

**Así Vamos
en Salud®**



2023

Índice Departamental en Salud (InDes)



**Así Vamos
en Salud®**

EQUIPO TÉCNICO **ASÍ VAMOS EN SALUD**

Augusto Galán Sarmiento
Director General

Marlon Tejedor Bonilla
Subdirector técnico

Nohora Benavidez Velandia
Coordinadora de información

Cristian Acevedo
Líder de investigación

Alejandra Patricia Bastos
Líder de relaciones institucionales y comunicaciones

Ingrid Rivera Rubio
Coordinadora de participación ciudadana y educativa

CONTENIDO

01

INTRODUCCIÓN

02

METODOLOGÍA

03

EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

Dimensión efectividad de la atención

Mujeres con toma de mamografía (%)

Proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo

Pacientes hipertensos controlados (%)

Dimensión experiencias y desenlaces de la atención en salud

Mortalidad materna

04

EJE PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS USUARIOS

Dimensión Satisfacción de los usuarios IPS/EPS

Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso

Dimensión preguntas, quejas y reclamos

Usuarios que interpuso PQRD

05

EJE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

Dimensión gastos en salud

Giros autorizados por recobros

Dimensión saneamiento de cuentas

Coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS

Antigüedad de cartera mayor a 180 días (sobre total saldo de la Dirección Territorial de Salud)

Operaciones de compra de cartera aprobadas

06

EJE RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN

Dimensión Mecanismo de participación de usuarios

Mecanismos de participación de la sociedad civil

Dimensión acceso a la información

Acceso y disponibilidad de la información del sector
Informes de rendición de cuentas

07

EJE GOBERNANZA

Políticas, planes y proyectos en salud y sistema de seguimiento a actores del sistema de salud

08

RESULTADOS GENERALES

1. Clúster
 2. Dimensiones
 3. Ejes
-

09

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

10

BIBLIOGRAFÍA

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1.** Adaptado de Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681
- Tabla 2.** Método de extracción: análisis de componentes principales.
- Tabla 3.** Distribución de departamentos por Clúster.
- Tabla 4.** Descripción del modelo.
- Tabla 5.** Resultados eje desempeño institucional, 2021.
- Tabla 6.** Proporción de toma de mamografía por departamento, 2021.
- Tabla 7.** Niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo (%), 2021.
- Tabla 8.** Proporción de pacientes hipertensos controlados, 2021.
- Tabla 9.** Razón de mortalidad materna, 2021.
- Tabla 10.** Resultados eje percepción ciudadana, 2021.
- Tabla 11.** Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso. 2021.
- Tabla 12.** Proporción de usuarios que interpuso PQRD, 2021.
- Tabla 13.** Puntajes eje financiamiento en salud, 2021.
- Tabla 14.** Giros autorizados por recobros por departamento, 2021.
- Tabla 15.** Resultados dimensión saneamiento de cuentas, 2021.
- Tabla 16.** % de coincidencia en el saldo de facturas, entre ERP e IPS por departamentos, 2021.
- Tabla 17.** Antigüedad de cartera mayor a 180 días, 2021.
- Tabla 18.** Operaciones de compra de cartera aprobadas, 2020.
- Tabla 19.** Eje Rendición cuentas y participación, 2021.
- Tabla 20.** Lista de chequeo Mecanismos de participación de usuarios.
- Tabla 21.** Lista de chequeo Acceso a la información.
- Tabla 22.** Lista de verificación, informes de rendición de cuentas.
- Tabla 23.** Resultado eje gobernanza, 2021.
- Tabla 24.** Distribución de Clústeres.
- Tabla 25.** Informe de medias en las dimensiones.
- Tabla 26.** Valor normalizado, dimensiones InDes 2023.
- Tabla 27.** Resultados InDes 2023 discriminado por ejes.
- Tabla 28.** Comparativo de resultados InDes.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Dispersión del eje desempeño institucional por dimensiones. 2021.

Gráfico 2. Dispersión agrupada de toma de mamografía por Ca seno.

Gráfico 3. Predicción consulta de niños menores de 10 años en crecimiento y desarrollo a 2030.

Gráfico 4. Dispersión agrupada de hipertensión controlada y mortalidad hipertensiva en Colombia, 2021.

Gráfico 5. Distribución agrupada del eje percepciones y opiniones de los usuarios por dimensiones, 2021.

Gráfico 6. Dispersión agrupada del eje de financiamiento.

Gráfico 7. Fórmula de cálculo del giro promedio por usuario de la EAPB.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, establecido por la ley 100 de 1993, a partir de la ley 715 de 2001 representa un hito importante en la descentralización de la atención en salud. A través de esta legislación, se transfirieron las responsabilidades de la prestación de servicios de salud a las entidades municipales y departamentales. Este enfoque descentralizado ha buscado promover una mayor participación de actores locales en la toma de decisiones y en la implementación de políticas de salud, con el propósito de brindar una atención más eficiente y centrada en las necesidades de la población.

No obstante, para lograr una prestación de servicios de salud óptima y garantizar el cumplimiento de los principios fundamentales del SGSSS, es crucial llevar a cabo una auditoría constante del desempeño del sistema a nivel departamental. Estas evaluaciones, llevadas a cabo por distintos actores, permiten identificar fortalezas y debilidades, así como generar recomendaciones propositivas que impulsen mejoras significativas en la calidad y acceso a los servicios de salud.

