

# Cómo va la protección social

INFORMATIVO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN  
DIRECCION DE PLANEACION Y ANÁLISIS DE POLÍTICA

Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia



Reporte de resultados del  
Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Protección Social

## Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud

¿Cuáles son las condiciones de salud de la población colombiana y cómo se comportan los principales factores que la afectan? ¿Cómo ha avanzado la ampliación del aseguramiento en salud? ¿Cómo se está midiendo la calidad y la eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

### Nota de los editores

Este boletín es un instrumento de difusión de información, cuyo objetivo es proporcionar al lector, datos y tendencias recientes sobre el sistema de salud colombiano, presentando temas que permitan dar una visión global de la situación actual. En esta edición se presentan algunos resultados del monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyas políticas se encuentran fundamentalmente orientadas a garantizar el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Mejorar la salud de la población colombiana y controlar los principales factores que la afectan.
- Garantizar el acceso a los servicios de salud para toda la población, sin ninguna discriminación.
- Mejorar la calidad y la eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

# Informe de monitoreo – Objetivos sectoriales

El Sistema de Seguimiento y Evaluación presenta los avances del monitoreo al SGSSS a partir del análisis del avance de los grandes objetivos del sistema

## OBJETIVO 1

Mejorar la salud de la población colombiana y controlar los principales factores que la afectan.

### Mejorar la Salud Infantil

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Tasa de mortalidad en menores de 1 año	2005: 16x1.000 n.v.	2007: 15,3x1.000 n.v.	2010: 15x1.000 n.v.	DANE
Tasa de mortalidad en menores de 5 años	2005: 19,4x100.000 n.v.	2007: 18,5x100.000 n.v.	2015: 17x100.000 n.v.	DANE
Cobertura de vacunación con Triple Viral en niños de 1 año	2006: 95,2%	2009: 94,3%	2010: Superior a 95%	PAISOFT
Cobertura de vacunación con DPT en menores 1 año	2006: 93,3%	2009: 95,2%	2010: Superior a 95%	PAISOFT

### Mejorar la salud sexual y reproductiva

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Razón de mortalidad materna	2005: 73x100.000 n.v.	2007: 75,6x100.000 n.v.	2010: 62,4x100.000 n.v.	DANE
Porcentaje de adolescentes (15 a 19 años) que han sido madre o están en embarazo	2005: 20,5%	2005: 20,5%	2015: Menor a 15%	ENDS
Prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años	2003: 0,65%	2009: 0,2%	2015: Menor a 1,2%	Observatorio VIH/MPS

### Mejorar la salud mental y reducir la violencia intrafamiliar

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Tasa de suicidios	2005: 4,16 x 100.000	2009: 4,10 x 100.000	2010: Debajo de LB	Forensis
Prevalencia último año de uso sustancias ilícitas en población de 12 a 65 años	2008: 2,74	2008: 2,74	2010: Debajo de LB	Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas
Tasa de violencia intrafamiliar	2005: 155 x 100.000	2009: 209 x 100.000	2010: Debajo de LB	Forensis
Porcentaje de casos reportados de violencia intrafamiliar a la pareja	2005: 60%	2009: 65,1%	2010: Debajo de LB	Forensis

### Disminuir las enfermedades transmisibles

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Casos de muerte por malaria	2005: 84 muertes	2008: 15 muertes	2010: ≤ 60 muertes	DANE
Tasa de tratamiento exitoso contra Tuberculosis en los municipios con Tratamiento Estrictamente Supervisado (TAES)	2005: 71,4%	2008: 74,8%	2010: 88%	Programa de Tuberculosis (MPS - DGSP)

### Mejorar la situación nutricional

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Porcentaje de desnutrición global (peso para la edad) en menores de 5 años	2005: 7%	2005: 7%	2010: 5%	ENSIN
Duración de lactancia materna exclusiva en meses, en niños menores de 3 años (mediana del indicador)	2005: 2,2 meses	2005: 2,2 meses	2010: 3,2 meses	ENSIN

## OBJETIVO 2

Garantizar el acceso a los servicios de salud para toda la población, sin ninguna discriminación.

Mantener la cobertura universal del aseguramiento en salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Número de afiliados al régimen subsidiado (subsidios plenos y parciales)	2006: 20.125.263	2009*: 23.882.314	2010: Universalización	MPS
Número de afiliados al régimen contributivo (cotizantes + beneficiarios)	2006: 16.352.751	2009: 18.062.855	2010: 17.467.055	MPS

\* A 30 de noviembre de 2009

## OBJETIVO 3

Mejorar la calidad y la eficiencia del Sistema de General de Seguridad Social en Salud.

