceso y mejor atención, utilización más eficaz de los recursos disponibles y contribución real del sistema a la generación de bienestar y desarrollo generales. Alcanzar estas metas exige innovaciones en los procesos de análisis y predicción de los requerimientos de recursos humanos. La cantidad y la competencia de los profesionales, técnicos y auxiliares de salud debe ser suficiente para satisfacer tanto las necesidades de la población como las del sector, y debe incluir una mezcla adecuada de categorías ocupacionales y de especialidades. Las necesidades en seguridad social en salud de la población son los factores prioritarios que generan la demanda y oferta de esos servicios y por consiguiente terminan condicionando el proceso de oferta y demanda del recurso humano en el Sistema.

ESTUDIO DE LA OFERTA: AGENTES QUE COMPONEN EL SECTOR

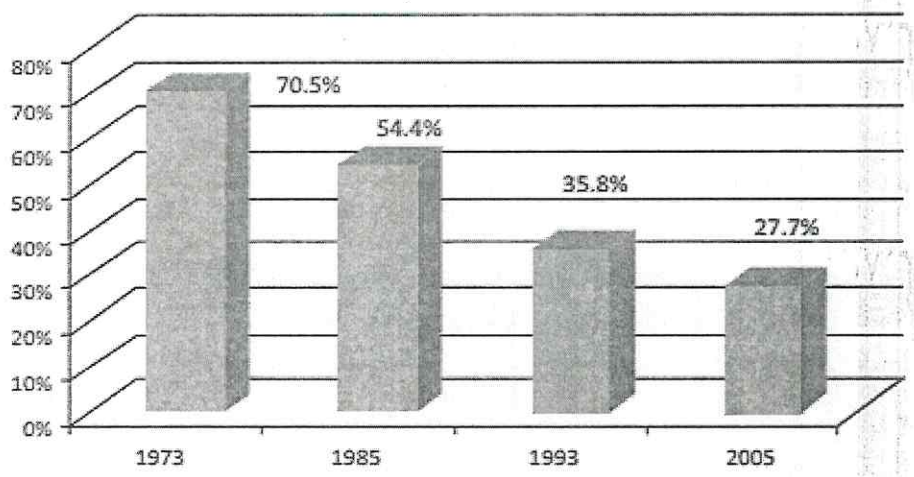
CONDICIONES DE DESARROLLO EN COLOMBIA: Colombia está localizada en el extremo noroccidental de América del Sur, su posición geoestratégica la convierte en un país de tránsito obligado en el continente. Además, tiene un potencial en materia de comercio internacional que viene desarrollándose de manera importante durante los últimos años. Es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista.

El país tiene una extensión de 1.141.748 km y está dividido en 32 departamentos, 1.101 municipios y 82 pueblos indígenas reconocidos por el gobierno. Colombia cuenta con cinco regiones naturales como la Atlántica, Pacífica, Orinoquía, Amazónica y Andina, caracterizadas además por una gran diversidad cultural. Según datos del DANE y del Banco de la República, el Producto Interno Bruto (PIB)

per cápita para 2009(p)4 fue de 2.997 millones de dólares EE.UU. a precios constantes (Banco de la República, 2010a) (ver Anexo 1, Cuadro 23).

El Índice de Desarrollo Humano (IDH)5 2009 para Colombia fue de 0.807, ocupando el puesto 77 entre 182 países. El índice de expectativa de vida fue 4 P= provisional. PIB en dólares de 2000 = PIB en millones de pesos de 2000 sobre la tasa de cambio nominal. 5 El IDH es una medida que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se calcula desde 1990 y permite medir empíricamente una concepción multidimensional del desarrollo. Comprende tres dimensiones consideradas como deseables: un ingreso suficiente o PIB per cápita, la esperanza de vida y el acceso a la educación o nivel educativo. 26 de 72,7, la tasa de alfabetización 92,7 y la de educación combinada de 79,0 (PNUD, 2009a). Entre 1980 y 2007 el IDH para Colombia creció en 0,59% anualmente, pasó de 0,688 a 0,8076 (PNUD, 2009b). Por otro lado, el Índice de Condiciones de Vida (ICV6) en el 2005 fue de 78,8 (García, S.F). Finalmente, según los resultados del Censo 2005, el 27,7% de la población del país presentó Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)7. Frente a este indicador se evidencia una tendencia decreciente en los últimos años (ver Gráfico 1).

