

Beltrán Sierra, Yessica Alexandra; Garzón Cano, Irma Janeth; Valbuena Hernández, Pedro Nel
Estimación del indicador de prestación del servicio de salud en Colombia (2007-2010); una base para la
discusión sobre calidad de vida
Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. IX, núm. 16, 2013, pp. 79-99
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409633954007>



Cuadernos Latinoamericanos de Administración,
ISSN (Versión impresa): 1900-5016
cuaderlam@unbosque.edu.co
Universidad El Bosque
Colombia

Estimación del indicador de prestación del servicio de salud en Colombia (2007-2010); una base para la discusión sobre calidad de vida¹

Estimation of the provision of health service's indicator in Colombia (2007-2010); a basis for the discussion about the quality of life

Estimação do indicador de prestação do serviço de saúde na Colômbia (2007-2010); uma base para a discussão sobre qualidade de vida

Yessica Alexandra Beltrán Sierra. ²

Irma Janeth Garzón Cano. ³

Pedro Nel Valbuena Hernández. ⁴

Resumen

Este documento es resultado del estudio que se realizó a partir de la información de indicadores de calidad del Sistema Nacional de Salud suministrada por la Superintendencia de Salud, con el objetivo de calcular un Índice de Prestación del Servicio de Salud en Colombia para las principales ciudades del país, delimitado a los años 2007 – 2010. Primero se presentan elementos relacionados con la hacienda pública, política pública en salud, calidad de vida y calidad de vida referente a Salud. En un segundo momento se sistematizan los datos obtenidos de la Superintendencia de Salud y se calcula el Indicador de Prestación del Servicio de Salud en Colombia, finalmente, se analizan estos datos y se problematiza en función de la noción de *calidad de vida*.

Palabras claves: hacienda pública, sistema de salud, indicador, calidad de vida, atención, servicio, prevención, vulnerabilidad.

Abstrac

This document is the result of the information quality indicators supplied by the Superintendence of Health (Superintendencia de Salud), in order to calculate an index of Health Service Provision in Colombia for the major cities of the country and delimited to the years 2007 to 2010. On a first moment, elements related to public finance occur, public policy on health, life quality and life quality regarding health. On a second moment, the data obtained from the Superintendencia de Salud are systematized and the indicator of Health Service Provision in Colombia is calculated. Finally, the data are analyzed and focused on knowledge of life quality.

Key words: Treasury, Health System, Indicator, Quality of Life, Care, Service, Prevention, Vulnerability.

Resumo

Este documento é o resultado do estudo que se realizou a partir da informação dos indicadores de qualidade do Sistema Nacional de Saúde oferecida pela Superintendência de Saúde, com o objetivo de calcular um Índice de Prestação de Serviço de Saúde na Colômbia para as principais cidades do país. Para a análise foi usado o período entre 2007 – 2010. Por isso, primeiro, realizou-se uma revisão conceitual das finanças públicas, política pública em saúde, qualidade de vida e qualidade de vida relacionada com a saúde e, em segundo lugar, trabalhou-se com os dados da Superintendência de Saúde e calculou-se o Índice de Prestação de Serviço de Saúde. Finalmente, apresentou-se uma análise em função da noção qualidade de vida.

Palavras-chave: finanças públicas, sistema de saúde, indicador, qualidade de vida, atenção, serviço, prevenção, vulnerabilidade

Recibido el 18/03/2013 Aprobado el 06/06/2013

1. Artículo de investigación.

2. Economista. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, investigadora

3. Economista. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, investigadora

4. Economista, Universidad Pedagógica y Tecnológica, Tunja, Colombia. Docente Universidad El Bosque. Director del Proyecto. valbuenapedro@unbosque.edu.co

Elementos introductorios

El actual Sistema de Salud Colombiano, introducido mediante la Ley 100 de 1993, se encuentra soportado en supuestos que no se ajustan a la realidad y la naturaleza de esta dimensión vital de las personas. Su orientación se ha desarrollado bajo la lógica del mercado, haciendo del Sistema de Salud, un lugar de privilegios para las EPS (Empresas Promotoras de Salud). Con un criterio de intervención pública en el que el Estado Colombiano subsidia la prestación de los Servicios de Salud a las personas sin capacidad de pago, para evitar los sesgos y proceso de exclusión del sistema de mercado. Con la entrada en vigencia de la Ley 100, los niveles de cobertura han aumentado progresivamente. No obstante, se han evidenciado fallas en el sistema en cuanto a su sostenibilidad y eficiencia en la Atención al Usuario y Calidad de los Servicios.

Este estudio, a través de la construcción de un Indicador de Prestación del Servicio de Salud para Colombia (2007- 2010), conduce a la valoración y reflexión preliminar en torno a los problemas que se evidencian desde la Prestación del Servicio de salud, en momentos en que se ha dado un “nuevo” rumbo institucional al Sistema de Salud Colombiano.

De ahí, la descripción en el comportamiento de las diferentes dimensiones que dan cuenta de la Prestación del Servicio de Salud en Colombia, las cuales son definidas en este estudio como: la atención al usuario, el servicio y la prevención; lo anterior para las ciudades de Colombia con un número de población mayor a 1'000.000 de personas, siendo estas: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. También se aborda la relación entre el Indicador de Prestación de Servicio de Salud (IPSS) y la Calidad de Vida, teniendo en cuenta que la estimación del IPSS se basa en el análisis y tratamiento de la información ofrecida por la Superintendencia Nacional de Salud referente a indicadores de calidad.

El orden en el que se desarrolla el documento es el siguiente: En la primera sección se establece un marco conceptual, que presenta aspectos como: Los objetivos de la Hacienda Pública, Política Pública Social y la Salud en Colombia, Atención en Salud, diversas concepciones y definiciones del término Calidad de Vida, y específicamente Relacionada con la Salud. Luego, se presenta la descripción de cada uno de los indicadores componentes de las dimensiones, y se expone la metodología utilizada para el cálculo del Indicador de Prestación del Servicio de Salud (IPSS). Para finalizar, se analizará e ilustrará con gráficas el comportamiento del IPSS comparando las cuatro ciudades principales y la incidencia de este Indicador en la Calidad de Vida.

Este documento es resultado del estudio que se realizó a partir de la información de indicadores de calidad del

Sistema Nacional de Salud suministrada por la Superintendencia de Salud. Los datos utilizados corresponden a la base de datos suministrada por dicha entidad, los más actualizados para el periodo en estudio y no se contó con información posterior al 2010.

1. Hacienda pública entre la distribución o reasignación de recursos.

Para Gerhard Colm⁵, el objeto de la hacienda pública es estudiar la forma en que se logran los objetivos del sector público a través de los medios de ingresos y gastos públicos, dirección de la administración de la deuda y las transacciones correspondientes, donde se considera a el sector público como receptor de recursos fiscales y como inversor de los mismos.

Así los propósitos de la hacienda pública son: Dotar a la comunidad de cierta cantidad de bienes colectivos, como también lograr una mejor redistribución del ingreso nacional mediante el esquema tributario o el gasto público y por último la estabilidad y desarrollo económico.

Respecto a la función redistributiva, con la cual se busca ofrecer o al menos acercar, la igualdad de oportunidades de que gozan los miembros de una sociedad para participar en el crecimiento económico, la hacienda pública considera tres objetivos: el primero hace referencia a la mejora de la distribución global de la renta nacional mediante la implementación de políticas e instrumentos. El segundo busca una mejora relativa en los segmentos más pobres llegando a estos con una mayor proporción de servicios públicos, enfoque que ha tomado especial auge desde los años setenta. Y el tercer objetivo es el de distribuir los ingresos de los grupos más fuertes de la población para lo cual tiene un papel fundamental el diseño de la progresividad en ciertos impuestos en especial de los tributos directos como el de la renta y los impuestos sobre el capital.

Puesto que los bienes colectivos que proporciona la hacienda pública no se distribuyen según el principio de exclusión⁶, es evidente que cuando la hacienda pública entra a asignar una mayor proporción de ellos a un segmento de la población desvalida maximiza el bienestar del conjunto y establece externalidades positivas para la sociedad.

Musgrave⁷ distingue entre dos tipos de bienes colectivos, las necesidades sociales y los bienes meritarios. Las Necesidades Sociales se caracterizan por su indi-

5. RESTREPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2010. ISBN 9789587103434

6. Es decir el suministro de estos bienes no depende de un sistema específico de precios que excluye de su uso a quien no lo paga.

7. RESTREPO, Op. cit., p.30.

visibilidad según la cual su uso o beneficio no puede ser distribuido en porciones precisas entre los ciudadanos, sino que de ellas gozan colectivamente todos ellos, las necesidades sociales tampoco están sometidas al principio de exclusión. Los mecanismos de expresión de la comunidad en torno a sus preferencias sobre los bienes colectivos, se manifiestan a través de los procesos políticos y de toma de decisiones de las instancias gubernamentales y no por medio de un sistema de precios; como ejemplos típicos de este tipo de bienes tenemos la defensa nacional y la justicia. Los bienes meritorios se caracterizan porque su suministro se hace a través del presupuesto, adicionalmente a lo que se suministra del mismo bien a través del mercado y es pagado por los compradores privados, un ejemplo de estos es el subsidio que el Estado otorga a la salud, es decir la salud puede ser suministrada por el mercado directamente, pero por considerársele meritoria, una parte de ella puede ser provista mediante el sistema presupuestal. En el caso de estos bienes, el principio de la exclusión y de la indivisibilidad no operan con tanta claridad como si lo hacen en el caso de las necesidades sociales porque para su disfrute el proceso presupuestal puede incluir a unos ciudadanos y excluir a otros y también su suministro puede ser divisible otorgándolo a unas personas y otras no. Esto es problemático, en la medida que la racionalidad del mercado, privilegia el lucro de las EPS, sobre la prestación de este servicio en términos de calidad, eficiencia, eficacia, y en una dimensión amplia de lo social y el desarrollo.

