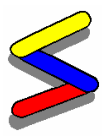


REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

**“SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN
DE LAS ASEGURADORAS FRENTE A LAS
ACCIONES DE PROTECCIÓN ESPECIFICA,
DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE
ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD
PÚBLICA”**

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Santafé de Bogotá, febrero de 2000

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LAS
ASEGURADORAS FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN
ESPECIFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE
ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA

ASPECTOS CONCEPTUALES

PARTE I

Santa fe de Bogotá, febrero 2000

**SISTEMA DE FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LAS
ASEGURADORAS FRENTE A LAS ACCIONES DE PROTECCIÓN
ESPECIFICA, DETECCIÓN TEMPRANA Y ATENCIÓN DE
ENFERMEDADES DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA**

VIRGILIO GALVIS RAMIREZ

Ministro de Salud

MAURICIO BUSTAMANTE

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
II. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
III. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	9
IV. TIPO DE INDICADORES.....	11
4.1 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN PRECOZ	11
4.1.1. Construcción del numerador	11
4.1.2. Construcción del Denominador	12
4.2. INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN.....	12
4.3.1 Indicadores de falla de la atención.....	12
4.3.2 Indicadores de cumplimiento del proceso de atención.....	13
V. MODELO DE PROGRAMACIÓN	15
5.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL SUPUESTO SOBRE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL DE LA ASEGURADORA.....	15
5.2. LA CONSTRUCCIÓN DEL SUPUESTO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO DE ASEGURAMIENTO.....	16
5.3 CRITERIOS TÉCNICOS PARA AJUSTE DE LA PROGRAMACIÓN.....	17
5.3.1 Cambio o Ajuste de los Parámetros de Programación	17
5.4 SUPUESTOS BÁSICOS PARA EL AJUSTE DE LA PROGRAMACIÓN AL FINAL DEL PRIMER SEMESTRE PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	19

VI. EL MODELO DE CONTROL DE GESTIÓN.....	20
6.1. FLUJO DE DATOS	23
6.2 EL CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE ALIMENTA EL SISTEMA.	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

INTRODUCCIÓN

El Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establece el conjunto de procedimientos de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades, necesarias para lograr transformaciones positivas en la situación de salud de la población. Este acuerdo establece el papel de las administradoras del Plan Obligatorio de Salud en el desarrollo de las políticas en salud pública y se constituye en el mecanismo de complementariedad requerido entre los planes de atención existente en el régimen de beneficios del Sistema.

Todas las intervenciones incluidas en el acuerdo, buscan reducir los riesgos de enfermar, sufrir complicaciones y discapacidad o morir y así lograr que la población del país mejore progresivamente su situación de salud. Los eventos relacionados con las intervenciones incluidas se consideran de interés en salud pública por diferentes razones, entre las que se encuentran:

- Eventos de alta frecuencia y severidad que conllevan una alta carga social y económica para el Sistema.
- Eventos transmisibles o con altas externalidades que pueden afectar rápidamente la salud de grupos de población.
- Eventos que pueden evitarse con intervenciones de baja complejidad y que generan rápidamente impactos positivos sobre la población.

Teniendo en cuenta que los procedimientos incluidos como de obligatorio cumplimiento y demanda inducida responden a criterios de salud pública, es indispensable que las aseguradoras, tanto del régimen contributivo como subsidiado, logren implementar estrategias innovadoras para inducir la demanda y mejorar continuamente la cobertura de las intervenciones y la calidad de los procesos de servicios relacionadas con las mismas. Con este propósito, el acuerdo 117 previó el diseño de un sistema de indicadores que le permita a la Nación, a las direcciones territoriales y a las aseguradoras, desarrollar mecanismos de intervención para el fortalecimiento permanente de la gestión adelantada por estas últimas en función de lograr que su población afiliada se beneficie con los servicios incluidos.

Este texto, corresponde a la primera de las tres partes que constituyen la referencia documental del Sistema y al anexo 5 de la resolución 00412 de febrero de 2000. Presenta los objetivos, los principios fundamentales de referencia en la operación del

sistema, el tipo de indicadores a ser incluidos, los fundamentos teóricos de la estrategia de programación y el mecanismo de seguimiento a utilizar.

La segunda parte corresponde a las matrices de programación y constituye el anexo 3 de la resolución 00412 de febrero de 2000. En esta se presenta una descripción de la forma de construcción de cada una de las matrices diseñadas y se exponen las mismas, tanto para el régimen contributivo como subsidiado. Además, se anexan algunas tablas que sirvieron de base para el cálculo de las frecuencias, así como las tablas de referencia requeridas para el uso de las matrices.