En este contexto, el Centro de Pensamiento Así Vamos en Salud como una organización de la sociedad civil lleva a cabo una evaluación propositiva del desempeño de los territorios en materia de salud por medio del Índice Departamental en Salud (InDes). Este documento se concibe como un valioso instrumento que busca ofrecer una visión general del desempeño del SGSSS a nivel departamental. Su principal propósito es analizar y presentar tanto las oportunidades de mejora identificadas como los éxitos alcanzados en cada región, con el fin de promover una mayor transparencia, participación y calidad en la prestación de servicios de salud en el país.

Para llevar a cabo esta evaluación del sistema de salud a nivel departamental, Así Vamos en Salud, ha adoptado un enfoque y metodología riguroso que permiten abarcar aspectos fundamentales como gobernanza, financiamiento, percepción del usuario, entre otros. En este sentido se utilizan 14 indicadores, distribuidos en 5 ejes temáticos y 9 dimensiones relevantes para la evaluación del sistema de salud.

Es importante destacar que esta tercera edición del InDes presenta cambios importantes con respecto a la segunda edición que evaluó la información del año 2020 (InDes 2021), que tuvo lugar durante la pandemia por Covid-19. Estos cambios reflejan la evolución de las necesidades y desafíos del sistema de salud en un contexto dinámico y en constante transformación.

El presente InDes 2023 en su tercera versión, evalúa los resultados del año 2021 bajo la misma metodología empleada en las versiones anteriores. Dicha metodología consiste en la ejecución de 5 etapas:

Etapas 1. Estructura básica. Consiste en la revisión de indicadores y evaluación de la pertinencia, dada su posibilidad de medición. Para el presente índice no se necesitó modificar la estructura, ya que a pesar de que un indicador no contaba con información actualizada por parte de la fuente, no se suspendió su medición, por consiguiente, continua con la misma distribución que en las versiones anteriores (ver tabla 1).

| EJE | DIMENSIÓN | INDICADOR | FUENTE DE INFORMACIÓN | AÑO |
|--|--|--|---|------|
| DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | Efectividad de la atención. | Mujeres con toma de mamografía (%). | PEDT: Protección Específica y Detección Temprana, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). | 2021 |
| | | Niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo (%). | | 2021 |
| | | Pacientes hipertensos controlados (%). | CAC: Cuenta de Alto Costo. | 2021 |
| PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS USUARIOS | Experiencias y desenlaces de la atención en salud. | Razón de mortalidad materna a 42 días. | SISPRO (SDG) - Indicadores Resolución 256 de 2016. | 2021 |
| | Satisfacción de los Usuarios IPS/EPS. | Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso. | Encuesta de Satisfacción de la EPS. | 2021 |
| | Preguntas, quejas y reclamos. | Usuarios que interpuso PQRS (%). | Superintendencia Nacional de Salud preguntas, quejas y reclamos de los usuarios. | 2021 |
| FINANCIAMIENTO DE LA SALUD | Gastos en Salud. | Giros autorizados por recobros. | ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. | 2021 |
| | Saneamiento de cuentas. | Operaciones de compra de cartera aprobadas. | ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. | 2021 |
| | | Coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS. | Circular 030 de 2013. | 2021 |
| | | Antigüedad de cartera mayor a 180 días (sobre total saldo de la Dirección Territorial de Salud) | | 2021 |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|------|
| RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN | Mecanismo de participación de usuarios. | Mecanismos de participación de la sociedad civil. | Planes de desarrollo departamental, plan territorial en salud, plan anticorrupción. | 2021 |
| | Acceso a la información. | Acceso y disponibilidad de la información del sector. | | 2021 |
| | | Informes de rendición de cuentas. | | 2021 |
| GOBERNANZA | Políticas, planes y proyectos de salud. | Políticas, planes y proyectos en salud y sistema de seguimiento a actores del sistema de salud. | Planes de desarrollo departamental, plan territorial en salud, plan anticorrupción. | 2021 |

Tabla 1. Adaptado de Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681.

Etapa 2. Recopilación de la información. Para esta versión, la información se empezó a recopilar a partir del mes de febrero de 2023, teniendo en cuenta que se presentaron algunos retrasos en dicho proceso ya que algunos datos no se encontraban publicados. De igual forma, es importante resaltar que en primera instancia el 100% de los indicadores tenían datos de publicación del 2021 y tan solo el 57% del 2022 y 2023, por lo tanto, se tomó únicamente el 2021 como año de análisis.

En cuanto a las fuentes de información consultadas, siguen siendo las mismas de años anteriores a excepción de la proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo que tuvo que proyectarse de acuerdo a la información recopilada en años anteriores, además, el indicador de coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS y la antigüedad de cartera mayor a 180 días sobre el total del saldo de la Dirección Territorial de Salud, el cual ya no se extrae del cubo de datos de saneamiento de cartera sino de la circular conjunta 030 de 2013 de Minsalud (1).

Una vez recopilada toda la información en una matriz de Excel con su correspondiente ficha técnica, se procede al siguiente paso que consiste en la estandarización de los datos.

Etapa 3. Estandarización de datos. Esta etapa continúa manejando la metodología utilizada en años anteriores, que es la misma aplicada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el cálculo del Índice de Desarrollo Humano (2), en el cual se busca es llevar todas las mediciones de los indicadores que son diferentes (tasas, porcentajes, números absolutos) a una medida estándar comparable, que en este caso se mide en una escala de 0 a 100 por medio de la siguiente fórmula:

$$x = \frac{\text{valor bruto} - \text{peor valor}}{\text{mejor valor} - \text{peor valor}} \times 100$$

Al estandarizar los resultados de todos los indicadores para hacerlos comparables, es necesario realizar 3 precisiones (3):

1. La lectura de los valores estandarizados es en puntos, NO en porcentaje.
2. No se considera un indicador con 100 puntos como perfecto o uno en 0 como sin gestión, solamente son aquellos que presentan el mejor y peor comportamiento

relativo en el período de medición dentro del grupo comparativo, aunque este valor sea bajo o alto en su escala original de medida.