La constitución de 1991⁸, amplió en términos formales, el conjunto de derechos sociales para los colombianos, comprometió recursos Fiscales en la financiación de los servicios sociales y estableció principios que buscan la coordinación de esfuerzos públicos y privados en la provisión de los servicios que demanda crecientemente la población colombiana. Según el artículo 35 de la constitución de 1991 el gasto social debe tener prioridad sobre cualquier otra asignación, excepto en caso de guerra exterior o por razones de seguridad nacional. La inclusión de la atención de la demanda y no por oferta, ha sido la piedra angular de la ley 100 y la forma como el Estado asigna los recursos de los colombianos en el sector de la salud y se distrae de una verdadera redistribución de la riqueza nacional en ámbitos de prioridad como política de Estado.

Uno de los objetivos de las políticas de gasto social según Mostajo⁹, es modificar la distribución de

ingresos a fin de hacerla más igualitaria, por lo tanto éstas tienen impactos distributivos de corto (a través de la provisión de salud y educación, subsidios y transferencia monetarias) y de largo plazo (la formación de capital humano afecta la distribución de ingresos). Los efectos de estas políticas pueden simularse a través de la medición de su incidencia, grado de focalización y sus efectos redistributivos.

Ha habido importantes esfuerzos por parte de los gobiernos por elevar los recursos asignados hacia la inversión social. Sin embargo, el gasto social continúa siendo insuficiente, no solamente en magnitud; más aún se ha caracterizado por una serie de elementos que reducen su impacto sobre el bienestar y la equidad: por ejemplo, manejo pro cíclico en períodos de crisis, ineficiencia en su asignación y mala calidad en cuanto a los beneficios que provee. Estas características del gasto social en la región ayudan a explicar las causas y los factores de permanencia de la pobreza y desigualdad, como también los efectos e impactos sobre el capital humano y el crecimiento económico.

Como lo explican Noel Cuenca y Fernando Chavarro¹⁰, el gasto público social se concibe como el instrumento por excelencia que permite una mejor redistribución de los recursos de que dispone una sociedad, en especial los recursos que benefician a más personas dentro de la sociedad y especialmente aquellos sectores o segmentos de población en condiciones de vulnerabilidad o pobreza. De ahí que el gasto público social deba mantener una relación positiva y significativa sobre la calidad de vida de una determinada población. Como lo afirma Cuenca y Chavarro¹¹ el impacto y posibles efectos que pueda tener el gasto social sobre el bienestar y la calidad de vida dependen de otros factores como los fallos de mercado, las limitaciones de los procesos políticos, la burocracia, las externalidades, las limitaciones de tipo institucional entre otros.

2. Política pública y la salud en Colombia

El Estado debe garantizar disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de servicios de salud para toda la población y dar tratamiento preferencial a poblaciones en especial riesgo, lo anterior de acuerdo a La Constitución Política Nacional que compromete al Estado a garantizar la atención básica universal, gratuita y obligatoria, el acceso a la promoción, la protección y la recuperación de salud mediante la

8. VÉLEZ, C. E. Gasto Social y desigualdad, logros y extravíos. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, 1996.

9. MOSTAJO, Rossana. Gasto Social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América latina y el Caribe [en línea]. Chile: series CEPAL, Serie reformas económicas, 2000, mayo, no.69. Disponible en: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/4589/lc1376e.pdf>>. LC/L.1376

10. CUENCA, Noel, CHAVARRO, Fernando. Calidad de vida y Gasto público social en Colombia: Análisis por departamentos, 1993-2000. Semestre Económico, 2010, enero-junio. Vol.13, no.26, p.57- 79. ISSN 0120-6346

11. Ibid.

Seguridad Social en Salud¹². En consecuencia el Estado debe brindar protección a embarazadas, menores de un año, adultos mayores, personas con discapacidad y a la población pobre, lo mismo que a aquellos enfermos que vean comprometido un derecho fundamental como la vida.

Por lo tanto, la salud debe constituirse en una política pública o de Estado en beneficio de su población, y el mejoramiento de la calidad de vida. En este sentido “las condiciones básicas para que una política social que verdaderamente beneficie a la población más pobre, tenga éxito, son (i) que haya un compromiso fiscal a largo plazo del estado colombiano, (ii) que hayan mayores esfuerzos explícitos para dirigir los recursos públicos hacia actividades costo-efectivas para las poblaciones pobres que más lo requieran y (iii) es necesaria voluntad política para consolidar los esquemas institucionales que permitan mayor eficacia y calidad en la provisión de los servicios de la salud y la educación”¹³

Según la definición actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad e incluye el bienestar general de las personas. En este sentido:

La salud de las personas ésta determinada por dos elementos: su composición genética y el medio ambiente. Este último, entendido en un concepto amplio que incluye el entorno físico, social, cultural, económico y de comportamiento al que ha estado sometido el individuo a lo largo de toda su vida, incluyendo el vientre materno. Y es precisamente en el mejoramiento de estos entornos donde la salud pública tiene su principal campo de acción. Por lo tanto, ésta se ocupa de mantener la salud de la población en general, así como de identificar y cuantificar los principales problemas de salud de la población, formular políticas destinadas a resolver o mejorar dichos problemas y asegurar el oportuno acceso de la población a servicios de la salud con calidad que incluyan prevención de la enfermedad y promoción de la salud.¹⁴

La atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, quien tiene como tarea garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas. Por consiguiente, le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud y de saneamiento; establecer las políticas para la prestación

de servicios de salud por entidades privadas; ejercer su vigilancia y control y establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares en materia de salud y determinar los aportes a su cargo.

En el Presupuesto General de la Nación se incorporan recursos para (i) Financiar los aportes patronales de los empleados públicos de las entidades que hacen parte del presupuesto, afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social; (ii) financiar la afiliación de la población pobre del Régimen subsidiado (Subsidio a la demanda); (iii) financiar la prestación de servicios de salud, a través de los hospitales públicos, a la población pobre no amparada por el régimen subsidiado (subsidios de oferta); (iv) atender a las víctimas de eventos catastróficos y víctimas de accidentes de tránsito; (v) atender los planes y programas de salud pública orientados a la promoción y prevención de salud, y a los planes de inmunización de la población, especialmente infantil y (vi) para la investigación en salud, la inspección y vigilancia y los subsidios a los enfermos de Hansen entre otros¹⁵.

En retrospectiva, en la década de los 90's y bajo los nuevos preceptos de la Constitución de 1991, la cual consagró la salud como un derecho de todos los colombianos, se instituyó la ley 100 de 1993 con la cual se puso en marcha en Colombia el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el cual se reemplazó el tradicional modelo de oferta, que implicaba subsidiar hospitales públicos. El diseño básico del nuevo sistema consistió en apoyar directamente a la demanda, suministrando a los usuarios el acceso a un seguro provisto por entidades promotoras de salud (EPS) que deben competir entre ellas por afiliar a la población y prestarle los servicios de aseguramiento. La Ley creó entonces el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que estableció dos tipos de entidades para administrar y prestar los servicios de salud: (I) las Empresas Promotoras de Salud (EPS), (II) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Las EPS son las aseguradoras de los individuos del Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, respectivamente. Estas entidades contratan directamente a las IPS (hospitales o centros de salud, incluyendo a las Empresas Sociales del Estado, (ESE) para la prestación de los servicios de sus afiliados. Así, las EPS se comportan como compañías aseguradoras: administran riesgos y reciben dinero que remunera este servicio. El esquema entonces está basado en la

12. NIÑO, Juan Carlos. Equidad en el Gasto público social. Economía Colombiana, 2005. P.16-25. ISSN 01204998

13. VÉLEZ, Op. cit. S.p.

14. CORREA, Juan Carlos. La salud Pública: el componente olvidado de la ley 100. Carta Financiera, 2008. No. 143, p.32-37. ISSN: 0120-3436.

15. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Mensaje Presidencial Proyecto de ley de Presupuesto General de la Nación. Bogotá: Presidencia de la República 2005.

competencia entre múltiples actores del sistema y en la capacidad de escogencia por parte de los usuarios¹⁶.

El Sistema de Salud está compuesto por dos tipos de regímenes de afiliación o aseguramiento: el Contributivo y el Subsidiado. El primero está conformado por aquellas personas con capacidad de pago (aquellos individuos que tienen un trabajo formal y que no pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN), estos individuos, beneficiarios del Régimen Contributivo (RC), tienen un seguro que les otorga unos beneficios bastante amplios (en términos de eventos, tratamientos y medicamentos) conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS). Al segundo grupo, el Régimen Subsidiado (RS), pertenece la población más pobre y que generalmente no tiene capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN). Este segmento de la población recibe, sin costo alguno para ellos, un seguro de salud que cubre una gran variedad de eventos que, sin embargo, es menor que los beneficios obtenidos mediante el Régimen Contributivo. Este plan de beneficios se conoce como el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S). Adicionalmente, existe un tercer grupo, compuesto principalmente por la población más pobre del país, que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes, denominado los “vinculados”. Estos individuos son atendidos (casi) sin costo en la red de hospitales pública y son responsabilidad directa de los Departamentos. Finalmente, el sistema tiene un componente de salud pública (vacunación, prevención y campañas de educación, entre otras), dirigido en particular a la población vulnerable¹⁷.