La última parte, corresponde a los indicadores de gestión del Sistema y conforma el anexo 4 de la resolución 00412 de 2000. En esta se presenta el listado de indicadores definidos y una ficha técnica correspondiente a cada indicador con la información básica para su uso y construcción.

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir al fortalecimiento y perfeccionamiento de la gestión de las EPSs de los regímenes contributivo y subsidiado, en relación con las acciones de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública establecidas en el acuerdo 117, mediante el monitoreo permanente de indicadores trazadores, de tal forma que sea posible la orientación de la asistencia técnica, la aplicación oportuna de acciones de control y la adecuada atención de la población asegurada.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimular el desarrollo de la red de servicios con que cuenta cada aseguradora, para ofrecer las actividades, procedimientos e intervenciones de referencia.

Favorecer el logro de coberturas de las intervenciones establecidas en el acuerdo 117, en consonancia con las metas establecidas por el Sistema.

Impulsar el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en el acuerdo 117, en función de las condiciones mínimas de calidad establecidas en las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública.

III. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Para la identificación y definición de los indicadores, así como para la operación del modelo de fortalecimiento de la gestión, se tienen en cuenta los siguientes principios:

- El marco normativo de referencia del modelo está dado por el acuerdo No. 117, de 1998, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, referente a las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento en el Plan Obligatorio de Salud; junto con la resolución 02390 de 1999 respecto a los datos mínimos, responsabilidades y flujos de información sobre afiliación al SGSS, y las resoluciones 2546 de 1998 y 1832 de 1999 sobre los datos mínimos acerca de las prestaciones de salud. De forma complementaria los Acuerdos 125 y 143 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecen condiciones en relación con la fecha de operación del Sistema.
- Los indicadores incluidos tienen un carácter trazador, vale decir, poseen capacidad de reflejo o representación, directa o indirecta, de un conjunto de situaciones, eventos o comportamientos. En consecuencia, con un conjunto limitado de indicadores, se tendrá una idea clara y de conjunto de los procesos y hechos relacionados con los servicios de demanda inducida y obligatorio cumplimiento incluidos en el POS.
- Los indicadores son dinámicos, es decir, permiten captar con sensibilidad y a corto plazo, el desempeño de las EPS, respecto al cumplimiento de las responsabilidades normadas en materia de protección específica, detección precoz y atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Los indicadores están contruidos con base en los datos disponibles en el Sistema Integral de Información en Salud. En tal sentido este modelo de fortalecimiento de la gestión, se basa en la optimización y cualificación permanente de la información disponible. Para efectos de resolver a corto plazo las deficiencias existentes propias del proceso de implementación del Sistema de Información, se prevé la implementación de estrategias temporales para garantizar el flujo de datos requeridos.
- Los indicadores incluidos exigen captura y acumulación de datos para períodos trimestrales, respetando lo establecido en el acuerdo 117, artículo 16. Sin embargo, el modelo utilizado puede permite estimaciones para tiempos diferentes a los períodos definidos, de acuerdo con necesidades específicas de control de gestión para cada aseguradora y para las entidades territoriales del nivel departamental.

- El modelo de fortalecimiento de la gestión debe permitir la comparación de las actividades estimadas, las metas de cobertura definidas y los promedios de ejecución, con las actividades realizadas por la aseguradora en el mismo período. La evaluación de estos tres indicadores (programación, gestión y potencialidad), permite la definición de medidas de intervención pertinentes para impulsar el desarrollo de la gestión de las aseguradoras.
- El sistema de fortalecimiento de la gestión, se fundamenta en un modelo de programación del número de actividades que deben ser realizadas por cada aseguradora. Es pertinente que dicha programación se realice al inicio del período y se ajuste al final del primer semestre, conforme a la evolución del volumen de afiliados y de sus características de aseguramiento.
- Tanto la programación de actividades, como los informes trimestrales de ejecución, se fundamentan en la desagregación de la información por entidades territoriales de orden departamental y distrital, de tal forma que sea posible monitorear la gestión en el ámbito territorial específico y, a través de intervenciones oportunas, estimular la equidad entre regiones.

IV. TIPO DE INDICADORES

Los indicadores propuestos para el seguimiento de la gestión de las aseguradoras, son de tres tipos: indicadores de cumplimiento de actividades de protección específica y detección precoz, indicadores de falla e indicadores de cumplimiento del proceso de atención.

4.1 INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN PRECOZ

Estos indicadores, se caracterizan por expresar la concentración de actividades realizadas durante un período de tiempo establecido, en relación con la concentración de actividades programadas para la aseguradora respectiva en el mismo período. Se construye a través de la relación entre el número de actividades realizadas y el número estimado (proyectado) de actividades a ser desarrolladas por la aseguradora en el período dado; por tanto, estos indicadores se comportan como indicadores de cumplimiento.