Mejorar la calidad de la atención en Salud

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General –IPS	2006: 2,7 días	2009: 2,4 días	Igual o menor a LB	Sistema de Información para la Calidad
Oportunidad en la realización de cirugía programada – IPS	2006: 13,3 días	2009: 12,1 días	Igual o menor a LB	Sistema de Información para la Calidad
Proporción de cancelación de cirugía programada-IPS	2006: 8,7%	2009: 6,7%	Igual o menor a LB	Sistema de Información para la Calidad
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas – IPS	2006: 17,9 por 1.000	2009: 17,5 por 1.000	Menor a LB	Sistema de Información para la Calidad
Tasa de infecciones intrahospitalarias - IPS	2006: 1,8%	2009: 1,2%	Igual o menor a LB	Sistema de Información para la Calidad
Proporción de vigilados de eventos adversos - IPS	2006: 10,7%	2009: 53,8%	Incrementar la LB	Sistema de Información para la Calidad
Oportunidad entrega de medicamentos POS - EPS (EAPB)	2006: 98,2%	2009: 90,2%	Incrementarla LB	Sistema de Información para la Calidad

Optimizar el uso de recursos humanos, físicos y financieros de los actores del SGSSS

Indicador	Línea de Base	Último dato disponible	Meta	Fuente
Índice ocupacional camas hospitalarias - IPS públicas	2006: 64,3%	2009*: 68,1%		SIHO
Indicador giro cama - IPS públicas	2006: 70,2	2009: 69,4		SIHO
Crecimiento Producción agregada (en UVR) de Servicios de Salud - IPS públicas	(2005-2006): 6,8%	(2008-2009*): 3,7%		SIHO
Equilibrio operacional	2006: 97,3	2009: 99,6	Igual o mayor a LB	SIHO
Gasto personal por unidad producida (UVR)	2006: 550,8 UVR	2009: 551,2 UVR	Disminuir la LB	SIHO

\* Dato preliminar de 2009

\* Las líneas de base se establecen siguiendo criterios particulares de cada indicador, haciendo lo posible por que el año base permita hacer análisis del último cuatrienio.

# El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano

La Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS se organizó con el propósito de garantizar la salud como un derecho social, mediante la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, creando condiciones para que la población, independientemente de su capacidad de pago, acceda a todos los servicios y beneficios del sistema. El SGSSS, en el marco del Sistema de Protección Social, busca a través del aseguramiento proteger a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, frente a posibles pérdidas de ingresos originadas por problemas de salud<sup>1</sup>.

La operatividad del SGSSS se centra en un sistema de aseguramiento con un plan de beneficios o Plan Obligatorio de Salud (POS), que se financia con una prima de seguro llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Las aseguradoras o Empresas Promotoras de Salud (EPS) utilizan la UPC para contratar los servicios de salud incluidos en el POS con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). El Estado tiene la función de dirección y control del SGSSS y las entidades territoriales (departamentos y municipios) juegan un papel importante en la operación del sistema, fundamentalmente en lo relacionado con la administración de la red pública hospitalaria y con las prioridades en salud pública, tanto colectiva como individual, definidas desde el nivel nacional.

La Nación y las entidades territoriales son responsables de la orientación, financiación y ejecución de las acciones y programas de salud pública colectiva que buscan garantizar la salud integral de la población, mediante el control de factores que afectan la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables.

En Colombia, el Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades en salud sobre las cuales

se focalizan los mayores esfuerzos y recursos por parte de los actores involucrados y define las estrategias necesarias para abordar las prioridades en salud y lograr un mayor impacto en la situación de salud de la población.

Respecto al esquema de aseguramiento, el SGSSS contempla dos regímenes de aseguramiento: i) el *contributivo*, financiado con los aportes de las empresas y personas con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias y, ii) el *subsidiado*, para las personas más pobres y vulnerables, financiado con aportes de la Nación, de las entidades territoriales, el aporte de solidaridad efectuado por los afiliados del régimen contributivo y otros recursos<sup>2</sup>. Así, el SGSSS es un sistema basado en el principio de equidad y solidaridad que busca que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud sin ninguna discriminación, y en el que se establecen transferencias para compensar por las diferencias en los ingresos y por factores de riesgo como por ejemplo edad y sexo, de la población asegurada.

La operación del sistema de aseguramiento es competencia de las EPS, las cuales deben garantizar el acceso a los servicios del POS<sup>3</sup> y gestionar los riesgos financieros y de salud de sus afiliados.

Tanto las EPS como las entidades territoriales tienen la obligatoriedad de incentivar las acciones individuales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contenidas en el POS, así como los servicios de diagnóstico y tratamiento para los problemas de salud pública.

Finalmente, es a través de los prestadores de servicios ambulatorios y hospitalarios de salud que se da la mayor proximidad y contacto de los usuarios con el sistema. Esto hace que la gestión de estos actores tenga un impacto significativo en la salud de la población y en la eficiencia y la calidad global del sistema.

<sup>1</sup> De acuerdo con Ramiro Guerrero (2006) "El Concepto de la Protección Social", la mala salud puede lesionar la capacidad económica de una persona porque pierde capacidad de trabajo (incapacidad) y/o porque le toca pagar una suma desproporcionada de dinero en un tratamiento, como ocurre con las llamadas enfermedades catastróficas.

<sup>2</sup> Existen también los regímenes especiales y de excepción entre los que se cuentan las fuerzas armadas, ECOPETROL y los maestros, entre otros.