3. Los datos se encuentran redondeados de forma automática, desde 0,5 se aproxima hacia la cifra superior y desde 0,4 se aproxima hacia abajo.

4. No se establece ningún puntaje como ideal en ninguno de los indicadores, ya que la estandarización genera un rango entre el valor mínimo y máximo de los datos obtenidos, por lo tanto, no es posible considerar un indicador con 100 puntos como perfecto o uno en 0 como sin gestión.

Etapa 4. Interpretación del dato. Una vez los datos se hacen comparables, se realiza un análisis descriptivo de cada uno de los indicadores en cada entidad territorial contrastados con los resultados nacionales, exaltando experiencias exitosas y posibles oportunidades de mejora en caso de que las haya y ubicándolos en uno de los cuatro rangos establecidos según su resultado estandarizado:



Paralelamente, con el fin de validar la estructura interna del índice (14 indicadores, 9 dimensiones y 5 ejes) se realizó nuevamente el análisis factorial que se realiza en todas las versiones. La estructura actual permite reducir los 14 indicadores en 5 componentes principales, con los cuales para esta versión se puede explicar el 80% del modelo propuesto (ver tabla 2) desde el primer Índice Departamental y que para efectos de este se le llaman ejes:

| VARIANZA TOTAL EXPLICADA | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------|-------------|--|--------|-------------|
| COMPO- NENTE | AUTOVALORES INICIALES | | | SUMAS DE CARGAS AL CUADRADO DE LA EXTRACCIÓN | | |
| | TOTAL | % DE VARIANZA | % ACUMULADO | TOTAL | | % ACUMULADO |
| 1 | 4,299 | 30,708 | 30,708 | 4,299 | 30,708 | 30,708 |
| 2 | 2,404 | 17,168 | 47,877 | 2,404 | 17,168 | 47,877 |
| 3 | 1,808 | 12,917 | 60,793 | 1,808 | 12,917 | 60,793 |
| 4 | 1,540 | 10,997 | 71,790 | 1,540 | 10,997 | 71,790 |
| 5 | 1,131 | 8,075 | 79,865 | 1,131 | 8,075 | 79,865 |
| 6 | 0,664 | 4,742 | 84,607 | | | |
| 7 | 0,594 | 4,244 | 88,851 | | | |
| 8 | 0,462 | 3,298 | 92,149 | | | |
| 9 | 0,328 | 2,344 | 94,493 | | | |
| 10 | 0,282 | 2,012 | 96,504 | | | |
| 11 | 0,220 | 1,574 | 98,078 | | | |
| 12 | 0,162 | 1,160 | 99,238 | | | |
| 13 | 0,107 | 0,762 | 100,000 | | | |
| 14 | 5,551E-17 | 3,965E-16 | 100,000 | | | |

Tabla 2. Método de extracción: análisis de componentes principales.

Posteriormente, se procede a realizar una clasificación de grupos por medio del análisis de clúster que permite escoger unos conjuntos de departamentos bajo algún criterio de homogeneidad dado por el método Ward, al cual se le indicó el número de grupos a analizar después de haber realizado el procedimiento de elección por medio del dendograma en el clúster jerárquico simple, definiendo 3 clúster discriminados de la siguiente forma:

| | CLÚSTER 1 | CLÚSTER 2 | CLÚSTER 3 |
|--------------|--|---|---|
| DEPARTAMENTO | Amazonas Chocó Guaviare Vaupés Vichada | Antioquia Arauca Archipiélago de San Andrés Boyacá Caldas Caquetá Casanare Huila La Guajira Meta Norte de Santander Quindío Santander Tolima | Atlántico Bogotá D.C. Bolívar Cauca Cesar Córdoba Cundinamarca Guainía Magdalena Nariño Putumayo Risaralda Sucre Valle del Cauca |

Tabla 3. Distribución de departamentos por Clúster.

Nota:

El indicador, proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo no presenta el resultado para 2021 en la fuente oficial, la cual se manifestó señalando que aún está en levantamiento de datos, por lo tanto, estos no se encuentran listos para publicación abierta. Teniendo en cuenta que es el único indicador que hacía falta en la batería de indicadores del InDes y que se contaba con la línea de tiempo retrospectiva, se optó por realizar un modelo predictivo que ayudara a proyectar de la mejor forma los datos para 2021. Para este fin se utilizó el programa estadístico SPSS 26, el cual para estas predicciones maneja el promedio móvil integrado autorregresivo (ARIMA por sus siglas en inglés) como modelo base y los modelos Holt y Brown que se caracterizan por el suavizado exponencial que hacen, permitiendo que el mismo programa escoja el tipo de modelo que más se ajuste. En este caso el modelo general registra un R cuadrado de 0,8 lo que indica un buen ajuste, teniendo en cuenta que internamente cada departamento manejó el tipo de modelo que más le convenía (ver tabla 4).