Los estudios de Fedesarrollo¹⁸, evidencian que en el año 2000, tras seis años de vigencia del nuevo sistema, la cobertura del aseguramiento ya alcanzaba el 60%. Actualmente, la población asegurada es cercana a 96%, lo que significa que en un poco más de una década el número de afiliados aumentó en 20 millones de personas. La cobertura plena del sistema de aseguramiento estuvo contemplada en la Ley 100 de 1993 pero allí se preveía que un 70% de los asegurados estaría bajo el régimen contributivo, al cual se encuentran afiliados los trabajadores del sector formal de la economía y sus familias. En la práctica ello no sucedió, debido a los altos niveles de informalidad laboral vigentes en Colombia. El régimen contributivo ciertamente aumentó de 13 millones de afiliados en

el 2000 a tener en la actualidad cerca de 19 millones de afiliados. Sin embargo, los avances más grandes tuvieron que lograrse mediante un aumento del régimen subsidiado financiado fundamentalmente con recursos del Presupuesto Nacional y del Sistema General de Participaciones de los entes territoriales. En el año 2000, el régimen subsidiado tenía cerca de 9,5 millones de personas afiliadas. Para el año 2011 este número había aumentado de manera significativa hasta alcanzar los 23,2 millones.

Este mismo estudio plantea que:

Los problemas del Sistema de Salud se pueden agrupar en cinco grandes grupos. El primero es la indefinición sobre el concepto del derecho a la salud de los colombianos y sobre los límites de lo que debe cubrir el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El segundo grupo de problemas es el relacionado con la explosión de gastos en procedimientos y medicamentos a través del llamado No POS, por órdenes expresas de tutelas y CTC (comités técnicos científicos). El tercero son los altos niveles de iliquidez que se transmiten a lo largo de toda la cadena de actores del sistema, entre otras razones por la ausencia de una reglamentación adecuada del llamado No POS, que ha generado enormes retrasos en los procesos de repago por parte del FOSYGA de gastos en que ya incurrieron las IPS y las EPS, con base en tutelas y órdenes de los CTC. El cuarto grupo se relaciona con la falta de estímulos para el funcionamiento de las EPS del régimen subsidiado. Y por último los problemas vinculados a las fallas de supervisión¹⁹.

Podemos concluir con un juicio de valor, difícil de rechazar, la asistencia en salud en el país pasó a un segundo plano, más aun, buena parte de la población no tiene acceso oportuno al sistema de salud y la calidad de la atención es deficiente de forma generalizada²⁰.

La experiencia reformista del sistema, nos mostró la experiencia del año 2007 con la sanción de la Ley 1122 de 2007, que no produce cambios estructurales en el sistema, sino una serie de ajustes sobre su funcionamiento y operación. Además, de estos “la baja cobertura, la caída en los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de los recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de la salud”²¹.

16. GARCÍA, María, HOYOS María. Evaluación de la calidad en la atención de salud de la Investigación sobre los procesos de creación y reporte de indicadores de calidad según circular 030 y 047 realizados en Calisalud EPS (Trabajo de grado), 2011

17. Ibid., p. 14.

18. FEDESARROLLO. Las paradojas de la salud: Un sistema que ha sido ejemplo internacional podría estar en peligro. Tendencia Económica. 2012, junio. No. 122, p. 6-12. ISSN 1692-035X.

19. FEDESARROLLO, Op. cit., p.9.

20. CORREA, Op. cit., p.34

21. CARDONA J, HERNÁNDEZ A, YÉPEZ, F. La Reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿Avances o retrocesos?. Revista gerencia y políticas salud, 2005. Vol.9, no. 4, p.81-99. ISSN 1657-7027

Esto deriva por ejemplo, en la creación de la Comisión de Regulación en Salud, CRES la cual tiene como función la definición de los asuntos financieros más importantes, tales como el valor de la Unidad de Pago por Capitación de los regímenes contributivo, de subsidios “plenos” y de subsidios “parciales”; el establecimiento y actualización de un sistema de tarifas y de un manual de tarifas que funcione como piso en la contratación por prestación de servicios de salud; y la definición de los criterios para los pagos moderadores. De igual manera, deberá definir lo concerniente a los beneficios que funcionan como los derechos de los asegurados, y debe definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, incluido el manual de medicamentos y el reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad²².

La Ley 1438 de 2011, tampoco contribuyó de manera sustancial los problemas estructurales del sistema de salud, sus alcances no son más que retórica y un canto a la bandera, como reza el artículo 1º es “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las Instituciones y la Sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”²³. Es justamente este año cuando se evidencian mediáticamente los escandalosos manejos de las EPS de los recursos de los colombianos que alimentan el Sistema de Salud.

3. Algunas referencias obligadas sobre calidad de vida

A pesar de que definir el concepto de calidad de vida resulta difícil, se puede identificar una de sus esenciales condiciones: su multidimensionalidad. Desde esta perspectiva, se encuentra que la vida puede ser analizada desde distintos enfoques, y por tanto, la calidad de vida ha de ser necesariamente multidisciplinar. Así, la noción de calidad de vida es objeto de estudio tanto de ecólogos como de biólogos, quienes utilizan indicadores como: la pureza del agua, el equilibrio de especies o la deforestación. También es justificada por científicos sociales como economistas y sociólogos, cuya preocupación es el bienestar de las poblaciones y

utilizan medidas socioeconómicas como, por ejemplo, el Producto Interno Bruto PIB o la renta per cápita, o sociales como, por ejemplo, tasas de criminalidad, indicadores de desintegración familiar, etcétera. Finalmente, desde un punto de vista médico, con el objetivo de evaluar la calidad de la salud, se han venido utilizando indicadores epidemiológicos y socio-demográficos como la mortalidad, la esperanza de vida o tasas de morbilidad.

Junto a esto, desde el denominado movimiento de los indicadores sociales nació, primero en los EUA y después en Canadá y Europa, una sólida conceptualización teórica de la calidad de vida desde posicionamientos psicosociales (Casas, 1989), que se consolidó con las dos grandes obras aparecidas en el año 1976: La de Andrews y Whitey (1976) y la de Campbell, Converse y Rodgers (1976). Para esta corriente, hablar de calidad de vida, hace innecesario hablar de bienestar social, porque aquel concepto integra éste último. El bienestar social representa las condiciones materiales, objetivamente observables de la calidad de vida. La calidad de vida es función del entorno material (bienestar social) y del entorno psicosocial (bienestar psicológico; y a menudo otros componentes, dependiendo del autor) (Casas, 1999).

Ahora bien, según Fernandez²⁴, en el marco de las discusiones encontradas respecto a la definición del concepto de calidad de vida, se encuentra que 1) De una parte se postula que la calidad de vida hace referencia, exclusivamente, a la percepción subjetiva que individuos tienen sobre ciertas condiciones mientras que otros, por el contrario, consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas (relativas a la valoración o la apreciación que el sujeto tiene sobre distintas condiciones de la vida) como objetivas (esas mismas condiciones pero evaluadas de forma independiente al sujeto). 2) Por otra parte, se cuestiona si la calidad de vida ha de referirse, necesariamente, a un concepto ideográfico en el sentido de que es el sujeto quién ha de establecer cuales son los ingredientes que intervienen en la «calidad» de su vida o, más bien, si puede ser establecido una calidad de vida general para todos los sujetos o concepto nomotético.

En los últimos años, los participantes en el proyecto WHOQOL (World Health Organization Quality of life), auspiciado por la OMS, han definido la calidad de vida como la percepción del individuo de su situación en la vida, como en el contexto de su cultura y el

22. RESTREPO, Román. A propósito de la Ley 1122 del 2007 reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007. enero-junio. vol. 25, no.1, p. 90-105. ISSN 0120-386X.

23. GARCÍA, Op. cit., p. 19.

24. FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocio. Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales [en línea]. Madrid. [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>>

sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Consecuentemente, se encuentra que el concepto de calidad de vida reúne y/o relaciona tanto factores objetivos, como subjetivos. Los primeros están determinados por el modo, las relaciones de producción y las formas de organización de una sociedad dada, y por los patrones de trabajo y consumo que caracterizan a los distintos grupos sociales, en un período histórico determinado. Respecto a los segundos, resulta determinante el grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, el cual está determinado por el nivel de correspondencia entre las aspiraciones y expectativas trazadas y los logros, que en relación con ellas, va obteniendo a lo largo de su existencia. El estudio, evaluación y percepción de la calidad de vida, requiere reconocer que existe una interacción entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto, y lo psicológico influye en lo social de acuerdo con la postura que el individuo asume²⁵.

“El término “calidad de vida” entra a formar parte del lenguaje corriente de los países occidentales a partir de los años cincuenta, y solo hasta la década de los setenta adquiere una connotación semántica definida. A partir de los años noventa, el uso de esta expresión, según lo anota Diego Gracia, se identifica en tres contextos y con tres significados distintos: “descriptivo”, “evaluativo” o “normativo” y prescriptivo o moral”²⁶.

La calidad de vida se ha definido como un equivalente de bienestar en el ámbito social, de estado de salud en el terreno médico, llamada también calidad de vida de salud y de satisfacción vital en el campo psicológico.

La vinculación y relación existente entre desarrollo y calidad de vida es inminente, puesto que como lo afirmaba Amartya Sen, el desarrollo ha de tener como principal objetivo la mejora de nuestras vidas y de las libertades de que disfrutamos. Y una de las libertades más importantes de que podemos gozar es la de no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables²⁷.

Podemos encontrar como ahora diversas disciplinas hacen del problema de la calidad de la vida, el centro de todas sus reflexiones, como es el caso de la bioética, la cual ha ampliado sus preocupaciones. Roberto

Andorno²⁸ señala que en la bioética la calidad de vida está relacionada con la comprensión sistémica de la salud y de la vida misma como sistema autoorganizado y dinámico. Así, los índices relativos a la salud son primordiales para la determinación del bienestar o la calidad de vida en cualquier sentido que demos a estos términos.