Gráfico 1: Porcentaje de personas que viven en hogares con NBI, Total Nacional, Censos 1973, 1985, 1993, 2005



Fuente: DANE, 2005.

A partir de los ingresos de la población y teniendo como referencia una canasta de bienes, se estiman los niveles de pobreza e indigencia en el país. Para esto, el DANE aplicó la Encuesta Continua de Hogares (ECH) que a partir del 2006 fue reemplazada por la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIDH). El cambio de instrumento afectó la comparabilidad de las cifras obtenidas con cada encuesta, razón por la cual el país careció de estimaciones actualizadas de indicadores de pobreza y desigualdad.

HISTORIA DE LOS FLUJOS MIGRATORIOS:

La dinámica de la migración en Colombia tiene una historia importante, ligada a la lógica de una sociedad que se transforma en función del contexto, a las fluctuaciones de la economía y a las condiciones de variabilidad que caracterizan los países de América Latina. Esta región es probablemente una de las que muestra mayores índices de movilidad hacia los países más desarrollados en las últimas décadas. Guarnizo (2004) señala que el rápido crecimiento de la migración colombiana está caracterizado por la heterogeneidad de sus orígenes regionales y extracción social, y por la pluralidad de itinerarios y destinos de los últimos años. Colombia presenta una tendencia migratoria creciente que tiene sus orígenes en la década de los sesenta, migración que coincide con el fin de la violencia bipartidista de los años cincuenta. Las principales causas de la migración colombiana hacia Estados Unidos están vinculadas a una serie de reformas migratorias en las que se dispuso de cuotas de inmigración y políticas de reunificación familiar, creando las bases y redes para la actual migración colombiana hacia este país. Las zonas de mayor atracción para los colombianos fueron el área metropolitana de Nueva York y el sur de la Florida.

En la década de los setenta, la migración colombiana tuvo como principal destino la República Bolivariana de Venezuela, como consecuencia de la bonanza petrolera y la creciente demanda de mano de obra. Para esta misma época, la migración hacia Estados Unidos de América y Europa se caracterizó por tener un componente turístico para las clases altas colombianas, tratándose de una migración de élites socio-económicas y de refugiados políticos.

La prestación del servicio de salud en Colombia presenta tres modalidades. La primera es el régimen contributivo, cubierto por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), el cual es de carácter obligatorio y comprende a las personas que trabajan de manera autónoma y dependiente, así como a sus beneficiarios. La segunda es el régimen subsidiado para personas en estado de vulnerabilidad. La tercera modalidad está compuesta por los participantes vinculados de carácter temporal.

Los datos más recientes en materia de recursos humanos en salud son del año 2002. Por cada 1.000 habitantes había 1,35 médicos o médicas, 0,55 enfermeros o enfermeras profesionales, 0,78 odontólogos u odontólogas y 1,82 personas de enfermería no universitaria. Además, 2.273 profesionales en medicina y 886 profesionales de enfermería egresaban por año. En relación con la vinculación al sistema de seguridad social en salud para el año 2000, el 25,7% pertenecía al régimen subsidiado y el 30,9% al régimen contributivo, alcanzando una cobertura del 56,8% de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2002). En 2009, la cobertura total del sistema de seguridad social supera el 90%.

En el Cuadro 4 se muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada en el 2007. En esta se especifica la cobertura de los distintos regímenes de salud vigentes en el país. Es importante anotar que los porcentajes mayores corresponden a las tres principales modalidades de cobertura en salud como son el régimen contributivo, el subsidiado y el especial.

Cuadro 4: Distribución de la población (totales) según afiliación declarada al Sistema de Seguridad Social en Salud, 2007

Régimen	Sexo		Total	%
	Masculino	Femenino		
Régimen contributivo	7.482.610	8.670.636	16.153.246	37,1
Régimen subsidiado	7.825.175	9.039.483	16.864.658	38,7
Régimen especial	695.321	806.097	1.501.419	3,5
Ninguno	4.307.287	4.111.179	8.418.466	19,3
Sin especificar	367.796	231.719	599.515	1,4
Total nacional	**20.678.189**	**22.859.114**	**43.437.303**	**100**

Fuente: Ministerio de Protección Social, 2007.