4.1.1. Construcción del numerador

Los numeradores de los indicadores en cuestión, se refieren al número de actividades efectivamente desarrolladas por la aseguradora en cada uno de los servicios a evaluar, para el período de interés. Esta información debe ser reportada como soporte de la factura, tal como lo establecen las resoluciones 2546 de 1998 y 1832 de 1999, donde se norman los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre prestaciones de salud, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Cuando el sistema de información en lo relacionado con prestaciones de salud opere óptimamente, la información de los numeradores no deberá ser reportada por la aseguradora, esta será suministrada al Ministerio de Salud y a las entidades territoriales directamente, a través del Sistema de Información. Todas las actividades que hayan sido programadas contarán con un mecanismo de registro, que garantice la capturar de todos los eventos, sin riesgo de ser asociadas con otras actividades similares que no correspondan con las descritas en las normas técnicas.

La fuente de datos, por tanto, es la información sobre prestaciones de salud en el Sistema y aplica para las EPSs de los regímenes contributivo y subsidiado. Transitoriamente el sistema establecerá un registro especial de la información necesaria

para la construcción de los indicadores que deberá ser diligenciado por todas las aseguradoras y remitido a las direcciones departamentales de salud y el Ministerio de Salud trimestralmente. Dichos registros deberán implementarse en las Instituciones Prestadoras de Servicios que constituyen la red en cada aseguradora.

4.1.2. Construcción del Denominador

El denominador de este indicador corresponde a la estimación del número de actividades a ser desarrolladas por las aseguradoras en un período de tiempo determinado, teniendo en cuenta las metas de cumplimiento establecidas para el servicio.

Para tal fin se propone la operación de un modelo de programación, fundamentado en tres tipos de supuestos: el primero, referido a la estructura poblacional, el segundo relacionado con el tiempo de afiliación de la población a la aseguradora y el tercero de acuerdo con las características propias del servicio, establecidas en las normas. Este modelo se expone en un capítulo más adelante.

Dado que la población cubierta por cada aseguradora tiene en principio características y tiempo de aseguramiento específicos, en consecuencia es preciso construir una tabla de referencia por aseguradora que corresponda, con la mayor precisión posible, a las condiciones de la población afiliada por departamento.

Con el objeto de hacer un mejor seguimiento de la gestión, la cifra del denominador puede corresponder sólo a la meta de cobertura establecida para cada servicio en el período de referencia, por lo cual el indicador se comporta como uno de cumplimiento de la programación. De otra parte, la cifra puede corresponder al total de acciones a desarrollar de acuerdo con el modelo de programación, lo cual equivale a un indicador de potencialidad que expresa el estado de desarrollo de cada aseguradora en relación con lo esperado en condiciones de cobertura total; por tanto, el valor de su complemento $(1-p)$ expresa lo que le falta a la aseguradora por desarrollar.

4.2. INDICADORES DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN

4.3.1 Indicadores de falla de la atención

Estos indicadores corresponden a condiciones o padecimientos cuya ocurrencia o presencia sirve de señal de aviso acerca de la necesidad de mejorar la calidad de la atención. Este tipo de indicadores se comportan como índices negativos de la calidad de la atención y parten del supuesto de que si el sistema de atención a la salud ha estado funcionando satisfactoriamente, podrían haberse evitado o controlado tres tipos básicos

de condiciones: enfermedad innecesaria, incapacidad innecesaria y muerte prematura.

En la utilización de los indicadores de falla se tienen en cuenta los siguientes criterios:

La condición o problema debe ser de fácil diagnóstico y su evolución debe poder modificarse con la intervención oportuna.

Los eventos deben ser considerados como evitables o innecesarios.

La condición debe ser de evolución rápida de tal forma que su presencia se pueda relacionar con la gestión de la aseguradora.

La presencia u ocurrencia de uno de estos eventos en la aseguradora, sugiere la necesidad de un estudio a profundidad que permita establecer los puntos críticos determinantes en la ocurrencia del evento, que deben ser controlados para evitar nuevos casos en el futuro.

4.3.2 Indicadores de cumplimiento del proceso de atención.

Las guías de atención definidas para las enfermedades de interés en salud pública, establecen las características básicas del proceso de atención en cada caso, construyendo así un conjunto de condiciones o requisitos mínimos del proceso de atención.

Estos indicadores buscan verificar el cumplimiento por parte de las aseguradoras de las condiciones mínimas recomendadas para la atención de enfermedades de interés en salud pública, a través de la relación entre determinados procedimientos y la población con diagnóstico de enfermedades de interés.