En este contexto, se encuentra que tanto los analistas de la política de salud como otros científicos sociales han realizado un considerable trabajo al construir y emplear medidas de salud y de la calidad de vida para usarlas en poblaciones grandes y relativamente diversas. Algunos ejemplos representativos de las estructuras de evaluación empleadas son: (i) El Perfil del Efecto de la Enfermedad (PEE), que fue diseñado por Marilyn Bergner y sus colegas para medir el efecto de una gran variedad de formas de mala salud sobre la calidad de vida de las personas. (ii) el Índice de la Calidad de Vida (ICV) desarrollado por Walter O. Spitzer y sus colaboradores para medir la calidad de vida de los pacientes con cáncer. (iii) el Índice de la Condición de la Salud (ICS), diseñado por Milton Chen, S.Fanshel y otros, que mide los niveles de las funciones según ciertas dimensiones.

3.1 Calidad de vida relacionada con la salud

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

En relación a la atención en salud, el excesivo énfasis en los aspectos tecnológicos y el deterioro de la comunicación equipo de salud-paciente ha ido quitándole a la relación de ayuda profesional, la calidad relacional que fuese en otros tiempos soporte social para el paciente y fuente de gratificación y reconocimiento para el profesional de la salud. El diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, a nivel biomédico exclusivamente, el uso de complicados procedimientos tecnológicos, que sin duda han representado un salto cualitativo a nivel de la supervivencia en enfermedades antes rápidamente mortales, han dejado de lado, en muchas ocasiones, la aproximación más holística al cuidado de la salud,

25. BOLADERAS CUCURELLA, Margarita, et al. Bioética y calidad de vida. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2000. Colección Bios y Ethos ; 15. ISBN 958807732X

26. Ibid. P. 44

27. Ibid., p.45

28. ANDORNO, Roberto. Bioética y dignidad de la persona [en línea]. España.Tecnos.1998. [Citado el 1 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=48025>>. ISBN 84-309-3236-4

donde no sólo se busque combatir la enfermedad sino promover el bienestar²⁹.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud.

En este contexto, Guyatt, G.H.; Feeny, D.H., Patrick, D.³⁰ reconocen la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria para la comprensión de la calidad de vida, ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.

El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud. Las razones por las cuales han de usarse las medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud son: (i) La toma de decisiones en el sector salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente. (ii) Se debería además analizar el proceso de atención a la salud, tanto en lo que hace a la evaluación de la excelencia técnica (decisiones terapéuticas, utilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento con fundamento sólido) así como la evaluación de la excelencia interpersonal, basada en un manejo científico, ético y humano de la relación médico-paciente³¹.

“Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar³². Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con

el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas³³.

Dadas las diferentes concepciones expuestas anteriormente sobre Calidad de Vida y Calidad de Vida Relacionada con la Salud, para fines de éste trabajo se partirá de que de la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones objetivas, es decir aquellas condiciones que son evaluadas de forma independiente al sujeto, como condiciones subjetivas, es decir aquellas relativas a la valoración o la apreciación que el sujeto tiene sobre las distintas condiciones de vida, encontrando entre las primeras la base para la estimación del IPSS, sin dejar de reconocer la importancia que las condiciones subjetivas tienen en la calidad de vida las cuales, sin embargo, no son objeto de análisis en este trabajo. Además teniendo en cuenta, como lo expresan, Santa María, M., García Fabián, el bienestar, la salud o, de manera más precisa, la forma como las personas perciben su estado de salud, tiene una relación positiva con la calidad de vida, ya sea percibida u objetiva.

4. Justificación de la clasificación de los indicadores de calidad en salud

Con el fin de facilitar el análisis de la información de calidad de vida en salud tuvimos en cuenta los siguientes aspectos.

El primer grupo de indicadores tiene como marco de referencia la concepción de atención en salud, donde precisamente se encuentra que El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad. Conceptualizando, la Atención en Salud, es el servicio médico asistencial que debe ser prestado en forma integral, (educación, información, fomento de la Salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) con oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo establecido en cada uno de los sistemas de salud³⁴.

“Según el decreto 1011 de 2006, la Atención en Salud se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del

29. SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales [en línea]. Ciencia y enfermería, 2003, v. 9, n° 2 [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325> ISSN 0717-9553

30. Ibid., p.10

31. Ibid., p.11

32. Ibid., p.12

33. Ibid., p. 14.

34. SECRETARIA DE SALUD. Preguntas frecuentes [en línea] [consulta 17 de octubre de 2012]. Disponible en: <<http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/usuarios/preguntasfrecuentes>>

aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”³⁵.

En este sentido, se encuentra que “en salud está demostrado que del total de los problemas de calidad en la atención, un 75% se origina en fallas de procesos y sólo un 25% es causado por problemas de infraestructura. Esto es contrario a lo que muchos piensan, que el problema de calidad en salud es principalmente de dinero y falta de infraestructura o equipos”³⁶.

El segundo grupo está relacionado con los Servicios de Salud, que son “aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad”³⁷.

El tercer grupo de indicadores se encuentran agrupados bajo el criterio de prevención en salud, que es el área dedicada a prevenir el desarrollo de problemas de salud.

Por lo tanto se concentran en proporcionar información y en desarrollar destrezas que le permitan al individuo alcanzar su nivel óptimo de salud. La prevención es un proceso activo y en doble vía, que requiere la participación activa de la población donde se ejecutan los cambios, al igual que de los profesionales de salud pública. La prevención primaria tiene como objetivo prevenir el desarrollo de patrones de comportamiento que pueden poner en peligro el bienestar integral del individuo. Por lo tanto, uno de los objetivos de la prevención es cambiar los patrones de comportamiento de la persona no solamente proporcionando información con la cual el individuo pueda tomar decisiones racionales para mejorar su estado de vida, sino también ayudándole a desarrollar destrezas para cambiar su modelo de vida.³⁸

35. JIMÉNEZ BAENA. Seguridad Social en Colombia [en línea]. 2010 [consulta 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://doctor-baena.blogspot.com/2010/02/decreto-numero-1011-de-2006.html>>

36. ASTAÑO CONVERS, Sergio. Calidad en la atención en salud [en línea]. Educación y Práctica de la Medicina, 2005, v.30, n° 4. [Citado el 8 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a8.pdf>>

37. LALAMA, Marcelo. FARMACOLOGÍA VIRTUAL [en línea], [consulta 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.farmacologiavirtual.org/>>

38. PÉREZ, Miguel A y PINZÓN PÉREZ, Helda. Uso del tabaco entre los jóvenes colombianos. Retos para los profesionales en salud pública [en línea]. Salud Uninorte, 2005, v. 21 [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/4112/2524>> ISSN 0120-4442

“Cabe anotar que los programas de prevención nunca son efectivos un 100%. Esta premisa no reduce el hecho de que la mayoría de programas de prevención diseñados con bases científicas nos ayudan a modificar factores previamente definidos y los cuales tienden a tener un efecto negativo en la salud de la población de interés. De hecho, los programas de prevención tienen como objetivo promover estilos de vida saludable, que permiten introducir paulatinamente en la vida de las personas pautas de conducta, las cuales, una vez asimiladas, mejoran su calidad de vida”³⁹.

4.1 Descripción del índice de prestación del servicio de salud en Colombia (ipss)

En términos generales, un indicador es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo, una vez se tenga claridad sobre las causas que lo generaron.

El IPSS es un indicador compuesto⁴⁰, realizado en base a catorce indicadores registrados por la superintendencia de Salud referentes a Calidad en salud, clasificados para fines del presente trabajo en tres Dimensiones: atención al Usuario, Servicio y Prevención. Para el periodo comprendido entre el año 2007 y 2010.

En este sentido, los resultados del Indicador de Prestación del Servicio de Salud (IPSS) calculado en el presente trabajo se interpretarán de la siguiente manera: Un Indicador bajo refleja un mayor grado de vulnerabilidad⁴¹ para que se presenten condiciones de desmejoramiento de la Calidad de Vida en Salud. Y un Indicador alto, refleja menor grado de vulnerabilidad, es decir que se presentan condiciones más favorables para el mejoramiento de la Calidad de Vida en Salud a partir de la Prestación del Servicio.

4.2 Aspectos empíricos del estudio

El Estudio de la situación del Sistema de Salud Colombiano respecto a la calidad de vida en salud se efectuará mediante el cálculo y análisis del Indicador de Prestación del Servicio de Salud en Colombia .

39. Ibid.

40. Un indicador compuesto se formula cuando los indicadores se compilan en un índice único, basado en un modelo subyacente del concepto multidimensional que se está intentando medir.

41. Existen tendencias que definen la vulnerabilidad en el sentido de experimentar una carencia y otras como ausencia de capacidades con las que se pueda responder a una situación de contexto. (Álvarez. J, 2010)

Los datos utilizados para su elaboración fueron suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud, ente rector que ejerce las funciones de vigilancia, inspección y control del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para el establecimiento de la muestra objeto de este estudio, mediante la filtración de la base de Datos original son: EAPB pertenecientes al Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado; consistencia en la forma de cálculo de los indicadores de calidad respecto a su descripción, construyéndose así una base de datos por dimensión que incluye Empresas Administradoras de Plan de Beneficios del Régimen Contributivo y Subsidiado, Las ciudades a los cuales pertenecen, los indicadores de calidad tenidos en cuenta para la construcción del índice y sus respectivos valores para cada EAPB y, en cada semestre analizado.

La TABLA N° 1⁴², se muestra el formato de la base de datos que se construyó para la dimensión de prevención la cual cuenta con dos indicadores, oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino y Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año. Para el cálculo del Indicador de Prestación del servicio de Salud (IPSS) en Colombia se seleccionaron las ciudades con una población mayor a un millón de personas, para este fin, se consultó la base de datos “estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total Municipal por área” del DANE y teniendo como base el periodo definido para este trabajo (2007-2010), las ciudades con población mayor a un millón de personas en la proyección de población para el año 2010 son: Bogotá D.C (7'363.782); Medellín (2'343.049); Cali (2'244.668); Barranquilla (1'186.412).