Desde el 2002 y hasta el 2005, el régimen subsidiado logró alcanzar una cobertura de ocho millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado y no contributivo para los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) 13.

Situación política: Históricamente Colombia ha enfrentado situaciones de violencia generadas principalmente por la presencia de grupos armados irregulares en varias zonas del país. Una de las consecuencias ha sido el desplazamiento interno de grupos familiares y comunidades enteras, quienes se han visto obligadas a abandonar sus hogares para ubicarse en otros municipios o ciudades, afectando su calidad de vida y generando un deterioro social en los grupos poblacionales afectados. Sin embargo, se han dado importantes avances en materia de recuperación de regiones expulsoras en las cuales la población civil ha logrado retornar gradualmente a las mismas.

Según los registros de la Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional (Acción Social), durante el periodo 2000–2009, 3.303.979 personas se vieron forzadas a desplazarse internamente (Acción Social, 2010). Este es el mismo dato reportado por el Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC, 2010).

En el Cuadro 5 se presenta el número de personas registradas en el Sistema de Información de Población Desplazada (SIPOD) en los departamentos con mayor registro de expulsión. Las características detalladas del fenómeno del desplazamiento en Colombia y la respuesta del gobierno nacional se encuentra en el Anexo No. 2.

Cuadro 5: Municipios con los niveles más altos de población desplazada registrada por expulsión, 2009

Departamento	Expulsión		Recepción		Declaración	
	Hogares	Personas	Hogares	Personas	Hogares	Personas
Antioquia	125.879	552.402	120.876	532.837	121.054	530.539
Bolívar	60.958	277.098	42.161	188.891	42.956	192.412
Magdalena	50.564	247.992	44.017	216.044	45.717	224.064
Chocó	40.246	187.787	21.144	102.054	21.434	106.090
Cesar	34.433	168.916	25.240	131.429	25.349	132.235
Caquetá	37.550	158.631	20.446	91.995	21.144	95.526
Tolima	37.602	155.404	18.449	78.284	19.258	82.256
Nariño	35.720	146.201	33.007	134.882	33.713	138.158
Valle del cauca	29.496	137.718	42.795	197.029	42.305	195.225
Putumayo	32.701	134.253	16.927	73.220	17.105	74.485
Cauca	31.311	130.021	24.652	103.084	24.592	102.045
Córdoba	27.127	125.574	27.821	130.542	27.329	129.421
Meta	29.497	118.419	27.955	113.737	27.742	112.415
Sucre	23.874	109.652	30.845	146.584	30.713	146.481
Norte de Santander	23.507	107.950	20.514	97.349	20.395	96.712

Fuente: Acción Social, Registro Única de Población Desplazada (RUPD), 2010.
Nota: Hogares y personas incluidas en el RUPD según departamento de expulsión, departamento de llegada y departamento en que se presentó la declaración.

En el departamento del Meta para el año 2020 tiene una población total estimada de 1.053.871 habitantes según la proyección del Censo DANE del año 2005, con un crecimiento del 32,2% comparado con la población del año 2.005. Los municipios con mayor crecimiento poblacional son: Villavicencio, Acacias, Granada, La Macarena, Puerto López, Vista Hermosa, San Martín, Puerto Concordia, Puerto Gaitán y Puerto Rico. Por otra parte, los municipios de El calvario, El Castillo, Lejanías, Puerto Lleras y San Juan de Arama presentan disminución en el crecimiento poblacional.