Dado que la atención de las enfermedades incluye un conjunto de procedimientos y teniendo en cuenta que la característica de este sistema es incluir indicadores trazadores, se escogerá un procedimiento por evento, que se considere punto crítico para la atención y que en tal sentido sea condición fundamental para garantizar calidad de la misma.

4.3.2.1. Construcción de numerador

El numerador de este tipo de indicador es el número de veces que se ha realizado un procedimiento de atención que se considera trazador para cada evento. Este evento es registrado por las instituciones prestadoras de servicios y fluye al nivel nacional y a las entidades territoriales desde las aseguradoras.

Para la selección del número de procedimientos, es necesario tener en cuenta una serie

de filtros para el dato, dentro de los cuales se encuentran: Edad, sexo, área de servicio y diagnóstico de referencia para el procedimiento.

4.3.2.2. Construcción de denominador

El denominador de este indicador da cuenta del número de personas de la aseguradora con el diagnóstico de referencia. Este dato se registra con la información de prestaciones de salud y fluye simultáneamente desde la aseguradora hacia el Ministerio de Salud y las Direcciones Departamentales de Salud.

Dado que tanto el numerador como el denominar se relacionan con la operación del sistema de información, se establecerá un mecanismo temporal para la consolidación y flujo de datos que opere simultáneamente con el sistema de información.

V. MODELO DE PROGRAMACIÓN

El modelo de programación para la estimación de actividades a ser realizadas por las EPSs de los regímenes contributivo y subsidiado en un período de un año, se construye sobre los siguientes supuestos básicos:

- El dato base de cálculo para la programación es el total de personas afiliadas a la aseguradora, en el grupo de edad objeto del procedimiento específico.
- La estructura poblacional observada en una aseguradora en un momento dado, se conserva más o menos uniforme durante el año de referencia.
- La distribución observada por grupos etáreos según meses de afiliación, en un momento dado, se mantiene más o menos uniforme durante todo el año.
- Con base en la distribución de la población por edad, sexo y tiempo de aseguramiento, se efectúa el cálculo del total de actividades del año desde el inicio del período.
- Las actividades a ser realizadas en un año, serán distribuidas de forma balanceada para cada uno de los trimestres correspondientes.
- Los parámetros a ser utilizados en la programación, como criterios de ajuste o fraccionamiento de la población, corresponden con las condiciones de prestación de los servicios y la población objeto establecidas en las normas técnicas existentes. Estos parámetros serán referencias nacionales y cuando estén disponibles serán regionales. El valor de los parámetros incluidos podrá ser modificado por la aseguradora, si se demuestra que el valor para su población afiliada es diferente al establecido en el modelo.
- La programación presupuestal y la contratación de recursos para la prestación de servicios, deben corresponder con la cantidad de actividades estimadas para el trimestre respectivo.

5.1 LA CONSTRUCCIÓN DEL SUPUESTO SOBRE LA ESTRUCTURA POBLACIONAL DE LA ASEGURADORA

La programación parte de la base que la estructura de la población por edad y sexo

existente en la aseguradora en un momento dado, se conserva más o menos estable durante todo el período de referencia.

Para la construcción de esta base, los datos para definir la estructura poblacional son los relacionados con la afiliación. Para tal fin, las aseguradoras al iniciar el período deben contar con los datos de edad o fecha de nacimiento y sexo, para cada uno de sus afiliados. Para el régimen contributivo los datos deben corresponder al cierre del 31 de diciembre del año anterior, teniendo en cuenta que la programación se hará teniendo como referencia el año calendario. Para el régimen subsidiado los datos corresponderán a la información anexa al contrato suscrito entre las entidades territoriales y las aseguradoras, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la resolución 2390 de 1998, teniendo presente que la programación corresponde al año de relación contractual establecido.

Esta información es el punto de partida para la estimación de las actividades esperadas, sin embargo, la dinámica del régimen contributivo, hace necesario contar con una fuente de datos que permita actualizar al finalizar el primer semestre la programación. Para tal caso cada aseguradora, deberá remitir una actualización del estado de la estructura poblacional de la aseguradora para hacer los ajustes pertinentes. Dicha actualización debe contener la distribución de hombres y mujeres por cada año de edad.

Para la población beneficiaria del régimen subsidiado, la estructura de población inicial no se actualiza ya que los mecanismos de contratación establecidos se constituyen en una garantía de estabilidad de los usuarios, para el período de contratación.

5.2. LA CONSTRUCCIÓN DEL SUPUESTO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DEL TIEMPO DE ASEGURAMIENTO

El segundo supuesto base de la programación hace relación al tiempo de aseguramiento. Se asume que la distribución por meses de aseguramiento de un grupo de personas de una edad específica existente, en un momento dado, se conserva más o menos estable durante todo el año.