<sup>3</sup> Los planes de beneficios se construyen a partir del análisis de situación de salud de la población, para cubrir las intervenciones priorizadas según las necesidades de los afiliados.

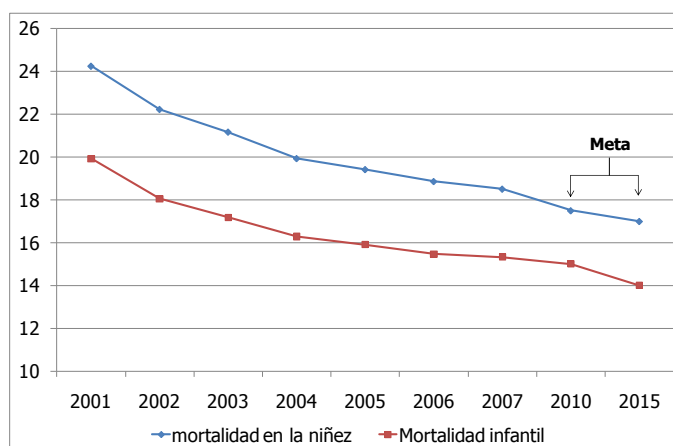
## ¿Cómo van los resultados en salud pública?

### Salud Infantil

En Colombia se viene registrando un claro descenso en las tasas de mortalidad en menores de cinco años. El DANE señala un descenso sostenido de la mortalidad infantil en los últimos siete años. Entre 2002 y 2007 esta disminuyó en 15% y se espera que en 2009, con la inclusión de la vacuna del Rotavirus en el Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI-, la mortalidad infantil descienda aún más, el reto consiste en reducir las brechas que aún existen entre regiones.

Similarmente, se observa un descenso en la mortalidad en la niñez, que pasó de 22,2 menores de cinco años fallecidos por cada mil nacidos vivos (n.v.) en 2002, a 18,5 en 2007. Este resultado, aunque ligeramente superior al de países como Argentina y Uruguay, que según datos de la OMS en 2008 alcanzaron tasas de 15 y 16, respectivamente, es más de tres veces superior al de Bélgica que en 2008 tuvo una tasa de 5 menores de cinco años fallecidos por cada mil n.v.

**Gráfico 1. Evolución de las Tasas de Mortalidad Infantil y Mortalidad en la Niñez**



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

En cuanto a la vacunación, durante los últimos años se registran coberturas de vacunación que se mantienen por encima del 92%, con excepción de la cobertura para BCG que pasó

de 92,6% a 90,2% entre 2008 y 2009. A lo cual se suma la inclusión de nuevos biológicos como Neumococo y Rotavirus.

**Cuadro 1. Coberturas esquema de vacunación PAI**

Año	Menores de 1 año					1 año
	Polio	DPT	BCG	Hepatitis B	H.I.B	Triple Viral
2008	92.0	92.2	92.6	92.2	92.1	92.4
2009	92.1	92.2	90.2	92.2	92.2	95.2

Fuente: MPS, PAI

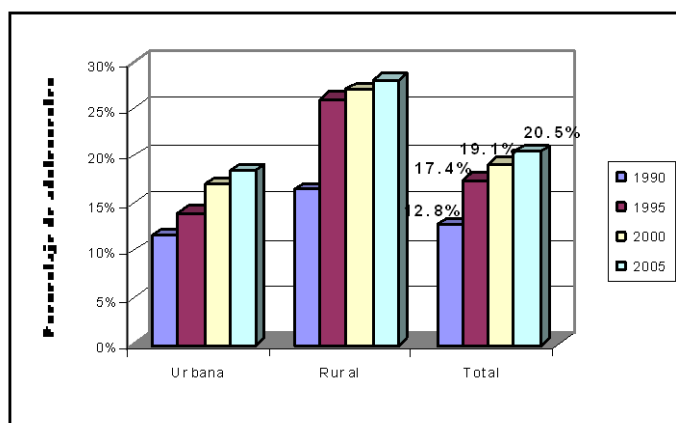
# Informe de monitoreo – Resultados Salud Pública

## Salud Sexual y Reproductiva

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, se observa un preocupante incremento en el número de madres adolescentes. El porcentaje de adolescentes que han sido madres o están

en embarazo registra un incremento continuo desde 1990, observándose porcentajes más altos en la zona rural que en la zona urbana.

**Gráfico 2. Porcentaje de adolescentes que han sido madre o están en embarazo**



Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud

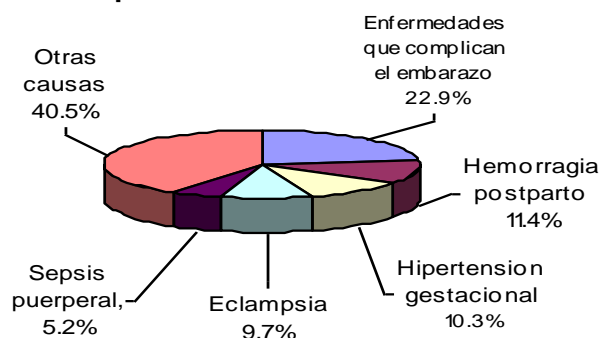
Por otro lado, entre el 2002 y el 2007, la mortalidad materna se ha reducido en 10%, pasando de 84 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2002 a 76 muertes por 100.000 nacidos vivos en el 2007. Si bien este resultado es alentador, la mortalidad materna se mantiene aun por encima de otros países de la región como Venezuela (57x100mil n.v) y Argentina (44x100mil n.v), aunque por debajo de países como Ecuador (95x100mil n.v), según información de la OMS.