4.3 Aspectos metodológicos del estudio

La metodología implementada para el cálculo del Índice de prestación del Servicio de Salud (IPSS) fue la siguiente⁴³:

42. la imagen presentada es una muestra de la base de datos que se construyó , puesto que la base de datos construida es mucho más extensa. Ver Anexo B se encuentran algunas de las tablas relacionadas con este estudio para facilitar la comprensión del lector..
43. Metodología basada en el Documento “Diagnóstico socioeconómico ambiental. Caso de estudio Manuel Tames”. De Yudirka Matos. Para calcular el Índice de desarrollo municipal básico (IDMb). Y MÉNDEZ DELGADO, Elier J. “Ensayo en Cuba para medir el Desarrollo Económico Local”. Revista Temas y Reflexiones Corporación Universitaria de Ibagué. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Año 4. No. 4, Ibagué, Mayo del 2000.

- a. La organización de la información que alimenta la base para el cálculo, es decir, capturarla, verificarla y depurarla.
- b. Selección de los indicadores de calidad pertenecientes a cada una de las dimensiones (Atención al Usuario, Servicio y Prevención) que se tendrán en cuenta en la elaboración del Indicador de prestación del Servicio de Salud (IPSS). A continuación se presenta la descripción de los 14 indicadores de calidad.
- c. Se define la medida de Vulnerabilidad que sufre una población en cada una de las variables analizadas.⁴⁴La medida de vulnerabilidad clasifica a una población en el rango de cero a uno.

El índice de vulnerabilidad se puede calcular de la siguiente forma:

$$IVij = \frac{\text{Máx Xi} - Xij}{\text{Máx Xi} - \text{Mín Xi}}$$

Dónde:

IVij: Índice de vulnerabilidad del indicador i en la población j.

Xij: Valor del indicador i en la población j. (o segmento de referencia)

Max. Xi:Valor máximo del indicador i.

Min. Xi:Valor mínimo del indicador i.

En el caso de indicadores que tengan un comportamiento inverso como los indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general, que evalúan el número de Días promedio en que se demoran en asignar una Cita, y que por lo tanto son más favorables en la medida que disminuyen se puede proceder directamente por esta fórmula que se presenta a continuación, donde el valor máximo (valor deseado), así como el mínimo (máxima vulnerabilidad) de estos indicadores que difieren al de los demás indicadores, se toma el valor real mínimo, como el valor deseado y el máximo como el de mayor vulnerabilidad.

$$Vij = \frac{Xij - \text{Mín Xi}}{\text{Máx Xi} - \text{Mín Xi}}$$

Para llevar a cabo el cálculo de la medida de Vulnerabilidad (IVij), se precedió a prome-

44. Cada uno de los a indicadores de calidad de cada Dimensión

diar cada indicador de calidad perteneciente a cada Dimensión para cada una de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, para obtener así indicadores promedio consolidados del periodo analizado, y luego promediar estos últimos para obtener el Índice Promedio por municipio. También se hallaron los valores Máximos y Mínimos de cada indicador de cada una de las Dimensiones. Finalmente se hallan los índices de vulnerabilidad de cada indicador para cada una de las Ciudades. A continuación en la Tabla N° 6, se visualiza una muestra de los resultados para la Dimensión de Prevención.

- d. Definir un indicador promedio de vulnerabilidad. Esto se hace calculando un promedio de los indicadores por dimensión.

$$IPPJ = \frac{1}{\sum_{i=1}^n IPij} \cdot n$$

IPPj: Índice de vulnerabilidad promedio por dimensión en el población j.

n: número de variables.

CIUDAD	ATENCIÓN AL USUARIO	SERVICIO	PREVENCIÓN	IPSS
Bogotá D.C	0,329802732	0,057567	0,688519942	0,358629784
Cali	0,238578407	0,049968	6,980392157	0,422979492
Medellin	0,282521458	0,044447	0,959678474	0,426882322
Barranquilla	0,334999996	0,102567	0,996677741	0,478081694

TABLA 7. Resultados del Indicador de Prestación del Servicio de Salud (IPPS) para cada una de las Ciudades Fuente: Elaboración Propia

4.4 Principales limitaciones de la metodología

Luego de una revisión de las consistencia en el calculo de los indicadores de calidad suministrados en la base de datos de la Superintendencia de Salud se, debió excluir de la muestra 25 Empresas Administradoras de Plan de Beneficios puesto que en alguno de los indicadores de calidad, su calculo era inconsistente con la descripción de la formula calculo dada por la Supersalud mediante la circular 030 de 2006.

No se pudo incluir dentro de las Dimensiones que hacen parte del Indicador de Prestación del Servicio de Salud (IPPS), la Dimensión Vital que incluida tres indicadores, Razón de mortalidad materna, Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años, Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años, porque los datos registrados en la base suministrada por la SuperSalud mostraban tasas de mortalidad de cero para la mayoría de la muestra, y esto generaba que el Índice de vulnerabilidad promedio por dimensión en

En la Tabla 7 se presenta una muestra de los resultados para la Dimensión de Prevención.

3. Finalmente se realiza el cálculo del Indicador de Prestación del Servicio de Salud (IPPS) para cada una de las Ciudades al promediar los subíndices de las tres dimensiones. Es decir, se suman los valores dados en Cada dimensión y se dividen entre tres.

Se proponen cinco rangos entre 0 y1 para determinar los niveles de calificación de las dimensiones que intervienen en la prestación del servicio de salud, tanto de las dimensiones como en el conglomerado en general, entre más alto sea el índice más contribuye a la calidad de vida.

Estos son:

1. Superior = 0,90-1
2. Nivel alto = 0,70-0.89
3. Nivel medio = 0,50-0.69.
4. Nivel bajo = 0,21-0,49
5. Inferior = menor a 0,20

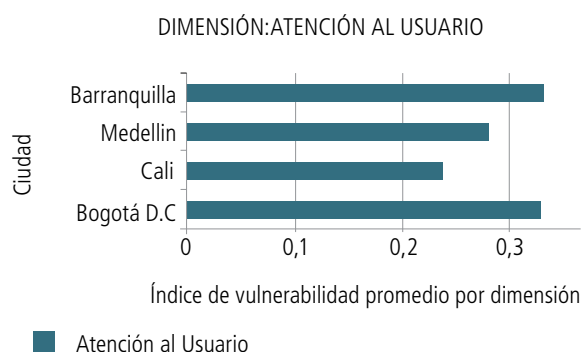
cada una de las ciudades fuera indeterminado por lo tanto no se podría calcular el IPSS.

El periodo de análisis es muy corto debido a que solo a partir de 2007, mediante la creación de la figura de Defensor del Usuario con Ley 1128/2007, la Superintendencia empieza a registrar este tipo de indicadores.

4.5 Análisis de resultados por dimensiones

CIUDAD	ATENCIÓN AL USUARIO
Bogotá D.C	0,329802732
Cali	0,238578407
Medellin	0,282521458
Barranquilla	0,334999996

TABLA 8. Resultados Dimensión atención al usuario. Fuente: Elaboración propia.



GRAFICA 1. Resultados Dimensión Atención al usuario.
Fuente: Elaboración propia.

En esta gráfica se puede observar que Barranquilla es la ciudad en el rango, que presenta mejor comportamiento, pero esta en el rango de nivel bajo de atención al usuario, esta determinación con base en los siguientes rangos:

1. Superior = 0,90-1
2. Nivel alto = 0,70-0,89
3. Nivel medio = 0,50-0,69.
4. Nivel bajo = 0,21-0,49
5. Inferior = menor a 0,20

Probablemente, la infraestructura hospitalaria da cuenta de los diferentes resultados presentados para las cuatro ciudades. Encontrándose según los participantes del estudio realizado por Julián Vargas y Gloria Molina, que en Bogotá y Medellín a pesar de la existencia de una relativa suficiencia de la red, esta no alcanza a satisfacer la demanda. Y para Barranquilla se resaltó el deterioro creciente de la red pública paralelo al crecimiento rápido de la privada.

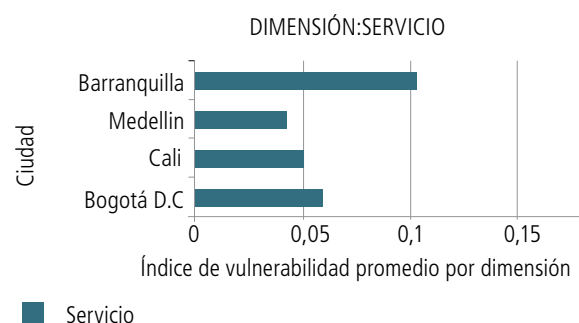
Seguramente, también, un hecho que puede dar cuenta del resultado evidenciado para el caso de Bogotá, ciudad cuyo índice es inferior al de Barranquilla, es que en Bogotá el 18,4 % de población en régimen contributivo y el 26,8 % del régimen subsidiado no acceden a los servicios de salud. Siendo la principal barrera de acceso para la no utilización de los servicios de salud, la falta de dinero, aún en la población afiliada al SGSSS. (Rubio. M., 2008)

También se encuentra respecto al comportamiento evidenciado por Barranquilla, que lo que nos daría un indicio de éste, podría ser el hecho de que esta fue la primera ciudad de Colombia en unificar los servicios del régimen subsidiado con el contributivo, y que ha logrado además avances significativos en atención primaria en salud, según afirma la Secretaria de Salud del Distrito, Marta Rodríguez Otálora. Junto a esto, la funcionaria destacó que la atención mejoró

radicalmente con un nuevo modelo en salud que es ejemplo a nivel nacional. Las consultas aumentaron en un 200% y la aceptación de los usuarios pasó del 10% al 90%. Para más comodidad y oportuna recepción de quejas y reclamos, el Servicio de Atención a la Comunidad – SAC- se descentralizó con la puesta en funcionamiento de oficinas en las cinco localidades del Distrito.