Esta información puede construirse a partir de los reportes de afiliación hechos por las EPSs de los regímenes contributivo y subsidiado, teniendo en cuenta la edad y las fecha de afiliación. Es así como para cada grupo de edad, debe establecerse la proporción de personas existente para cada tiempo de afiliación(mes).

Dichas proporciones, serán aplicadas para fraccionar la población de cada grupo de edad, cuando la frecuencia de la actividad en el año sea superior a 1 y por tanto el tiempo de

aseguramiento determine la posibilidad de acceder al servicio con toda la frecuencia normada. En función de este sistema, la estructura de tiempos de aseguramiento reportada por la aseguradora al inicio del período, será aplicada para todo el año a ser programado de acuerdo con las frecuencias de uso previstas en las normas.

La fuente de datos para construir este supuesto es la misma para los regímenes contributivo y subsidiado y se fundamenta en lo normado en la resolución 2390 de 1998, sobre los datos mínimos, las responsabilidades y los flujos de la información sobre afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.3 CRITERIOS TÉCNICOS PARA AJUSTE DE LA PROGRAMACIÓN

Además de los dos supuestos ya mencionados, la programación responde a los criterios técnicos consignados en las normas, en relación con la forma de desarrollar las actividades, intervenciones y procedimientos allí expuestos.

Los criterios a tener en cuenta, dependen de cada área de servicio, algunas referencias se tomarán directamente de la norma técnica en función de principios técnicos y científicos, y se utilizarán determinados parámetros que permiten delimitar o focalizar la población objetivo correspondiente.

Cada dato incluido en la programación que sea utilizado como parámetro poblacional proviene de estudios nacionales de reconocida validez y confiabilidad, o está basado en la literatura internacional y se presentará debidamente sustentado, incluyendo la fuente y el período de referencia que fue utilizado.

5.3.1 Cambio o Ajuste de los Parámetros de Programación

Puede darse el caso, que las características de la población afiliada a una determinada aseguradora del régimen contributivo o subsidiado, sean diferentes, a tal punto que la aseguradora en cuestión, tenga interés en cambiar o ajustar el valor de alguno de los parámetros de programación, para ponerlo acorde con las citadas características. La propia aseguradora puede, en consecuencia, proceder a cambiar o ajustar el parámetro, pero la metodología y el resultado deben ser aprobados por el Ministerio de Salud.

Las siguientes indicaciones sirven de guía para cambiar o ajustar determinado parámetro de programación.

Considerar, en primer lugar, la posibilidad de cambiar el parámetro. Ello es posible, si existe tal parámetro para una población que coincida en sus características con la

población asegurada. La coincidencia debe darse en función de aquellas variables de clasificación, o independientes, que dan lugar a variación significativa en el valor del parámetro.

En algunos casos, las publicaciones de los estudios utilizados como fuente de información del parámetro de programación, pueden no presentar la cifra para la subpoblación específica equivalente a la asegurada por una EPS, pero sus bases de datos pueden tener las variables de clasificación que permitan tipificarla.

Si no es factible el cambio directo del parámetro, se puede evaluar la posibilidad de ajustarlo en función de la estructura de las variables de clasificación o independientes, de la población asegurada, si estas variables, como ya se dijo, establecen diferencias importantes en el parámetro.

A manera de ejemplo, si la proporción de mujeres en edad fértil (MEF) actualmente unidas (MAU) que usan algún método de planificación familiar es 0.72 para el país, puede darse el caso que las mujeres de tales características en una aseguradora, tengan una estructura según nivel de educación diferente a la de las MEF del parámetro de referencia, por lo tanto dicha estructura puede establecer diferencias en el parámetro. Veamos las cifras:

Cuadro 1. Proporción de mujeres en edad fértil por nivel educativo - EJEMPLO

Nivel de Educación	MAU %	MEF del País	MEF Aseguradas
		Proporción de las actualmente unidas que usan algún método	Actualmente Unidas %
Sin Educación	3.8	0.58	---
Primaria	36.5	0.70	5.3
Secundaria	49.2	0.75	65.4
Superior	10.5	0.77	29.3
Total	100.0	0.72	100.0

El procedimiento de ajuste de la proporción 0.72 correspondiente al total de la población del país, es el siguiente:

Cuadro 2. Estimación de MEF de una aseguradora que usan algún método anticonceptivo - EJEMPLO

Nivel de Educación	MEF de una aseguradora Actualmente Unidas (1)	Proporción de MEF actualmente unidas que usan algún método (país) (2)	Estimación MEF Aseguradas, que usan algún método (3) = (1)*(2)
Sin Educación	0	0.58	0
Primaria	13,250	0.70	9,275
Secundaria	163,500	0.75	122,625
Superior	73,250	0.77	56,403
Total	-	-	188,303

En consecuencia el cálculo de la proporción de MEF actualmente unidas que usan algún método corresponde a 188.303 mujeres, las cuales constituyen la población base de cálculo en la programación.