DP	DPNOM	DPMP	MPIO	2015	2016	2017	2018	2019	2020
50	Meta	50001	Villavicencio	484.429	495.200	505.996	516.802	527.668	538.527
50	Meta	50006	Acacías	68.888	70.469	72.048	73.640	75.252	76.873
50	Meta	50110	Barranca de Upía	3.926	4.007	4.097	4.180	4.267	4.342
50	Meta	50124	Cabuyaro	4.018	4.048	4.078	4.108	4.145	4.177
50	Meta	50150	Castilla la Nueva	9.812	9.899	10.194	10.494	10.803	11.112
50	Meta	50223	Cubarral	5.946	6.030	6.107	6.188	6.261	6.341
50	Meta	50226	Cumaral	18.020	18.150	18.270	18.395	18.501	18.619
50	Meta	50245	El Calvario	2.240	2.236	2.235	2.222	2.220	2.209
50	Meta	50251	El Castillo	6.362	6.301	6.244	6.184	6.127	6.068
50	Meta	50270	El Dorado	3.429	3.437	3.445	3.451	3.457	3.462
50	Meta	50287	Fuente de Oro	13.263	13.472	13.698	13.919	14.139	14.361
50	Meta	50313	Granada	62.209	63.451	64.695	65.952	67.192	68.446
50	Meta	50318	Guamal	9.366	9.403	9.449	9.477	9.510	9.542
50	Meta	50325	Mapiripán	17.229	17.661	18.091	18.532	18.985	19.435
50	Meta	50330	Mesetas	11.287	11.354	11.405	11.481	11.523	11.589
50	Meta	50350	La Macarena	32.861	33.812	34.787	35.766	36.781	37.804
50	Meta	50370	Uribe	16.155	16.539	16.934	17.329	17.730	18.129
50	Meta	50400	Lejanías	9.403	9.374	9.342	9.303	9.273	9.229
50	Meta	50450	Puerto Concordia	20.897	21.442	22.000	22.559	23.131	23.708
50	Meta	50568	Puerto Gaitán	18.556	18.678	18.792	18.903	19.007	19.113
50	Meta	50573	Puerto López	33.440	33.854	34.283	34.696	35.097	35.499
50	Meta	50577	Puerto Lleras	9.817	9.708	9.593	9.491	9.372	9.264
50	Meta	50590	Puerto Rico	18.626	18.701	18.793	18.870	18.943	19.016
50	Meta	50606	Restrepo	10.599	10.628	10.655	10.686	10.698	10.715
50	Meta	50680	San Carlos de Guaro	9.581	9.938	10.299	10.680	11.070	11.474
50	Meta	50683	San Juan de Arama	8.837	8.800	8.764	8.728	8.692	8.657
50	Meta	50686	San Juanito	2.165	2.191	2.207	2.241	2.270	2.292
50	Meta	50689	San Martín	24.670	24.992	25.298	25.605	25.902	26.197
50	Meta	50711	Vistahermosa	25.461	25.908	26.347	26.790	27.235	27.671
00		00	Total Poblacion del Departamento del Meta	961.292	979.683	998.146	1.016.672	1.035.251	1.053.871

Fuente: DANE

COMPARATIVO HISTÓRICO DE LA CONTRATACIÓN DEPARTAMENTO DEL META-SECRETARIA DE SALUD CON CONDICIONES SIMILARES

Para el contrato de Prestación de servicios de Salud, no es posible determinar mediante estudio de mercado el costo total del futuro contrato, sin embargo para estimar el Presupuesto Oficial del futuro contrato, se tuvo en cuenta el consumo de servicios o el costo por servicios de éste mismo nivel en las mismas condiciones de modo y lugar durante el año inmediatamente anterior. Habida cuenta que ésta entidad funge como rector del Sistema de Seguridad Social en Salud en la jurisdicción, para identificar la entidad que cumple con la necesidad de la Secretaria de Salud. Así mismo dicha información se puede validar a través del REPS _ Registro de Prestadores de Salud.