CIUDAD	ATENCIÓN AL USUARIO
Bogotá D.C	0,057567
Cali	0,049968
Medellín	0,044447
Barranquilla	0,102567

TABLA 9. Resultados Dimensión Servicio Fuente: Elaboración propia.



GRÁFICA 2. Resultados Dimensión Servicio Fuente: Elaboración propia.

En esta gráfica se puede observar que Barranquilla es la ciudad en el rango, que presenta mejor comportamiento, pero aun así, esta en el rango inferior de servicio. Seguramente, esta situación puede ser el reflejo de que como lo expone la Cámara de Comercio de Barranquilla, esta ciudad, comparada con Medellín, Bogotá y Cali, es la ciudad con mayor densidad de IPSs privadas, con 22 por cada 100.000 habitantes. También es la ciudad de entre las cuatro mencionadas con una mayor oferta de camas por habitante, con 24.1 camas por cada 10.000 habitantes.

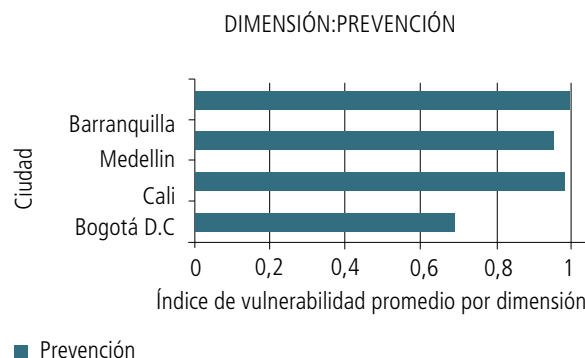
En contraste, Luis Eduardo Gutiérrez Ortiz, asesor y Revisor Fiscal de empresas del sector Solidario y del sector Salud, reconoce que las diferentes empresas pymes del sector de la salud en la ciudad de Barranquilla tienen una alta regulación y control, por lo que actualmente la mayoría de empresas obtienen utilidades por debajo de los niveles presupuestados, pero mantienen sus principios y valores por lo que cada día invierten más en aparatos tecnológicos, vinculan a más personas y participan activamente en los eventos relacionados con el servicio de salud.

Con relación al resultado que presenta Bogotá, un factor que permitiría justificar este comportamiento podría ser la afirmación de la bancada del Polo en el Concejo Distrital, que expresa que un millón de habitantes carece de servicio de salud en Bogotá. También, un punto muy delicado, apuntaron los concejales polistas, es el débil control y vigilancia sobre los operadores de salud tanto oficiales como particulares, lo cual influye negativamente en la calidad del servicio.

CIUDAD	PREVENCIÓN
Bogotá D.C	0,688519942
Cali	6,980392157
Medellin	0,959678474
Barranquilla	0,996677741

TABLA 10. Resultados Dimensión prevención.Fuente: Elaboración propia.

En esta gráfica se puede observar que Barranquilla es la ciudad en el rango, que presenta mejor comportamiento, y que además se encuentra en el rango superior de prevención.



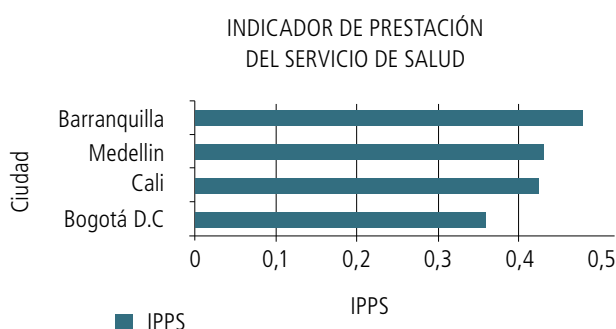
GRÁFICA 3. Resultados Dimensión prevención. Fuente: Elaboración propia.

Seguramente, uno de los argumentos que podría justificar el comportamiento del índice en Bogotá, es el dado por la revista Salud Publica, que reconoce que aunque se han definido recursos específicos para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, los agentes del mercado de la atención médica eluden la prestación de este tipo de servicios, sobre la base de la escasa rentabilidad directa, las dificultades en la facturación y la convicción de que, dadas las altas externalidades que implican, las acciones preventivas son deber del Estado.

4.5.1 Análisis del indicador de prestación del servicio de salud (ipss).

CIUDAD	ATENCIÓN AL USUARIO	SERVICIO	PREVENCIÓN	IPSS
Bogotá D.C	0,329802732	0,057567	0,688519942	0,358629784
Cali	0,238578407	0,049968	6,980392157	0,422979492
Medellin	0,282521458	0,044447	0,959678474	0,426882322
Barranquilla	0,334999996	0,102567	0,996677741	0,478081694

TABLA 11. Resultados IPSS Fuente: Elaboración propia



GRÁFICA 4. Resultados IPSS Fuente: elaboración propia

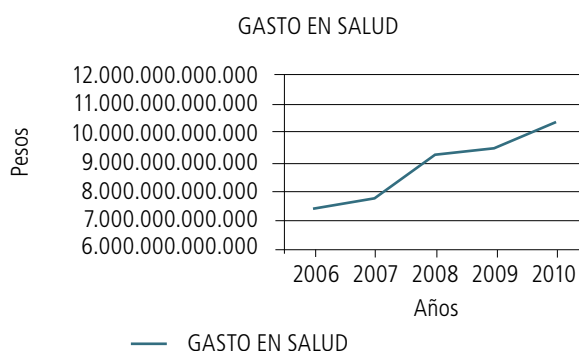
En esta gráfica se puede observar que la ciudad de Barranquilla presenta el indicador de Prestación

del Servicio de Salud de más alto, lo cual refleja que Barranquilla es la ciudad con menores grados de vulnerabilidad, es decir, que presenta condiciones más favorables para el mejoramiento de la Calidad de Vida en Salud a partir de la Prestación del Servicio. Y que Bogotá es la ciudad con el indicador más bajo, lo que refleja que es la ciudad con mayores grados de vulnerabilidad para que se presenten condiciones de desmejoramiento de la Calidad de Vida en Salud, la cual como se discutió en el Marco Teórico es parte fundamental en el análisis de la Calidad de Vida de las personas.

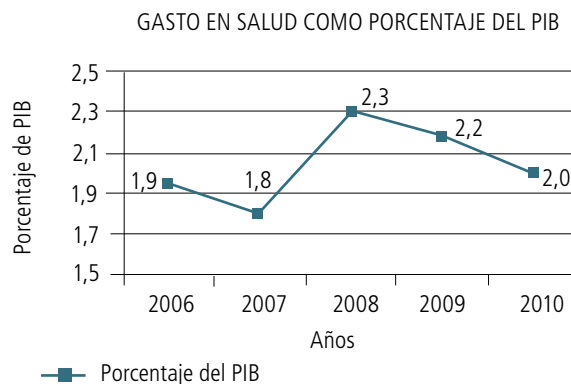
Se puede encontrar que en general, las cuatro ciudades se ubican en un nivel bajo y medio de Prestación del Servicio de Salud. Seguramente, este resultado

puede obedecer tanto a los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo Sistema de Seguridad Social se identificaron y continúan vigentes, a los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del Sistema de Salud Colombiano, los cambios político-administrativos de los últimos años, o por las modificaciones en la situación de salud de la población. En este sentido, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud identifica como algunos de los problemas acumulados: Baja capacidad resolutoria, ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología, falta del sistema integral de información en Salud, Debilidades en la gestión, entre otros; y como problemas emergentes: No se ha desarrollado un sistema de incentivos para los prestadores y aseguradores en el Sistema de Salud, desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda, fragmentación y atomización en la prestación de servicios, entre otros.

Además se debe tener en cuenta el comportamiento del Gasto Público en Salud durante el periodo de análisis (2007- 2010), el cual en términos absolutos ha incrementado al pasar de \$7'781.934.771.809 en el año 2007 a \$11'831.778.043.127 en el 2010, como se evidencia en la Gráfica N° 5, sin embargo la participación del Gasto Publico en Salud como porcentaje del PIB disminuyó del 2008 al 2010 pasando de representar el 2,3% del Total del PIB en el 2008 a representar en el 2010 2% del Total del PIB como lo ilustra la Gráfica N° 6. Por lo tanto se podría inferir que parte del comportamiento del IPPS se debe a este fenómeno, pues al verse reducida la participación del gasto publico como porcentaje del PIB, claramente se refleja que el gobierno no esta respondiendo con su deber de garantizar el bienestar de las personas, ya que esta descuidando un factor primordial para este como lo es la salud.



GRÁFICA 5. Gasto Público en Salud. Fuente: Elaboración propia. Los datos utilizados son sustraídos del Mensaje presidencial, 2007,2008, 2009 y 2010, Publicado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Publico.



GRÁFICA 6. Gasto publico en salud como porcentaje del PIB
Fuente: Elaboración propia. Los datos utilizados son sustraídos del Mensaje presidencial, 2007,2008, 2009 y 2010. Publicado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Publico.