| DESCRIPCIÓN DEL MODELO | | | TIPO DE MODELO |
|------------------------|--------------|----------|----------------|
| ID de modelo | AMAZONAS | Modelo_1 | ARIMA (0,1,0) |
| | ANTIOQUIA | Modelo_2 | Holt |
| | ARAUCA | Modelo_3 | ARIMA (0,1,0) |
| | ATLÁNTICO | Modelo_4 | Brown |
| | BOGOTÁ, D.C. | Modelo_5 | Brown |
| | BOLÍVAR | Modelo_6 | ARIMA (0,1,0) |
| | BOYACÁ | Modelo_7 | ARIMA (0,1,0) |
| | CALDAS | Modelo_8 | Brown |

| | | | |
|--|---------------------|-----------|---------------|
| | CAQUETÁ | Modelo_9 | Brown |
| | CASANARE | Modelo_10 | Brown |
| | CAUCA | Modelo_11 | ARIMA (0,2,0) |
| | CESAR | Modelo_12 | Brown |
| | CHOCÓ | Modelo_13 | Brown |
| | CÓRDOBA | Modelo_14 | Brown |
| | CUNDINAMARCA | Modelo_15 | Brown |
| | GUAINIÁ | Modelo_16 | ARIMA (0,0,0) |
| | GUAVIARE | Modelo_17 | Brown |
| | HUILA | Modelo_18 | Brown |
| | LA GUAJIRA | Modelo_19 | ARIMA (0,2,0) |
| | MAGDALENA | Modelo_20 | ARIMA (0,2,0) |
| | META | Modelo_21 | ARIMA (0,1,0) |
| | NARIÑO | Modelo_22 | Holt |
| | NORTE DE SANTANDER | Modelo_23 | Brown |
| | PUTUMAYO | Modelo_24 | Brown |
| | QUINDIO | Modelo_25 | Brown |
| | RISARALDA | Modelo_26 | Holt |
| | ARCHIPIÉLAGO DE SAN | Modelo_27 | ARIMA (0,1,0) |
| | ANDRÉS... | Modelo_28 | ARIMA (0,2,0) |
| | SANTANDER | Modelo_29 | Brown |
| | SUCRE | Modelo_30 | Brown |
| | TOLIMA | Modelo_31 | Brown |
| | VALLE DEL CAUCA | Modelo_32 | ARIMA (0,1,0) |
| | VAUPÉS | Modelo_33 | ARIMA (0,1,0) |
| | VICHADA | | |

Tabla 4. Descripción del modelo.

El análisis del desempeño de las instituciones en un sistema de salud se hace cada vez más necesario para validar el grado de avance y las oportunidades de mejora de estas (4). Aunque el presente índice no valora agentes operativos tipo EPS e IPS como tal, sí lo hace con las entidades territoriales que son las encargadas de velar porque su población presente un nivel de bienestar óptimo, por lo tanto, se analiza el rendimiento y contribución de estas ante el propósito enunciado.

El eje de desempeño institucional mide estas competencias por medio de dos dimensiones, cada una con un peso porcentual del 50% y cuatro indicadores. La primera dimensión es la efectividad de la atención, entendida desde las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, revisando las coberturas de atención en tamizaje de cáncer de seno (mamografía), atención de la niñez para detección de alteraciones temprana y seguimiento de control y desarrollo, y el control de una de las patologías más álgidas en el mundo y por ende de Colombia, la hipertensión arterial. La segunda dimensión, dirigida a medir experiencias y desenlaces de la atención en salud, contiene uno de los indicadores más trazadores de cualquier población, la mortalidad materna que indirectamente estima la eficiencia de la atención materna en toda la ruta, desde la preconcepción pasando por la salud sexual y reproductiva hasta el post parto.



Al analizar los departamentos por la clasificación de clúster, se puede evidenciar que el grupo 1 (Amazonas, Chocó, Guaviare, Vaupés y Vichada), presenta una baja puntuación en actividades de protección específica y detección temprana, además es de anotar que varios de ellos también puntúan muy bajo en el indicador de mortalidad materna como se puede apreciar en la ilustración 1. De igual forma San Andrés y Providencia al igual que Guainía mantienen una buena puntuación con respecto a los otros territorios en mortalidad materna, pero registran resultados muy deficientes en acciones de protección específica y detección temprana.