Se han superado algunas barreras sociales y culturales. Por ejemplo, la atención médica en la

cabecera de los antiguos territorios nacionales entre 1990 y 2005 pasó de 79% a 88% y los embarazos sin atención bajaron de 20% a 6%. Además, la captación temprana de gestantes (en el primer trimestre) pasó de 30% en el 2000 a 71% en el 2005; y la cobertura de atención prenatal adecuada pasó de 82% en 1990 a 93,5% en el 2005.

Las principales causas de mortalidad materna en Colombia para 2007 corresponden a enfermedades que complican el embarazo (23%), seguidas por hemorragia postparto (11.4%) e hipertensión gestacional (10.3%).

**Gráfico 3. Principales causas de mortalidad materna, 2007**



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

## Informe de monitoreo – Resultados Salud Pública

**VIH / SIDA:** Para el año 2009 se reportaron 6.780 casos de VIH/SIDA a través del SIVIGILA (68,8% hombres), es decir 15 casos notificados por cada 100.000 habitantes. De este total, 4.960 casos corresponden al VIH, 1.281 a sida y 539 a muertes relacionadas con el VIH.

De acuerdo con los resultados del séptimo estudio centinela se estima en Colombia una prevalencia de 0,22% en 2009, resultado bastante similar al de países desarrollados como Australia, Bélgica y Dinamarca que según

datos de la OMS en 2007 tuvieron la misma prevalencia.

Por otro lado, en el periodo 2003 a 2009 se han tamizado 1.249.187 gestantes, de las cuales 2.261 fueron diagnosticadas con el VIH (1,18%). En el balance general de estos siete años, de los 1.652 niños que han nacido vivos se diagnosticó la infección en 49 niños, lo que implica que al haberse esperado 462 casos de VIH/sida perinatal sin intervención, gracias a la estrategia se evitó la transmisión en 413 niños y niñas.

### Salud Mental y Violencia Intrafamiliar

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal, en 2008 se registraron 202 casos de violencia intrafamiliar por cada cien mil habitantes; 65% catalogado como violencia entre pareja. Según datos de la misma fuente, para el 2008 se registró una tasa de 4 suicidios por cada cien mil habitantes. De otro lado, los resultados del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas SPA en Colombia 2008, indican un aumento de la prevalencia en el uso de drogas que fue de 2,74 en ese año.

En el 2006 se elaboró y difundió la Política para la reducción del consumo de SPA con base en

la cual se han desarrollado las acciones de fortalecimiento de redes comunitarias de apoyo, creación de comités departamentales de prevención y control de drogas, apoyo técnico y financiero a 18 proyectos en 17 municipios y 11 departamentos para la prevención del consumo de SPA, la promoción de la salud y la mitigación del impacto del consumo de SPA en las comunidades y 9 proyectos de “zona de orientación escolar” ZOE de 7 departamentos del país, así como el desarrollo del componente de salud mental en Atención Primaria en Salud.

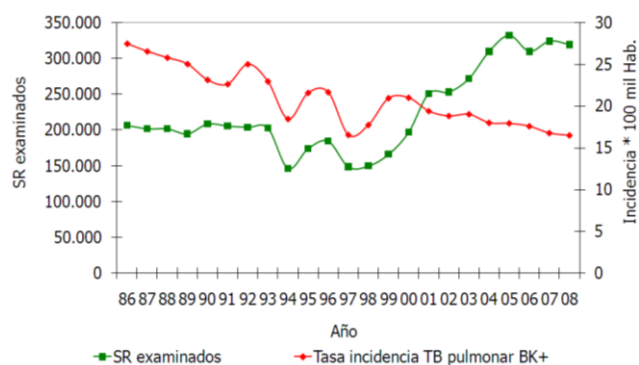
### Enfermedades transmisibles y zoonosis

La incidencia de malaria en Colombia disminuyó 28%, al pasar de 115.555 casos en el 2005 a 79.909 casos en el 2009<sup>4</sup>, así mismo la mortalidad por esta causa cayó en 82% al pasar de 84 muertes en el 2005 a 15 muertes en el 2008. En consecuencia, la mortalidad se redujo 42% con respecto al 2005.

Por otro lado, en tuberculosis se identifica un incremento de 3% en el 2009 con respecto al 2006 en la captación de casos sospechosos (línea verde Gráfico 4), a pesar de lo cual, la incidencia de tuberculosis se mantiene estable (línea roja Gráfico 4), lo cual indica un mayor control de la enfermedad y su transmisión. Igualmente, el seguimiento de pacientes con tuberculosis pasó de 18% en 1999 a 93,7% en

el 2007, manteniendo una curación de enfermos de 77% y de fracasos inferior al 1,5%.