Conclusiones

- › Bogotá, Barranquilla, Medellín y Cali en el periodo comprendido entre 2007 y 2010, presentaron un Indicador de Prestación del Servicio de Salud ubicado en los niveles medio y bajo, lo cual indica que se genera una mayor vulnerabilidad para que se presenten condiciones de desmejoramiento en la calidad de vida. Estos hallazgos sugieren que la política pública y con ella el Sistema de Salud, no han respondido claramente a la prestación de un servicio de salud de calidad, esto, propiciado y en parte acelerado por la dinámica propia del Sistema, cuyas características rectoras: la descentralización, la privatización y la focalización, dirigen y determinan la manera en que se presta el servicio de salud el cual no contribuye a la calidad de vida en salud sino que al contrario refleja su deterioro, ya que la política pública en salud no solo ha de tener en cuenta la preocupación por la vida y todos los actos vitales de los seres humanos, sino que también el que las personas puedan ver incrementado su bienestar y felicidad.
- › El modelo de mercado sobre el cual se sustenta la estructura del Sistema de Salud Colombiano demuestra ser incapaz de resolver las necesidades en salud, indicios de ello se encuentran las innumerables críticas al modelo de Salud. En este marco, situaciones como la corrupción de las EPS y el desvío de los recursos públicos de la salud hacia el lucro privado evidencian la necesidad de una revisión, y de una estimación y atención por parte del gobierno. Así, la formulación de políticas públicas ha de tomar como evidencias la poca confianza que merecen las EPS, grandes y pequeñas, como administradoras de recursos públicos, al igual que la falta de efectividad y el

fracaso de la libre competencia para asegurar la prestación de los servicios de salud, reducir los precios, y mejorar la calidad de los servicios. En este sentido, si el sistema sigue siendo mediado por el lucro de las empresas privadas será fallida cualquier reforma, y mientras la Salud no sea considerada como un servicio público, como una política de Estado, no va a cambiar la situación en la que nos encontramos.

- › El comportamiento de cada una de las dimensiones establecidas para el desarrollo del presente trabajo, que son: Atención al usuario, servicio y prevención; manifiesta coherencia con el estado en el que se encuentra el actual modelo de Salud de nuestro país, identificando así, que los servicios no están siendo prestados en forma integral, y que la calidad de la atención no da realmente cuenta de la provisión de servicios equitativos, la cual consiste en dar más a quien más necesita. La intermediación por parte de los diversos agentes del mercado hace ineficiente la prestación del Servicio de Salud, evidenciándose el ánimo de lucro por encima de la garantía al goce del derecho de la salud, consagrado así por la Constitución de 1991.
- › Se encontró que el gasto público en Salud en términos nominales fue incrementando durante el periodo de análisis (2007-2010), sin embargo, la participación de éste como porcentaje del PIB fue disminuyendo desde de 2008 al 2010 al pasar de 2,3% a 2% del PIB. Aunque con la Constitución de 1991 se ampliaron los derechos sociales, entre estos la Salud y se comprometieron recursos fiscales y mecanismos para su provisión, el actual estado de la prestación del servicio de salud dados los resultados del IPSS y del sistema de salud en general, evidencia que el gasto público aun no es suficiente o /y su ejecución es ineficiente, más aun cuando el sistema se encuentra desbalanceado, es decir 2/3 de los afiliados pertenecen al Régimen Subsidiado y 1/3 pertenece al Régimen contributivo, lo que ha generado que el sistema tienda a ajustarse a través de la restricción de sus productos, en unos casos reduciendo el tiempo de espera y en otros reduciendo la calidad de los servicios.
- › La base de datos concerniente a los indicadores que se agrupan bajo la denominación de estadísticas vitales, no fueron lo suficientemente confiables para ser tomados dentro de la construcción del Indicador de Prestación del Servicio de Salud, debido a que durante el desarrollo empírico se observaron inconsistencias en sus resultados, como por ejemplo, tasas de mortalidad por neumonía en menores de 5 años de 0.

Probablemente estos resultados provienen del inadecuado registro ya sea por parte de los entes prestadores del servicio de salud o por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Valdría la pena cuestionar si en términos de evaluación de la política pública existe la intención de disminuir impactos, los cuales no concuerdan con la realidad.

Recomendaciones

- › A partir de esta primera reflexión, y un ejercicio descriptivo, cuya pretensión ha sido la de presentar una reflexión acerca de las condiciones de prestación de servicio de salud, que liga tanto la política pública como la racionalidad de la libre empresa y sus implicaciones para el usuario final y la sociedad en general, es importante contrastar estos hallazgos con la percepción de los usuarios del Sistema de salud colombiano que nos indique la afectación sobre calidad de vida en cuanto a la prestación del servicio de salud.
- › El resultado del IPSS, confirma la necesidad de avanzar en la construcción de una reforma estructural al actual Sistema de Salud que realmente garantice el derecho fundamental a la salud. Reconsiderar la atención sobre la demanda y proveer un marco de atención por oferta, debe ir más allá de las limitaciones presupuestales, para abordar el asunto de la salud como una política de Estado y no un botín de recursos públicos.
- › Es importante evaluar los mecanismos mediante los cuales las diferentes entidades registran, y recogen la información correspondiente a los indicadores de calidad, ya que en el tratamiento de ésta, se evidenciaron fallas y ausencia de registro y presentación de datos por parte de diversas Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

Bibliografía

- ÁLVAREZ, José. Significados, categorías de análisis y posibilidades interpretativas del concepto de vulnerabilidad [en línea]. Revista de la Facultad de TRABAJO SOCIAL, 2010, v.26, n° 26, Págs. 142-159[Citado el 8 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajo-social/article/view/749/674>> ISSN 0121-1722
- ANDORNO, Roberto. Bioética y dignidad de la persona [en línea]. España.Tecnos.1998. [Citado el 1 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=48025>>. ISBN 84-309-3236-4

BOLADERAS CUCURELLA, Margarita, et al. Bioética y calidad de vida. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2000. Colección Bios y Ethos ; 15. ISBN 958807732X

CARDONA J, HERNÁNDEZ A, YÉPEZ, F. La Reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿Avances o retrocesos?. Revista gerencia y políticas salud. 2005. Vol.9, no. 4, p.81-99. ISSN 1657-7027

CASAS, Ferrán. Calidad de vida y Calidad Humana [en línea]. Papeles del Psicólogo, 1999, nº 74. [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=812>> ISSN 0214 - 7823

CASTAÑO CONVERS, Sergio. Calidad en la atención en salud [en línea]. Educación y Práctica de la Medicina, 2005, v.30, nº 4. [Citado el 8 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a8.pdf>>

CORREA, Juan Carlos. La salud Pública: el componente olvidado de la ley 100. Carta Financiera. 2008. No. 143, p.32-37. ISSN: 0120-3436

CUENCA, Noel, CHAVARRO, Fernando. Calidad de vida y Gasto público social en Colombia: Análisis por departamentos, 1993-2000. Semestre Económico, 2010, enero-junio. Vol.13, no.26, p.57-79. ISSN 0120-6346

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. (Mayo de 2012). Ficha Metodológica- EEVV. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/poblacion/ficha_vitales.pdf>

FALS BORDA, Orlando, et al. Calidad de vida: enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. ISBN 9587014448

FEDESARROLLO. Las paradojas de la salud: Un sistema que ha sido ejemplo internacional podría estar en peligro. Tendencia Económica.2012, junio. No. 122, p. 6-12. ISSN 1692-035X.

FERNANDEZ BALLESTEROS, Rocio. Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales [en línea]. Madrid. [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1997/vol1/arti2.htm>>

GALAN MORERA, Ricardo. Enfoque metodológico de la investigación aplicada en los servicios de salud [en línea]. Educación médica y salud, 1981, v.15, nº 1[Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://hist.library.paho.org/spanish/ems/5734.pdf>>

GARCÍA, María, HOYOS María. Evaluación de la calidad en la atención de salud de la Investigación sobre los procesos de creación y reporte de indicadores de calidad según circular 030 y 047 realizados en Calisalud EPS (Trabajo de grado), 2011.

GARCÍA VINIEGRAS, Carmen, GONZÁLEZ BENÍTEZ, Idarmis. La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales [en línea]. Revista Cubana de Medicina General Integral, 2000, v. 16, nº 6 [Citado el 8 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252000000600010&script=sci_arttext#> ISSN 1561-3038

JIMÉNEZ BAENA. Seguridad Social en Colombia [en línea]. 2010 [consulta 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://doctorbaena.blogspot.com/2010/02/decreto-numero-1011-de-2006.html>>

LALAMA, Marcelo. FARMACOLOGÍA VIRTUAL [en línea], [consulta 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://www.farmacologiavirtual.org/>>

MOSTAJO, Rossana. Gasto Social y distribución del ingreso: caracterización e impacto redistributivo en países seleccionados de América latina y el Caribe [en línea].Chile: series CEPAL, Serie reformas económicas. 2000, mayo, no.69. Disponible en: <<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/4589/lcl1376e.pdf>>. LC/L.1376

MUSGRAVE, Richard. En: RESTREPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Bogotá: Universidad externado de Colombia, 2010. p.30. ISBN 9789587103434

NIÑO, Juan Carlos. Equidad en el Gasto público social. Economía Colombiana, 2005. P.16-25. ISSN 01204998

PEDRAJAS HERRERO, Marta. EL DESARROLLO HUMANO EN LA ECONOMÍA ÉTICA DE AMARTYA SEN [en línea]. Valencia, 2006 [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://rodrigo.uv.es/bitstream/handle/10550/15471/pedrajas.pdf?sequence=1>> ISBN 84-370-6489-9

PÉREZ, Miguel A y PINZÓN PÉREZ, Helda. Uso del tabaco entre los jóvenes colombianos. Retos para los profesionales en salud pública [en línea]. Salud Uninorte, 2005, v. 21[Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewFile/4112/2524>> ISSN 0120-4442

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Mensaje Presidencial Proyecto de ley de Presupuesto General de la Nación. Bogotá: Presidencia de la republica.2005

RESTREPO, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007, enero-junio. Vol. 25, no.1, p.82-89. ISSN 0120-386X.

RESTREPO, Juan Camilo. Hacienda Pública. Bogotá: Universidad externado de Colombia, 2010. ISBN 9789587103434

RESTREPO, Román. A propósito de la Ley 1122 del 2007 reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2007. enero-junio. vol. 25, no.1, p. 90-105. ISSN 0120-386X.

SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales [en línea]. Ciencia y enfermería, 2003, v. 9, n° 2 [Citado el 4 de Noviembre de 2012].

Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&tlng=es%2325> ISSN 0717-9553

SECRETARIA DE SALUD. Preguntas frecuentes [en línea] [consulta 17 de octubre de 2012]. Disponible en:

<<http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/index.php/usuarios/preguntasfrecuentes>>

VÉLEZ, C. E. (1996). Gasto Social y desigualdad, logros y extravíos. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

WILLIAMS, Guillermo I. Calidad de los Servicios de Salud [en línea]. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, [Citado el 4 de Noviembre de 2012]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. EAPB ELIMINADAS POR INCONSISTENCIA EN LOS INDICADORES REPORTADOS POR LA SUPERSALUD

ADMINISTRADORA	REGIMEN	CIUDAD ENTIDAD VIGILADA
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PROGRAMADA COMFENALCO ANTIOQUIA	S-C	MEDELLIN
ALIANZASALUD EPS S.A	C	BOGOTÁ D.C
CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS S.A (EPS Privada)	S	BOGOTÁ D.C
CAFESALUD EPS S.A	C	BOGOTÁ D.C
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR "CAFAM"	S	BOGOTÁ D.C
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	S	BOGOTÁ D.C
CRUZ BLANCA EPS S.A	C	BOGOTÁ D.C
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD "ECOOPSOS-E.S.S-ARS	S	BOGOTÁ D.C
HUMANAVIVIR S.A EPS-S	S	BOGOTÁ D.C
SALUD COLPATRIA E.P.S	C	BOGOTÁ D.C
SANITAS S.A E.P.S	C	BOGOTÁ D.C
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR	S	CARTAGENA
COOPERATIVA EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL	S	CARTAGENA
ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA DUSAKAW"	S	VALLEDUPAR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ-COMFACHOCO	S	QUIBDÓ
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE SALUD E.S.S"	S	MONTERÍA
EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA ANAS WAYUU EPSI	S	MAICAO
SELVASALUD S.A. EPS ARS	S	MOCOIA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA- CAFABA-	S	BARRANCABERMEJA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR FENALCO COMFENALCO SANTANDER	S	BUCARAMANGA
CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR CAJASAN	S	BUCARAMANGA
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE FENALCO DEL TOLIMA "COMFENALCO"	S	IBAGUÉ
PIJAOS SALUD EPSI	S	IBAGUÉ

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2. TABLAS

Nombre del indicador	Formula de Cálculo		Unidad de Medición	Periodicidad de remisión de la información
	Numerador	Denominador		
Proporción de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS	Número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios	Número de tutelas por no prestación de servicios	Relación porcentual	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Proporción de quejas resultantes antes de 15 días	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días	Número total de quejas recibidas	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Tasa de satisfacción global	Número de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	Número total de encuestados por la IPS	Relación porcentual	Semestral (2007-11 a 2010-11)

TABLA 1: Indicadores Dimensión Atención al usuario - Fuente: Circular 030 de 2006 de la Superintendencia de Salud

Nombre del indicador	Formula de Cálculo		Unidad de Medición	Periodicidad de remisión de la información
	Numerador	Denominador		
Oportunidad de entrega de medicamentos POS	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período	Relación porcentual	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de cirugía general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de cirugía general asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de ginecología asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de medicina interna asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de pediatría asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de medicina general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de medicina general asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de odontología general	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas de odontología general asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio	Número total de consultas de servicios de imagenología asignadas en la institución	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre a fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía.	Número de cirugías programadas realizadas en el período	Días	Semestral (2007-11 a 2010-11)

TABLA 2: Indicadores Dimensión Servicio - Fuente: Circular 030 de 2006 de la Superintendencia de Salud.

Nombre del indicador	Formula de Cálculo		Unidad de Medición	Periodicidad de remisión de la información
	Numerador	Denominador		
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	Número total de pacientes con cáncer de cuello uterino detectados in situ.	Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino.	Relación porcentual	Semestral (2007- 11 a 2010-11)
Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones.	Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB.	Relación porcentual	Semestral (2007- 11 a 2010-11)

TABLA 3: Indicadores Dimensión Prevención - Fuente: Circular 030 de 2006 de la Superintendencia de Salud

DIMENSION: PREVENCIÓN								
*R: Régimen *I.P.EAPB: Indicador Promedio EAPB *I.P.M: Indicador Promedio por Municipio								
ADMINISTRADORA EAPB	R	INDICADOR DE CALIDAD DE EAPB	CIUDAD ENTIDAD VIGILADA	I.P.EAPB	I.P.M	MAX	MIN	Iv/Ij
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA "COMFAMA"	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	MEDELLIN	0,53	0,62	1	0	0,38
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	MEDELLIN	0,43	0,62	1	0	0,38
EPS SURA.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	MEDELLIN	0,91	0,62	1	0	0,38
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ARS	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BARRANQUILLA	0,58	0,71	1	0	0,29
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BARRANQUILLA	0,83	0,71	1	0	0,29
ALIANSA EPS S.A.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,87	0,64	1	0	0,36
CAFESALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS S.A. (EPS Privada)	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,70	0,64	1	0	0,36
CAFESALUD EPS S.A.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,89	0,64	1	0	0,36
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBSIDIO"	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,64	0,64	1	0	0,36
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI "ARS UNICAJAS COMFACUNDI"	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,93	0,64	1	0	0,36
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,69	0,64	1	0	0,36
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,00	0,64	1	0	0,36
COMPENSAR E.P.S.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,72	0,64	1	0	0,36
CRUZ BLANCA EPS S.A.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,92	0,64	1	0	0,36
ENTIDAD COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD "ECOOPSOS -E.S.S.- A.R.S."	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,49	0,64	1	0	0,36
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.	R	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,42	0,64	1	0	0,36
GOLDEN GROUP S.A. EPS	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,80	0,64	1	0	0,36
HUMANAVIVIR S.A. EPS	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,48	0,64	1	0	0,36

HUMANAVIVIR S.A. EPS-S	S	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,37	0,64	1	0	0,36
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,31	0,64	1	0	0,36
SALUD COLPATRIA E.P.S.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,40	0,64	1	0	0,36
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	S-C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,73	0,64	1	0	0,36
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	S-C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,75	0,64	1	0	0,36
SALUDCOOP E.P.S.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,89	0,64	1	0	0,36
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	S-C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,72	0,64	1	0	0,36
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	S-C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,48	0,64	1	0	0,36
SANITAS S.A. E.P.S.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTA D.C.	0,90	0,64	1	0	0,36
COMFENALCO VALLE E.P.S.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	CALI	0,59	0,74	1	0	0,26
COOMEVA E.P.S. S.A.	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	CALI	0,55	0,74	1	0	0,26
SALUD COLOMBIA EN LIQUIDACION	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	CALI	1,00	0,74	1	0	0,26
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - S.O.S. EPS	C	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	CALI	0,83	0,74	1	0	0,26
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE ANTIOQUIA "COMFAMA"	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	MEDELLIN	0,74	0,85	1	0	0,15
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	MEDELLIN	0,95	0,85	1	0	0,15
EPS SURA.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	MEDELLIN	0,87	0,85	1	0	0,15
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ARS	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BARRANQUILLA	0,79	0,79	1	0	0,21
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI ATLÁNTICO	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BARRANQUILLA	0,80	0,79	1	0	0,21
CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR "COLSUBSIDIO"	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,40	0,63	1	0	0,37
CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES "CAPRECOM"	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,50	0,63	1	0	0,37
COMPENSAR E.P.S.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,72	0,63	1	0	0,37
CONVIDA "A.R.S. CONVIDA"	S	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,64	0,63	1	0	0,37
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COL-SUBSIDIO E.P.S.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,70	0,63	1	0	0,37

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA.	R	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	1,00	0,63	1	0	0,37
GOLDEN GROUP S.A. EPS	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,68	0,63	1	0	0,37
HUMANAVIVIR S.A. EPS	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,53	0,63	1	0	0,37
NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,47	0,63	1	0	0,37
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	S-C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,88	0,63	1	0	0,37
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	S-C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,89	0,63	1	0	0,37
SALUDCOOP E.P.S.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,91	0,63	1	0	0,37
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	S-C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,01	0,63	1	0	0,37
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	S-C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	BOGOTA D.C.	0,02	0,63	1	0	0,37
COMFENALCO VALLE E.P.S.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	CALI	0,59	0,79	1	0	0,21
COOMEVA E.P.S. S.A.	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	CALI	0,90	0,79	1	0	0,21
SALUD COLOMBIA EN LIQUIDACION	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	CALI	0,83	0,79	1	0	0,21
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - S.O.S. EPS	C	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año	CALI	0,85	0,79	1	0	0,21

TABLA 4: Resultados de Índice de vulnerabilidad. Dimensión Prevención

DIMENSIÓN PREVENCIÓN								
*R: Régimen *I.P.EAPB: indicador Promedio por Municipio *Índice de Vulnerabilidad								
Nombre del indicador	Ciudad entidad vigilada	I.P.EAPB	I.P.M	MAX	MIN	Ivij	Sumatoria IVij por departamento	Ippj
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	MEDELLIN	0,53	0,62	1	0	0,38	0,52	0,95367847
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BARRANQUILLA	0,58	0,71	1	0	0,29	0,50	0,99667774
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	BOGOTÁ D.C	0,87	0,64	1	0	0,36	0,73	0,68851994
Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino	CALI	0,59	0,74	1	0	0,26	0,51	0,980392157

TABLA 5. Resultados Índice de Vulnerabilidad promedio por Dimensión en cada una de las Ciudades. Dimensión Prevención - Fuente: Elaboración Propia.