Así mismo, es posible que de acuerdo con los Sistemas de información existentes en la aseguradora, se encuentren referencias en relación con ciertos parámetros que puedan ajustar la programación, los cuales podrán ser utilizados previa verificación y validación por el Ministerio de Salud.

5.4 SUPUESTOS BÁSICOS PARA EL AJUSTE DE LA PROGRAMACIÓN AL FINAL DEL PRIMER SEMESTRE PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Al final de primer semestre, si la aseguradora reporta cambios en la estructura poblacional de acuerdo con la dinámica de la afiliación, se ajusta la programación con base en la nueva estructura reportada, conservando los parámetros de programación definidos por la norma, que fueron utilizados para la programación inicial.

A la cifra anual resultante de la programación después del primer semestre, debe restársele el ejercicio de los trimestre anteriores; para obtener el dato de actividades a ser realizadas en los trimestres siguientes. Para efectos de disponibilidad de recursos, es preciso dividir el valor de la diferencia por el número de trimestres faltantes.

VI. EL MODELO DE CONTROL DE GESTIÓN

El propósito del modelo planteado es facilitar la realización de juicios de valor referidos a la gestión de las aseguradoras mediante dos tipos de contrastes. El primero de ellos utiliza frecuencias relativas de eventos en función de un estándar (indicadores de cumplimiento de actividades de protección específica y de detección precoz, e indicadores de cumplimiento del proceso de atención), mientras que el segundo detecta la aparición de frecuencias absolutas de eventos no tolerables bajo el precepto de optimización del sistema en términos de su calidad (indicadores de falla).

Gracias al primer contraste es posible establecer la diferencia entre los resultados esperados y los obtenidos por cada aseguradora, evaluar esta diferencia, calificar su gestión y determinar la pertinencia de la aplicación de correctivos. En virtud del segundo se cuenta con un mecanismo centinela mediante el cual, a partir de la aparición de un evento que nunca, o sólo en muy rara ocasión, debe presentarse, se disparan las alarmas del Sistema generando un proceso de examen crítico, valoración y toma de decisiones enfocada al control. Merced a estos atributos el modelo permite identificar condiciones de riesgo en la gestión y realizar procesos de evaluación de mayor profundidad en aquellas aseguradoras que así lo requieran.

Una vez establecido el número esperado de actividades a ser desarrolladas por la aseguradora en el período (de acuerdo con la programación), se procede a la comparación con las actividades realizadas por la aseguradora en el período en cuestión. La proporción obtenida se compara con unos rangos de valores que finalmente permiten calificar la gestión y sugerir la necesidad de realizar intervenciones específicas de tipo preventivo o correctivo en cada aseguradora.

Como la información disponible sólo permite la estimación anual de las actividades programadas, las actividades cumplidas trimestralmente y la acumulación de las mismas para dos o tres períodos, deberá anualizarse mediante una proyección lineal para su comparación con las cifras anuales estimadas. Este proceso conlleva las siguientes implicaciones:

En términos de proyección:

- A enero se tiene una cifra poblacional de arranque, que si se le aplicase la norma técnica generaría un total de actividades esperadas. En julio se contaría con una nueva proyección de actividades para el año, con base en la cifra poblacional actualizada por

la aseguradora.

- A la proyección realizada, deberá restársele la ejecución lograda en el primer y segundo trimestre, y por tanto el valor esperado anualizado con base en la población de junio, es la suma de la ejecución del primer semestre y el producto de la diferencia anterior. (Ver cuadro 3).

Cuadro 3. Anualización de la estimación de actividades - EJEMPLO

<i>ACTIVIDAD*</i>	<i>TIEMPO</i>			
	ENERO		JULIO	
	CIFRA POBLACIONAL	PROYECCIÓN para el año	CIFRA POBLACIONAL	PROYECCIÓN para el año
Consulta de planificación familiar	A1	Proyección A1	A2	Ejecución Trimestre 1 + Trimestre 2 + (Proyección A2 - ejecución primer semestre)
Consulta de control prenatal de primera vez	B1	Proyección B1	B2	Ejecución Período 1 + Período 2 + (Proyección B2 - ejecución primer semestre)
Toma de sangre para tamizaje de hipotiroidismo congénito	C1	Proyección C1	C2	Ejecución Período 1 + Período 2 + (Proyección C2 - ejecución primer semestre)

En términos de ejecución:

La información reportada por aseguradora deberá ser anualizada tal como se plantea en el cuadro 4. La interpretación de las cifras acumuladas y anualizadas debe hacerse con el siguiente raciocinio: si las actividades o casos inscritos que se encuentran por realizar se ejecutasen al mismo ritmo de las realizadas hasta la fecha, se lograría la cifra anualizada.