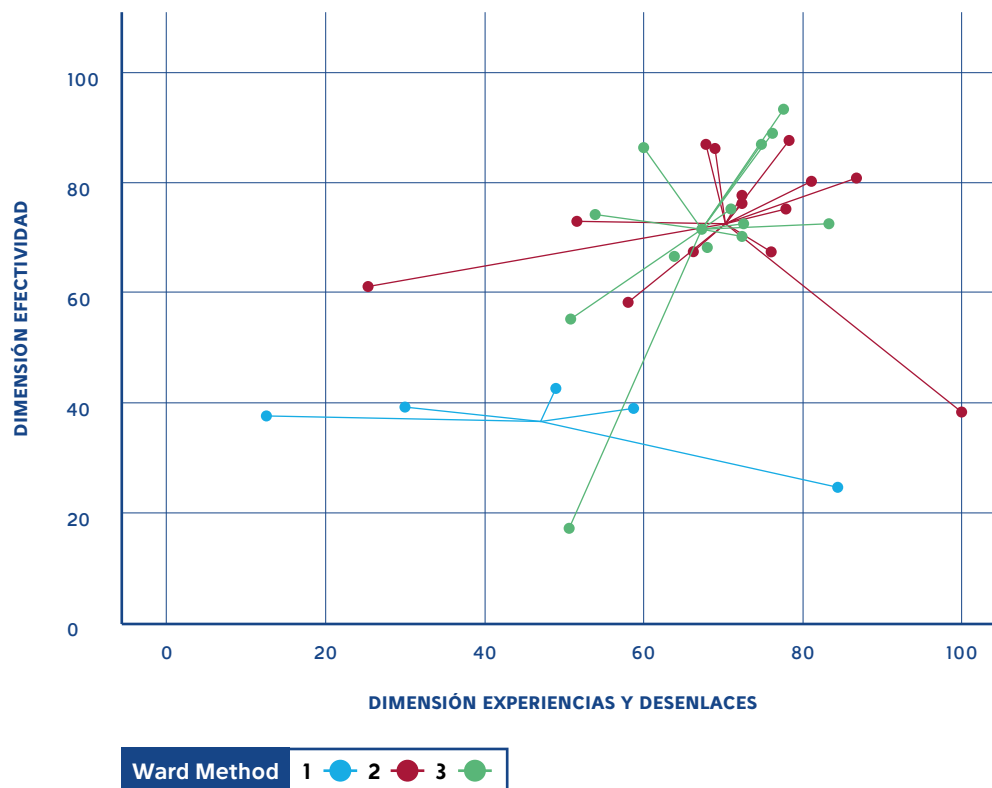


Gráfico 1. Dispersión del eje desempeño institucional por dimensiones. 2021

Por otro lado, es importante resaltar que el promedio del eje es de 66 puntos, con un mínimo de 25 y un máximo de 85 puntos (ver tabla 5), con puntajes relativamente altos en las grandes ciudades, lo que hace reflexionar acerca de la forma en la que se está llegando a los territorios con menos desarrollo, demográficamente más pequeños y con distancias geográficas más amplias. Cabe resaltar que el promedio del puntaje actual del eje es inferior al registrado en el InDes anterior (2021) que anotó una media de 70 puntos y es superior en 2 puntos al InDes 2018.

| RESULTADOS EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL | | | |
|--|----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| DEPARTAMENTO | EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN | EXPERIENCIAS Y DESENLACES | EJE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL |
| BOGOTÁ, D.C. | 93 | 78 | 85 |
| BOYACÁ | 81 | 87 | 84 |
| QUINDIO | 88 | 78 | 83 |
| RISARALDA | 89 | 76 | 83 |
| VALLE DEL CAUCA | 87 | 75 | 81 |
| HUILA | 80 | 81 | 81 |
| CAUCA | 73 | 83 | 78 |
| CALDAS | 86 | 69 | 78 |
| META | 87 | 68 | 77 |

| | | | |
|--|----|-----|----|
| ANTIOQUIA | 75 | 78 | 77 |
| TOLIMA | 78 | 72 | 75 |
| SANTANDER | 76 | 72 | 74 |
| CUNDINAMARCA | 75 | 71 | 73 |
| NARIÑO | 86 | 60 | 73 |
| SUCRE | 72 | 73 | 73 |
| CAQUETÁ | 67 | 76 | 72 |
| ATLÁNTICO | 70 | 72 | 71 |
| CESAR | 72 | 67 | 70 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 38 | 100 | 69 |
| BOLÍVAR | 68 | 68 | 68 |
| NORTE DE SANTANDER | 67 | 66 | 67 |
| CÓRDOBA | 67 | 64 | 65 |
| PUTUMAYO | 74 | 54 | 64 |
| CASANARE | 73 | 52 | 62 |
| ARAUCA | 58 | 58 | 58 |
| VAUPÉS | 25 | 84 | 55 |
| MAGDALENA | 55 | 51 | 53 |
| GUAVIARE | 39 | 59 | 49 |
| AMAZONAS | 43 | 49 | 46 |
| LA GUAJIRA | 61 | 25 | 43 |
| CHOCÓ | 39 | 30 | 35 |
| GUAINÍA | 17 | 51 | 34 |
| VICHADA | 38 | 13 | 25 |

Tabla 5. Resultados eje desempeño institucional, 2021.

DIMENSIÓN EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN

En caso de tener que construir una definición para efectividad de la atención, se esperaría que dicha definición estuviera ligada al concepto de efectividad, que en ese caso haciendo una construcción vaga y a priori, se explicaría como la prestación de un servicio en salud buscando conseguir el total bienestar de la población haciendo el mejor uso de los recursos, conceptualización que se quedaría corta para la realidad que se observa en cualquier sistema de salud del mundo. Según otros autores como Fajardo-Dolci G y col., la efectividad en la atención está ligada al acceso, la calidad y la equidad, factores más trascendentales y específicos que por separado no darían sentido al objeto del sector salud. Para Andersen, el concepto de acceso efectivo se enfoca en mejoras en el estado de salud y en la satisfacción de los usuarios (5).

Dado lo anterior, la efectividad de la atención en el presente documento será entendida como el logro del efecto esperado cuando se presta un servicio pertinente y oportuno, brindando unas garantías básicas en las actividades de prevención que permiten una detección temprana de enfermedades a las que se puede dar un adecuado tratamiento,

de ser identificadas prematuramente. Esta dimensión analiza la proporción de mujeres con toma de mamografía, indicador que tiene una ponderación del 40% dentro de la dimensión, la Proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo, con una ponderación del 20% y la proporción de pacientes hipertensos controlados que maneja un peso porcentual del 40%.

Mujeres con toma de mamografía (%)

El cáncer de seno es uno de los tipos de cáncer que se presenta con mayor frecuencia en mujeres y que genera la mortalidad más alta en el mismo sexo. Para 2020, en el mundo aproximadamente 685.000 mujeres fallecieron por esta causa, pero desafortunadamente es otra de las tantas patologías en las que su desenlace está ligado estrechamente con la equidad de sus poblaciones, en otras palabras, entre más bajo el ingreso del país, menor la expectativa de vida (6), entendiéndose que hay grandes disparidades entre países de altos ingresos y los que se clasifican en medianos y bajos ingresos.