**Gráfico 4. Captación de casos sospechosos e incidencia de Tuberculosis**



Fuente: DANE, Estadísticas Vitales

<sup>4</sup> Información preliminar.

# Informe de monitoreo – Resultados Salud Pública

## Enfermedades no transmisibles

Según el estudio de carga de enfermedad de Colombia realizado en 2008 por el CENDEX, se concluyó que el 76% de la carga de la enfermedad en Colombia corresponde a enfermedades crónicas, fundamentalmente: Enfermedad Cardiocerebrovascular, cáncer y enfermedad mental. Al respecto, la OMS ha señalado que el consumo de tabaco ocasiona el 30% del total de enfermedades cardiovasculares, el 80% de todas las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, el 90% del cáncer de pulmón y el 30% de todos los otros tipos de cáncer, ocasionando más de cinco millones de personas en el mundo (más que la tuberculosis, el VIH/SIDA y el paludismo); además ocasiona importantes costos médicos directos al sistema.

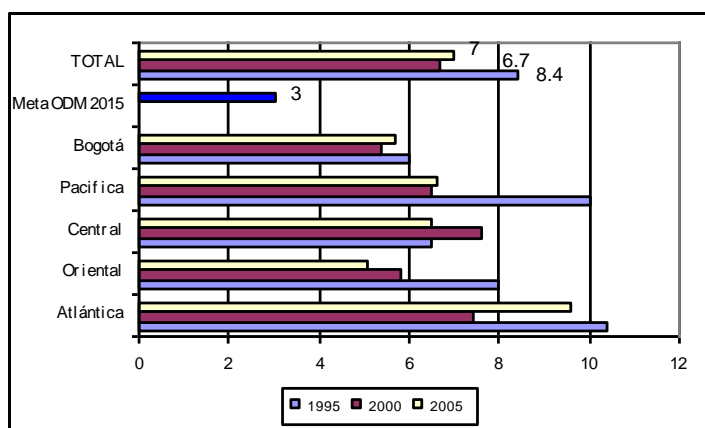
Consciente de esta problemática y en cumplimiento del Convenio marco de lucha antitabaco, ratificado por Colombia en diciembre de 2006<sup>5</sup> el Ministerio realizó acciones para reducir la demanda y la oferta del tabaco, tales como: generación de impuestos; expedición de reglamentación para generar espacios libres de humo; reglamentación sobre etiquetado y empaquetado; educación antitabaco y prohibición de la venta a menores de edad que busca limitar el fácil acceso de niños a este flagelo, la cual fue reconocida por la OMS como una de las leyes que a nivel mundial aborda de manera más integral lo propuesto en el Convenio Marco.

## Situación Nutricional

En el ámbito de la situación nutricional, los resultados del país son alentadores al observar el comportamiento del indicador de desnutrición global y el incremento en la duración de la

lactancia materna. El índice de desnutrición global pasó de 8,4% en 1995 a 7% de niños menores de cinco años en 2005.

**Gráfico 5. Índice de desnutrición global**



Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud

De manera igualmente positiva, se observa que entre 1995 y 2005, la duración mediana de la

lactancia exclusiva pasó de 0,5 a 2,2 meses para menores de 3 años.

**Cuadro 2. Duración de la lactancia materna exclusiva**

1995	2000	2005
0,5	0,7	2,2

Fuente: Profamilia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud

<sup>5</sup> Ley 1109 de diciembre de 2006. Por la cual Colombia adhiere al Convenio Marco de Lucha Antitabáquica Declarado exequible mediante Sentencia C-655 de 29 de agosto de 2007.



## ¿Como van los resultados del aseguramiento en salud?

### Mantener la cobertura universal del aseguramiento en salud

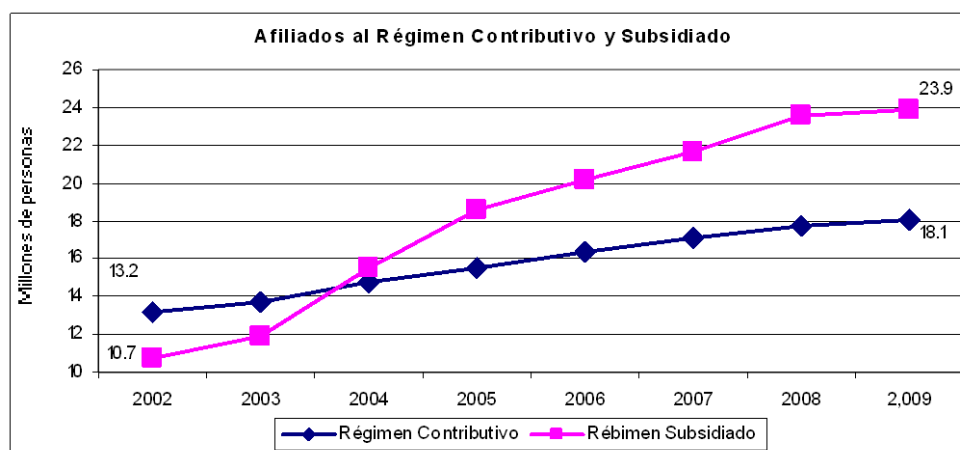
La situación del aseguramiento en Colombia ha vivido un ascenso permanente en los últimos años. Entre 2002 y 2009 se ha incrementado en 69% el número de personas afiliadas al SGSSS, a través del régimen contributivo y subsidiado, al pasar de cerca de 23,9 millones a 42 millones de personas afiliadas en 2009.