HISTORICO DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS CON EL DEPARTAMENTO DEL META, CON CONDICIONES SIMILARES

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de atención a población no asegurada y complementariedad del POS a afiliados al régimen subsidiado en el Departamento del Meta.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	413 de 10 de Mayo de 2016
VALOR DE CONTRATO	$702.203.293 Recursos

	$ 1.697.796.707 Recursos SSF Total $ 2.400.000.000 M/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (07) MESES

.ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de atención a población no asegurada y complementariedad del POS a afiliados al régimen subsidiado en el Departamento del Meta.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	624 del 27 de Abril de 2017
VALOR DE CONTRATO	700.000.000 pesos m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (07) MESES

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Prestación de servicios de salud diferentes a primer nivel de atención, en el hospital Departamental de Villavicencio a población pobre no asegurada - PPNA, con recursos del sistema general de participaciones - Aportes patronales, sin situación de fondos.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	1242 del 02 de Octubre de 2017
VALOR DE CONTRATO	2.273.880.553 pesos m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (07) MESES

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Garantizar la prestación de servicios de salud diferentes al primer nivel de atención a población pobre no asegurada del Departamento del Meta, con el Hospital Departamental de Villavicencio.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	0971 de 2018
VALOR DE CONTRATO	400.000.000 pesos m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (04) MESES

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Prestación de servicios de salud diferentes a primer nivel de atención, en el Hospital Departamental de Villavicencio a población pobre no asegurada - PPNA del departamento del meta, con recursos del sistema general de participaciones - sin situación de fondos.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	1153 del 25 de junio de 2019
VALOR DE CONTRATO	2.273.880.553 pesos m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (06) MESES

ENTIDAD CONTRATANTE	SECRETARÍA DE SALUD DEL META
OBJETO	Prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad correspondiente a la atención de urgencias y los procedimientos derivados de esta, así como las atenciones ambulatorias y hospitalarias de gestantes de población migrante irregular en el municipio de Villavicencio.
CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	0559 del 21 de mayo de 2020
VALOR DE CONTRATO	$ 500.000.000 pesos m/cte.
PLAZO DE EJECUCIÓN	SEIS (06) MESES

ENTIDAD CONTRATANTE	**SECRETARÍA DE SALUD DEL META**
OBJETO	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población migrante no regularizada que reside en nuestro departamento, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud".

SECRETARÍA DE SALUD DEL META
ANÁLISIS DEL SECTOR

CONTRATISTA	Hospital Departamental de Villavicencio
CONTRATO	**1312 del 29 de Julio de 2021**
VALOR DE CONTRATO	**$650.000.000 pesos m/cte.**
PLAZO DE EJECUCIÓN	Cuatro (4) meses

ENTIDAD CONTRATANTE	**SECRETARÍA DE SALUD DEL META**
OBJETO	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población migrante no regularizada que reside en nuestro departamento, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud".
CONTRATISTA	ESE SOLUCION SALUD
CONTRATO	**1215 DE 2021**
VALOR DE CONTRATO	**200.000.000.oo**
PLAZO DE EJECUCIÓN	Cuatro (4) meses y 15 días

ENTIDAD CONTRATANTE	**SECRETARÍA DE SALUD DEL META**
OBJETO	Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud a la población migrante no regularizada que reside en nuestro departamento, por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud".
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL DEPARTAMNTAL DE GRANADA
CONTRATO	**1313 DE 2021**
VALOR DE CONTRATO	$350.000.000
PLAZO DE EJECUCIÓN	Cuatro (4) meses

Sin embargo, se aclara que el presupuesto Oficial corresponde a un valor probable pero no determinado, pues la ejecución corresponderá a la cantidad de servicios prestados multiplicados por las tarifas pactadas del procedimiento o tratamiento prestado al usuario.

ANALISIS DE PRECIOS DE MERCADO:

Por tratarse de un valor probable pero no determinado pues el valor real o final del contrato depende de la cantidad de demanda del servicio multiplicado por la tarifa pactada, no es posible determinar mediante estudio de mercado el costo total, sin embargo, para estimar el Presupuesto Oficial del futuro contrato por un valor total de **DOSCIENTOS DIESCISEIS MILLONES CIENTO VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS DOS PESOS ($216.124.502.oo)MCTE** es de resaltar que el presupuesto oficial corresponde a un valor probable o determinante pero no determinado, pues el valor final del contrato corresponderá a la cantidad de servicios prestados multiplicados por la tarifa pactada con base al decreto 2423 de 1996, por lo cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos quirúrgicos y hospitalarios del manual tarifario.

MARTHA LUCIA TRIANA VARGAS
Gerente de Prestación de servicios de salud

JHONATAN DAVID NEIRA
Secretario de salud del Meta