La mamografía se convirtió en una herramienta para detectar tempranamente el cáncer de mama. La OMS sugiere que este examen se realice en mujeres de 50 a 69 años con una periodicidad de cada 2 años, en entornos controlados que contengan protocolos bien definidos, pero especialmente con sistemas de salud sostenibles que garanticen tanto diagnóstico como tratamiento y todas las garantías de calidad en cada fase del proceso (7).



En Colombia, la resolución 3280 de 2018 acoge las recomendaciones del ente rector y, reglamenta que la toma de mamografía se debe realizar en el rango de edad de 50 a 69 años con la misma periodicidad sugerida (8). Atendiendo esta recomendación, el presente indicador mide el porcentaje de mujeres susceptibles a toma del examen que efectivamente se lo han tomado. Dentro de los resultados encontrados se observa que el porcentaje de toma de mamografía es realmente bajo en Colombia registrando una media de 26,2% para el año 2021, evidenciando que el porcentaje más alto se encuentra en Bogotá, ciudad que ha mantenido la cobertura más alta en el país desde el 2014 año en el cual inició la medición oficial, situación que se puede explicar por ser la capital del país, pero, aun así, también necesita aumentar la cobertura en la toma del examen. En

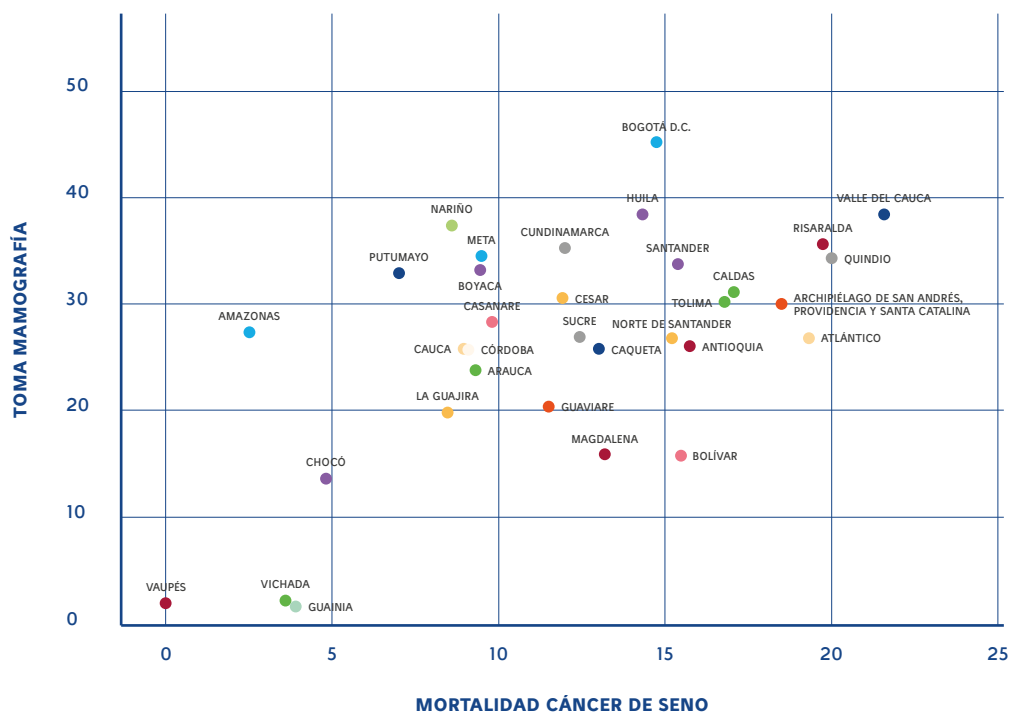
contraste, dentro del rango de puntaje bajo, se encuentran a Guainía, Vichada y Vaupés, territorios altamente rurales.

Por otro lado, la distribución general de las entidades territoriales muestra al 15% de los departamentos en el rango medio bajo, el 52% en el rango medio alto y el 24% en el rango superior o alto (ver tabla 6).

| PROPORCIÓN DE MUJERES CON TOMA DE MAMOGRAFÍA | | |
|--|-------------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | % TOMA MAMOGRAFÍA | VALOR ESTANDARIZADO |
| BOGOTÁ, D.C. | 44,4 | 100 |
| HUILA | 37,8 | 85 |
| VALLE DEL CAUCA | 37,7 | 84 |
| NARIÑO | 36,8 | 82 |
| RISARALDA | 35,1 | 78 |
| CUNDINAMARCA | 34,7 | 77 |
| META | 34,0 | 76 |
| QUINDIO | 33,8 | 75 |
| SANTANDER | 33,3 | 74 |
| BOYACÁ | 32,8 | 73 |
| PUTUMAYO | 32,5 | 72 |
| CALDAS | 30,6 | 68 |
| CESAR | 30,1 | 66 |
| TOLIMA | 29,8 | 66 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 29,6 | 65 |
| CASANARE | 28,0 | 61 |
| AMAZONAS | 26,9 | 59 |
| ATLÁNTICO | 26,5 | 58 |
| NORTE DE SANTANDER | 26,4 | 58 |
| SUCRE | 26,6 | 58 |
| ANTIOQUIA | 25,7 | 56 |
| CAUCA | 25,6 | 56 |
| CAQUETÁ | 25,5 | 55 |
| CÓRDOBA | 25,4 | 55 |
| ARAUCA | 23,5 | 51 |
| GUAVIARE | 20,2 | 43 |
| LA GUAJIRA | 19,6 | 42 |
| BOLÍVAR | 15,7 | 33 |
| MAGDALENA | 15,9 | 33 |
| CHOCÓ | 13,6 | 28 |
| VAUPÉS | 2,2 | 1 |
| VICHADA | 2,4 | 1 |
| GUAINÍA | 1,9 | 0 |