En este periodo, el incremento en el número de afiliados ha estado fundamentalmente explicado

por el aumento en la afiliación en el régimen subsidiado, que pasó de 10,7 millones de cupos contratados en 2002 a 23,9 millones en 2009.

Por su parte, aunque el incremento ha sido menor en el régimen contributivo, en este periodo se observa un crecimiento continuo en el número de afiliados en este régimen de aseguramiento en salud.

**Gráfico 6. Estructura de la población colombiana**



Fuente: Ministerio de la Protección Social

### ACTUALIZACIONES Y UNIFICACIÓN DEL POS:

Adicionalmente, desde 2002 se han realizado más de 20 ejercicios de actualización de los Planes Obligatorios de Salud de los regímenes subsidiado y contributivo, las cuales han buscado mejorar la atención de enfermedades o condiciones de salud de la población colombiana que, en el país, tienen una alta frecuencia y además, un alto costo para los usuarios y para el Sistema, tales como diabetes, hipertensión, cáncer, VIH, enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria, anticoncepción y soportes nutricionales.

De otro lado, dando cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, que apunta a la unificación gradual y sostenible de los POS, el Gobierno Nacional logró la unificación de los planes de beneficios de alrededor de 9.6 millones de niños menores de 18 años afiliados al régimen subsidiado. Esto significa que cerca del 43% de los afiliados al régimen subsidiado tienen acceso hoy a los beneficios del Régimen Contributivo.

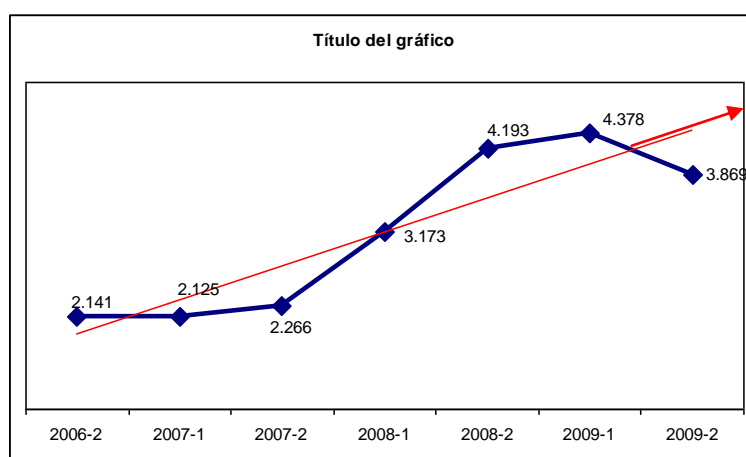
## ¿Como van los resultados en la calidad y eficiencia de la Prestación?

Desde el año 2006, el Ministerio de la Protección Social avanza en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, dentro del cual se encuentra el Sistema de Información para la Calidad.

Desde su inicio se evidencia una tendencia creciente en el reporte de información por parte de las instituciones prestadoras de servicios

(IPS). Mientras que en 2006 se consolidó información para 2.141 IPS, este número pasó a 3.869 IPS para el corte de diciembre de 2009 (según la información disponible para junio 2010), es necesario aclarar que el número de IPS que reportan seguirá aumentando, teniendo en cuenta que muchas de éstas hacen el envío de información después de los plazos reglamentarios.

**Gráfico 7. Reporte de IPS al Sistema de Calidad**



Fuente: Sistema de Información para la Calidad, reporte a junio 2010

En cuanto a las aseguradoras, el nivel de reporte también ha registrado un buen comportamiento, sin desconocer que aún no se logra el reporte del total de instituciones.

De tal forma, la información sobre el estado de la calidad en la atención de salud, que se presenta a continuación, debe ser analizada teniendo en cuenta que ésta no representa el universo total de prestadores y aseguradores.

**Cuadro 3. Reporte de EAPB al Sistema de Calidad**

	2006-2	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2
EAPB que reportan	39	55	44	65	81	83	82
EAPB que Deberían reportar	95	95	95	95	98	98	98

Fuente: Sistema de Información para la Calidad, reporte a junio 2010

# Informe de monitoreo – Resultados Calidad y Eficiencia

## Calidad de la atención en salud

Los indicadores de calidad en la atención aquí presentados corresponden al reporte disponible en el Sistema de Información para la Calidad, a junio 2010, es importante tener en cuenta que debido a los continuos reportes por parte de las entidades, tanto aseguradores como prestadores, estos datos se van actualizando, por lo que los agregados se irán modificando conforme esta actualización se va consolidando. Se invita a los lectores de éste boletín a hacer seguimiento a los indicadores de calidad en el portal del Observatorio de Calidad ([www.minproteccionsocial.gov.co/ocs](http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs)).