Cuadro 4. Anualización de la ejecución de actividades - EJEMPLO

ACTIVIDAD	PERIODO					
	UNO (enero-marzo)		DOS (abril-junio)		TRES (julio-sept.)	
	CIFRA EJECUCIÓN	ANUALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN	CIFRA EJECUCIÓN	ANUALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN	CIFRA EJECUCIÓN	ANUALIZACIÓN DE LA EJECUCIÓN
Consulta de planificación familiar	A1	$A1 * 4$	A2	$A1 + A2 * 2$	A3	$A1 + A2 + A3 * 1.33$
Consulta de control prenatal de primera vez	B1	$B1 * 4$	B2	$B1 + B2 * 2$	B3	$B1 + B2 + B3 * 1.33$
Toma de sangre para tamizaje de hipotiroidismo congénito	C1	$C1 * 4$	C2	$C1 + C2 * 2$	C3	$C1 + C2 + C3 * 1.33$

En cada período de evaluación, el control de gestión se fundamenta en lo planteado en la Cuadro 5.

Cuadro 5. Resultado control de gestión - EJEMPLO

ACTIVIDAD*	PERIODO UNO (ENERO – MARZO)				PERIODO DOS (ABRIL – JUNIO)			
	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN ANUALIZADA	PROPORCIÓN	CALIFICACIÓN*	PROYECCIÓN	EJECUCIÓN ANUALIZADA	PROPORCIÓN	CALIFICACIÓN*
	Consulta de planificación familiar	Proyección A1	$A1 * 4$	$A1 * 4 /$ Proyección A1	{ * } Adecuado	Período 1 + Proyección A2	$A1 + A2 * 2$	$A1 + A2 * 2 /$ Proyección A1
Consulta de control prenatal de primera vez	Proyección B1	$B1 * 4$	$B1 * 4 /$ Proyección B1	* { } Deficiente	Período 1 + Proyección B2	$B1 + B2 * 2$	$B1 + B2 * 2 /$ Proyección B1	* { } Deficiente
Toma de sangre para tamizaje de hipotiroidismo congénito	Proyección C1	$C1 * 4$	$C1 * 4 /$ Proyección C1	{ * } Adecuado en el límite inferior	Período 1 + Proyección C2	$C1 + C2 * 2$	$C1 + C2 * 2 /$ Proyección C1	{ * } Adecuado en el límite inferior

Finalmente, es preciso recordar que el Sistema de Fortalecimiento de la Gestión, al operar como un sistema de alarmas, permite establecer la situación de la aseguradora en relación con el desarrollo de las actividades expuestas en el acuerdo 117 y debe conducir a la realización de estudios a mayor profundidad en cada aseguradora, en correspondencia con las condiciones de alarma expuestas.

6.1. FLUJO DE DATOS

Las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en las normas técnicas y guías de atención, deberán ser consignadas en el registro individual de atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud y fluir en el Sistema tal y como está establecido para las demás atenciones en salud.

Para la programación de actividades es necesario que las aseguradoras cuenten con una base de datos de la población afiliada con las variables fecha de nacimiento, sexo y fecha de afiliación a la EPS o similares, esta última variable no es requerida para el régimen subsidiado.

La programación correspondiente al régimen contributivo, se hará por departamentos y consolidado nacional y deberá ser enviada simultáneamente a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y a las direcciones departamentales de salud correspondientes. La programación en el régimen subsidiado se hará por contrato y deberá ser enviada a la Dirección Departamental de salud respectiva.

De manera transitoria las EPS remitirán al Ministerio de Salud junto con la programación, un archivo en medio magnético que contenga los siguientes datos, con la estructura establecida en la resolución 2390 de 1998, para verificar las condiciones de la programación:

- Tipo de identificación del usuario
- Número de identificación del usuario
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Fecha de afiliación a la EPS o similares

Con el objeto de monitorear trimestralmente los indicadores del sistema en el régimen contributivo, las Aseguradoras deberán remitir al Ministerio de Salud un informe departamentalizado y consolidado nacional de la gestión y a los departamentos un informe de gestión correspondiente a su jurisdicción teniendo en cuenta ciertos criterios técnicos que permitan la importación adecuada de los archivos.