Tabla 6. Proporción de toma de mamografía por departamento, 2021

En Colombia, para 2021 fallecieron 3.804 mujeres por cáncer de seno, registrando la tasa más alta de mortalidad en el Valle del Cauca, seguido de Quindío y Risaralda, sin embargo, son territorios que presentan un buen desempeño en el índice, manteniendo sus puntajes en el rango alto para toma de mamografía, aun así, la gestión realizada por los territorios no es suficiente para disminuir de forma significativa la mortalidad por esta causa. Al cruzar la variable de toma de mamografía con la de mortalidad por cáncer de seno (ver ilustración 2), se observa que un tercio de los territorios presenta alta mortalidad y la gran mayoría contienen las proporciones más altas que se registran en Colombia. Llama la atención que los departamentos con mayor ruralidad como Guainía, Vichada, Vaupés y Chocó presentan bajas coberturas en el tamizaje de cáncer de seno, pero también muy baja mortalidad por esa misma causa, dejando abiertos interrogantes acerca de los estilos de vida de estas comunidades y los aportes que se pueden realizar desde ellos a otros territorios del país.



Gráfica 2. Dispersión agrupada de toma de mamografía por Ca seno

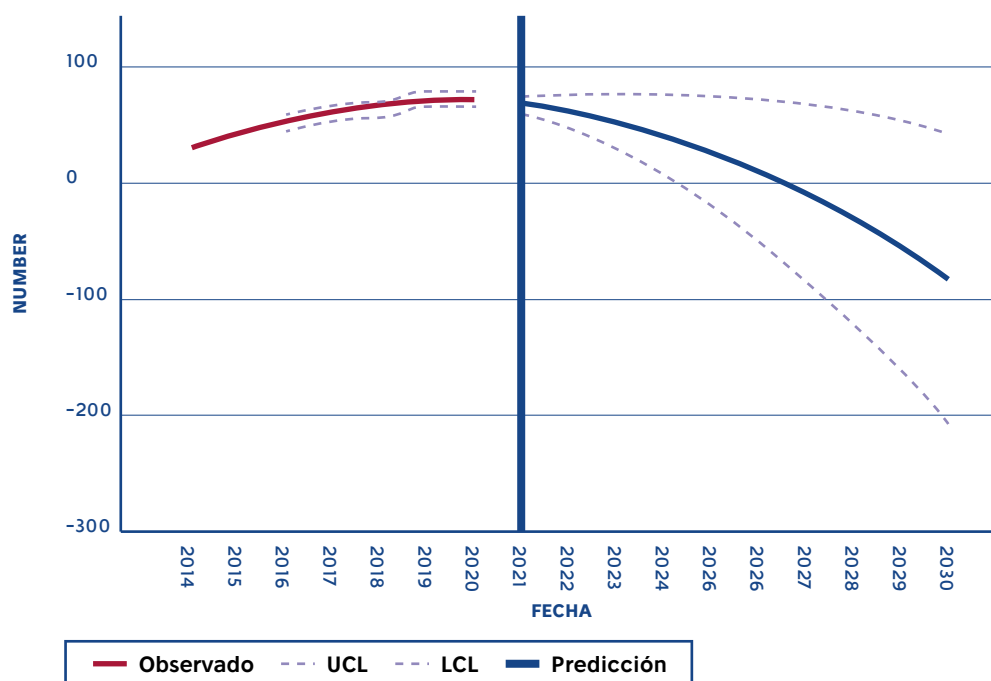
Proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo

Actividad reglamentada desde el año 2000 por medio de la resolución 412 y que continúa figurando en las actividades de promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento, dando la relevancia necesaria a preservar la salud en los primeros años de vida considerando que el 90% del desarrollo físico y psíquico se da en esta primera etapa y son muchas las acciones que se pueden realizar en torno a este objetivo.

Minsalud a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), mide este indicador desde 2014 utilizando para su cálculo como numerador el número de menores de 10 años con consulta de primera vez por crecimiento y desarrollo y

como denominador el número de menores de 10 años. Desde Así Vamos en Salud, se considera un indicador trazador para medir desempeño institucional ya que como se indica anteriormente, de esta etapa depende en gran parte el desarrollo físico y mental de los infantes.

Este indicador para 2021 no ha sido reportado oficialmente por el Ministerio de Salud como se describe en la metodología ya que no ha finalizado su medición, por lo tanto y para efectos del cálculo del índice se realizó un modelo predictivo para obtener su valor. De acuerdo con el resultado proyectado se genera una alerta a nivel nacional, dado que, si continúa el comportamiento actual, la curva de proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo decrecerá de forma importante para 2030 como se evidencia en la gráfica N°3.



Gráfica 3. Predicción consulta de niños menores de 10 años en crecimiento y desarrollo a 2030.