El primer indicador de calidad en la atención que se presenta en este boletín es el indicador de la proporción de cancelación de cirugías programadas, el cual reporta para el primer semestre de 2007 una cancelación del 7,7% de las cirugías programadas, y para final del 2009 esta proporción presenta una disminución a 6,9%, lo que expresa un comportamiento positivo del indicador. Otro indicador de interés es la tasa de mortalidad intrahospitalaria cuya tendencia es decreciente, lo que indica mejores niveles de calidad técnica en la atención por parte de las IPS.

**Cuadro 4. Algunos indicadores de calidad de la atención en salud**

Indicador	Unidad de Medida	2007		2008		2009	
		Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Proporción de cancelación de cirugía programada -IPS	Porcentaje	7,7	7,5	7,5	7,7	6,9	6,9
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48hrs -IPS	Tasa por 1.000	22,0	20,5	17,2	16,7	14,6	16,6

Fuente: Sistema de Información para la Calidad. Reporte a junio 2010

El siguiente conjunto de indicadores generan importante información para detectar fallas en la calidad de la atención, porque los eventos que se registran pueden ser consecuencia de deficiencias en el abordaje de los problemas que generan las consultas, en el caso de los reingresos; o fallas en los adecuados controles y cuidados a los pacientes en el caso de las infecciones y otros eventos adversos.

El boletín #2 del Observatorio de la Calidad señala que estos indicadores son basados en la búsqueda activa (es decir, mayor gestión por parte de la institución en la detección de las situaciones que señalan deficiencias en calidad)

y por lo tanto de acuerdo con la evidencia internacional están afectados por el subregistro, y su análisis debe considerar que las instituciones que revelan bajos niveles en estos indicadores, puede obedecer a una mala gestión en la detección de las fallas.

En cuanto al comportamiento de los indicadores se señalan tendencias estables en las tasa de reingreso e infección, y se destaca de forma positiva el aumento en la proporción de vigilados de eventos adversos y el número de IPS que efectúan el reporte sobre este indicador.

**Cuadro 5. Indicadores de calidad de la atención en salud**

Indicador	Unidad de Medida	2007		2008		2009	
		Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Porcentaje	2,5	2,3	1,8	0,9	1,6	2,1
Tasa de infecciones intrahospitalarias -IPS	Porcentaje	1,4	1,3	1,5	1,6	1,4	1,3
Proporción de vigilados de eventos adversos	Porcentaje	17,7	20,4	20,9	11,9	60,8	53,2
Número de entidades que vigilan sus eventos adversos	Número	1.054	1.132	1.509	2.195	2.074	1.945

Fuente: Sistema de Información para la Calidad. Reporte a junio 2010

La oportunidad en la asignación de consultas de medicina general revela que los usuarios que solicitan citas con la IPS esperan en promedio 2,5 días. Sin embargo este indicador debe analizarse en conjunto con otro tipo de información que permita medir la demanda no atendida.

Por su parte, se observa que la oportunidad en cirugía programada registró en el segundo semestre de 2009 11,8 días y que la oportunidad por parte de las EPS en la entrega de medicamentos se registra en estos años de reporte alrededor del 90%.

**Cuadro 6. Indicadores de oportunidad de la atención en salud**

Indicador	Unidad de Medida	2007		2008		2009	
		Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2	Semestre 1	Semestre 2
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General – IPS	Días	2,6	2,3	1,9	2,1	2,9	2,5
Oportunidad en la realización de cirugía programada	Días	12,6	10,7	12,5	11,0	10,5	11,8
Oportunidad entrega de medicamentos POS – EAPB	Porcentaje	85,5	86,8	87,6	92,6	91,3	90,2

Fuente: Sistema de Información para la Calidad. Reporte a junio 2010

## Optimización del uso de los recursos humanos, físicos y financieros de los actores del SGSSS

La eficiencia hospitalaria se mide básicamente con los indicadores de ocupación y giro cama. El índice de ocupación de camas de las IPS públicas a nivel nacional, se ha incrementado en los últimos años, lo que indica mayor aprovechamiento de la capacidad instalada.

El indicador de giro cama nacional, para 2009 fue de 69,4, resultado que implica de la misma forma condiciones estables del uso de los recursos hospitalarios con respecto a 2007 y 2006. Los resultados de 2009 pueden ajustarse en el futuro debido a reportes extemporáneos de las IPS.

**Cuadro 7. Indicadores de Ocupación y Giro cama de las IPS públicas**

Indicador	Unidad de medida	2006	2007	2008	2009
Índice ocupacional camas hospitalarias - IPS públicas	Porcentaje	64,3	66,3	67,5	68,1
Indicador giro cama - IPS públicas	Número de pacientes por cama en el periodo	70,2	70,7	68,9	69,4

Fuente: SIHO

El indicador de Crecimiento de la Producción, en UVR (Unidades de Valor Relativo), mide el desempeño de la producción de servicios hospitalarios de la red pública con respecto al año inmediatamente anterior, de este modo se

espera que se registren crecimientos positivos, como los que se observan desde el año 2006, tanto para el nivel nacional como desagregados por nivel de complejidad.