El seguimiento hecho por el departamento busca establecer estrategias oportunas para garantizar en su jurisdicción la atención de la población de acuerdo con las metas de cobertura establecidas. El seguimiento desarrollado por el Ministerio de Salud busca

analizar la gestión de la aseguradora en todo el territorio nacional para implementar medidas que le permitan a las Administradoras garantizar la prestación de los servicios establecidos en el Acuerdo 117.

Como parte del proceso de seguimiento, se plantea el desarrollo de visitas en campo a las Aseguradoras o su red de prestadores para detectar y caracterizar los factores que condicionan las fallas en la gestión, cuando los indicadores así lo presenten. Dichas fallas pueden ser las detectadas por el departamento o las reportadas por el Ministerio una vez hecho el análisis trimestral.

Cada una de estas visitas debe ser realizada máximo durante el mes siguiente a la presentación del informe por las Aseguradoras. Además deberá construirse un reporte de la visita, conocido por las partes, donde se consigne los factores condicionantes y las medidas concertadas para mejorar la gestión. Copia de dichos informes deberán ser remitidas a la Dirección General de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud, a más tardar ocho días después de realizada la visita, cuando esta haya sido solicitada por el Ministerio.

En el régimen subsidiado, los indicadores propuestos para el seguimiento de la gestión serán monitoreados por las Direcciones Departamentales de Salud trimestralmente. Para tal fin las ARS deberán remitir al Departamento un informe de gestión correspondiente al trimestre y para cada uno de los contratos existentes.

El seguimiento hecho por el departamento busca establecer estrategias oportunas para garantizar en su jurisdicción la atención de la población de acuerdo con las metas de cobertura establecidas. Este proceso implica el desarrollo de visitas en campo a las Aseguradoras o su red de prestadores para detectar y caracterizar los factores que condicionan las fallas en la gestión.

Cada una de estas visitas debe ser realizada a más tardar durante el mes siguiente a la presentación del informe por las Aseguradoras. Además, deberá construirse un reporte de la visita conocido por las partes, donde se consignen los factores condicionantes y las medidas concertadas para mejorar la gestión.

Semestralmente las Direcciones Departamentales de Salud remitirán al Ministerio de Salud un informe sobre la gestión de las ARS en su departamento, presentando, para cada ARS y por cada contrato, el estado de los indicadores establecidos en el Sistema. Así mismo, deberán remitir un informe consolidado de las visitas realizadas, los hallazgos relevantes de cada una, los compromisos adquiridos por las Aseguradoras y el avance en el cumplimiento de los mismos.

Cuando el Ministerio de Salud considere conveniente solicitará a la Dirección Departamental el Salud realizar visitas adicionales para aclarar aspectos técnicos específicos. En este caso es requerido el envío de copia del reporte de visita al Ministerio de Salud máximo ocho días después de realizada la visita. Así mismo podrá solicitar directamente a las ARS la información que considere pertinente.

6.2 EL CONTROL DE CALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE ALIMENTA EL SISTEMA.

Con el propósito de garantizar la calidad de la información que alimenta el modelo de control de gestión, se tiene previsto la implementación de un mecanismo de control de calidad de la información, a través de la realización de muestreos de lotes de datos, seleccionados al azar en cada período de evaluación. Este procedimiento, implica la verificación, de la información reportada, directamente en la aseguradora, revisando los documentos de soporte de los datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDC. Consensus Set of Health Status Indicators for the General Assessment of Community Health Status United States. MMWR. Volumen 40 N° 27, 1991.

Fondo de Población de Naciones Unidas. Indicators for Population and Reproductive Health Programmes. Technical and Policy División. New York, 1998.

García, José. Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva. Serie de Documentos Técnicos N° 4. Fondo de Población de Naciones Unidas, Oficina para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile, 1996.

Haupt, Arthur; Kane, Thomas. Guía Rápida de Población, segunda edición. Washington, 1991

Miller, C. Arden, Fine, Amy, Adams-Taylor, Sharon. Monitoring Children's Health: Key Indicators, Second Edition. American Public Health Association. Washington, 1989.

Mootz, Marijke. Health indicators. Soc. Sci. Med. Volumen 22 N°2, 1996.

OPS. Aspectos epidemiológicos sobre la elaboración de indicadores para la monitoría de actividades de atención primaria de salud. Washington, 1982.

OPS. Indicadores de Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Washington, 1990.

OPS. Marcos de Referencia para la Definición de Indicadores Básicos de Servicios de Salud. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Washington, 1990.

OPS. Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar. Programa análisis de la situación de salud y sus tendencias. Washington, 1996. Documento Preliminar.

Santé et Bien-être social. Guide d'utilisation de 40 indicateurs sociosanitaires. Canada, 1992.

C:\MBVS\INDICAPOS\Doc_finales\PARTE1.rtf