**Cuadro 8. Crecimiento de Producción de las IPS públicas**

Crecimiento porcentual con respecto al año anterior

	Crecimiento Producción agregada (en UVR) de Servicios de Salud - IPS públicas			
	2006	2007	2008	2009*
Nivel 1	6,7	5,5	4,5	1,8
Nivel 2	4,6	5,5	4,8	5,2
Nivel 3	8,8	4,9	6,1	4,0
Total	6,8	5,2	5,2	3,7

\*El valor es preliminar por reportes extemporáneos por parte de las IPS

Fuente: SIHO

El equilibrio operacional es un indicador de eficiencia en la gestión de recursos de las IPS públicas, en cuanto relaciona los ingresos y los costos de la institución, si el indicador es 100, quiere decir que los ingresos y los costos están en equilibrio, si se calcula por debajo de 100, los

costos superan a los ingresos, y si se encuentra por encima de 100 los ingresos son superiores. En los últimos 4 años se observa que la red pública ha estado cerca del equilibrio, registrando en 2008 una situación de superávit.

**Cuadro 9. Indicadores de Eficiencia de la Red Pública**

	2006	2007	2008	2009
Equilibrio operacional	97,3	98,6	101,9	99,6
Gasto personal por unidad producida (UVR)	550,8	555,3	540,5	551,2

Fuente: SIHO

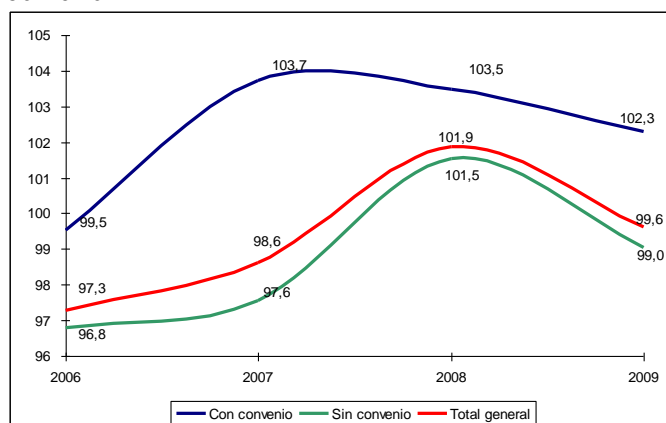
## Informe de monitoreo – Resultados Calidad y Eficiencia

El gasto personal por unidad producida, es una relación entre el gasto en personal y la producción de la institución, entre menor sea esta relación, indica que se está produciendo con una utilización más eficiente del recurso humano.

Estos indicadores de eficiencia observados para las instituciones con el apoyo del Programa de

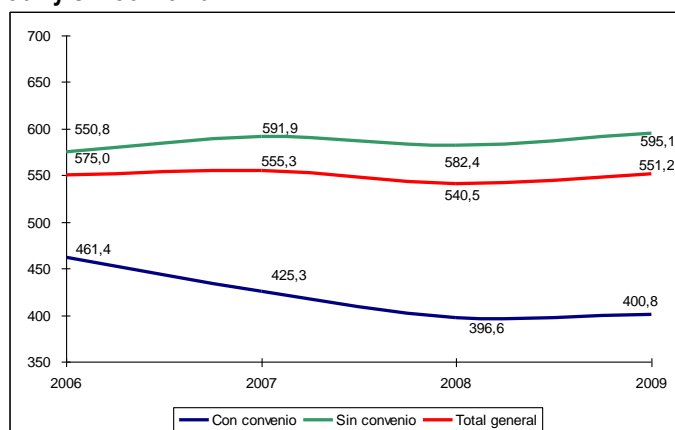
Modernización y Reestructuración de la red pública (con convenio), con respecto al resto de instituciones y al total nacional, evidencian que la intervención del gobierno tiene un impacto positivo en su desempeño, el equilibrio operacional en las entidades con convenio se registra por encima de 100 desde el 2007 y mayor de los registrado por las otras instituciones.

**Gráfico 8. Equilibrio Operacional Instituciones Con y Sin Convenio**



Lo anterior se confirma al observar la relación de gasto en recurso humano con respecto a la producción, donde se evidencia que ésta es mucho menor en las instituciones con convenio,

**Gráfico 9. Gasto personal por unidad producida, Instituciones Con y Sin Convenio**



es decir la producción es mayor con menores gastos en recursos humanos, evidencia de eficiencia en la gestión.

## GLOSARIO

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística

**ENDS:** Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Profamilia

**ENS:** Encuesta Nacional de Salud

**ENSB:** Encuesta Nacional de Salud Bucal

**ENSIN:** Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Profamilia

**EAPB:** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**MPS:** Ministerio de la Protección Social

**n.v.:** Nacidos Vivos

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones

**PAISOFT:** Sistema de Información del PAI

**POS:** Plan Obligatorio de Salud

**REPS:** Registro Especial de Prestadores de Salud

**SIHO:** Sistema de Gestión de Hospitales Públicos