De acuerdo con las predicciones realizadas, se espera que para el año de análisis (2021) el mejor desempeño se presente en los departamentos de Nariño, Meta, Caldas, Quindío y Risaralda, mientras que los departamentos que podrían sugerir mayor oportunidad de mejora son Guainía, Chocó, La Guajira, Magdalena y Cauca, los cuales quienes presentan coberturas bajas en la consulta de crecimiento y desarrollo, especialmente los 2 primeros (ver tabla 8).

Cabe resaltar que a pesar que la proporción de consulta ha aumentado progresivamente en la mayoría del país durante el último decenio, todos los departamentos son susceptibles a mejorar en las rutas de infancia y primera infancia, ya que son programas que benefician a la población no solo en el presente sino en un futuro mediano, promoviendo al costo efectividad de la atención puesto que los costos de no realizar estas consultas de forma temprana, se triplicarán en un futuro cuando se deban atender esos mismos niños con alteraciones que se pudieron prevenir (9).

NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS CON CONSULTA DE PRIMERA VEZ PARA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO (%)

| DEPARTAMENTO | DETECCIÓN <10 AÑOS (%) | VALOR ESTANDARIZADO |
|--|------------------------|---------------------|
| NARIÑO | 85 | 100 |
| CALDAS | 84 | 99 |
| META | 84 | 99 |
| QUINDIO | 83 | 97 |
| RISARALDA | 81 | 93 |
| BOYACÁ | 79 | 90 |
| TOLIMA | 78 | 88 |
| ARAUCA | 78 | 87 |
| BOGOTÁ, D.C. | 77 | 86 |
| AMAZONAS | 75 | 83 |
| ANTIOQUIA | 74 | 82 |
| CASANARE | 74 | 81 |
| VALLE DEL CAUCA | 74 | 81 |
| SANTANDER | 71 | 77 |
| VICHADA | 71 | 76 |
| BOLÍVAR | 70 | 75 |
| CUNDINAMARCA | 70 | 74 |
| PUTUMAYO | 69 | 73 |
| GUAVIARE | 69 | 72 |
| ATLÁNTICO | 68 | 71 |
| CAQUETÁ | 66 | 67 |
| NORTE DE SANTANDER | 66 | 67 |
| CÓRDOBA | 65 | 65 |
| VAUPÉS | 64 | 64 |
| HUILA | 63 | 63 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 63 | 62 |
| SUCRE | 62 | 60 |
| CESAR | 61 | 58 |
| CAUCA | 60 | 57 |
| MAGDALENA | 59 | 56 |
| LA GUAJIRA | 53 | 45 |
| CHOCÓ | 35 | 14 |
| GUAINÍA | 27 | 0 |

Tabla 7. Niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo (%), 2021.

Pacientes hipertensos controlados (%)

La hipertensión arterial, se ha convertido en una enfermedad que ha avanzado de forma

progresiva en la población mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que para 2023 hay 1.280 millones de adultos entre 30 y 79 años que padecen de hipertensión en el mundo, y de los cuales casi la mitad (46%) desconocen que enfrentan esta enfermedad. Según el mismo ente, en su gran mayoría son personas pertenecientes a países de ingresos medios y bajos (10). Es necesario hacer seguimiento y control a los pacientes con hipertensión, lo que junto con otras medidas preventivas ayuda a disminuir el riesgo de desenlaces fatales o complicaciones que deterioren el estado de salud y por ende la calidad de vida de las personas.

En las Américas, se creó la iniciativa HEARTS liderada por la OMS a raíz de la preocupación por las cifras actuales, la cual consiste en un programa sistemático integral que tiene como finalidad disminuir los riesgos cardiovasculares en toda la región, implementada en 32 países y con proyección de expansión (11).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la última medición que registra (2019) en las Américas, son los países de la costa Caribe (Bahamas, Guyana, Haití, Surinam, San Vicente y las Granadinas, Nicaragua y Antigua y Barbuda) los que presentaban las tasas ajustadas por edad más altas de toda la región por encima de 23 muertes x 100.000 hab., mientras Colombia se ubicaba en el segundo quintil con una tasa de 11,1 x 100.000 hab., con 168,7 años de vida perdidos por esta enfermedad.

En la revisión realizada al nivel departamental del país para 2021, se encuentra que el promedio nacional de control de hipertensión es del 59%, una buena proporción si se compara con otros países de la región, pero no alcanza si se revisa en contraste con la mortalidad que se da por esta causa en el país, encontrando que desde hace aproximadamente 10 años esta cifra viene en franco crecimiento (12).



Por otro lado, al cruzar la información de la proporción de población con hipertensión controlada versus la mortalidad asociada a la hipertensión en cada una de las poblaciones del nivel departamental (ver ilustración 4), se observa para 2021, que es San Andrés y Providencia el departamento que registra la tasa de mortalidad más elevada y la menor proporción de control de hipertensión arterial, un punto de oportunidad de mejora para esta entidad territorial. A este departamento le siguen Bolívar, Boyacá, Nariño y Antioquia, que manejan proporciones de control de la enfermedad por encima del 90%, sin embargo, registran las tasas de mortalidad más altas.

Paralelamente, los departamentos que registran las menores tasas de mortalidad son Vaupés, Guainía, Amazonas y Guaviare, los cuales contradictoriamente tienen las proporciones de control de la enfermedad más bajas, pero quizá estilos de vida más saludables que las ciudades altamente pobladas y con mayor desarrollo. De acuerdo con la OMS, los principales factores de riesgo para desarrollar hipertensión son las dietas malsanas, el sedentarismo, el estrés, sobrepeso u obesidad, además del consumo de tabaco y alcohol, elementos presentes con mayor énfasis en las grandes ciudades (10).

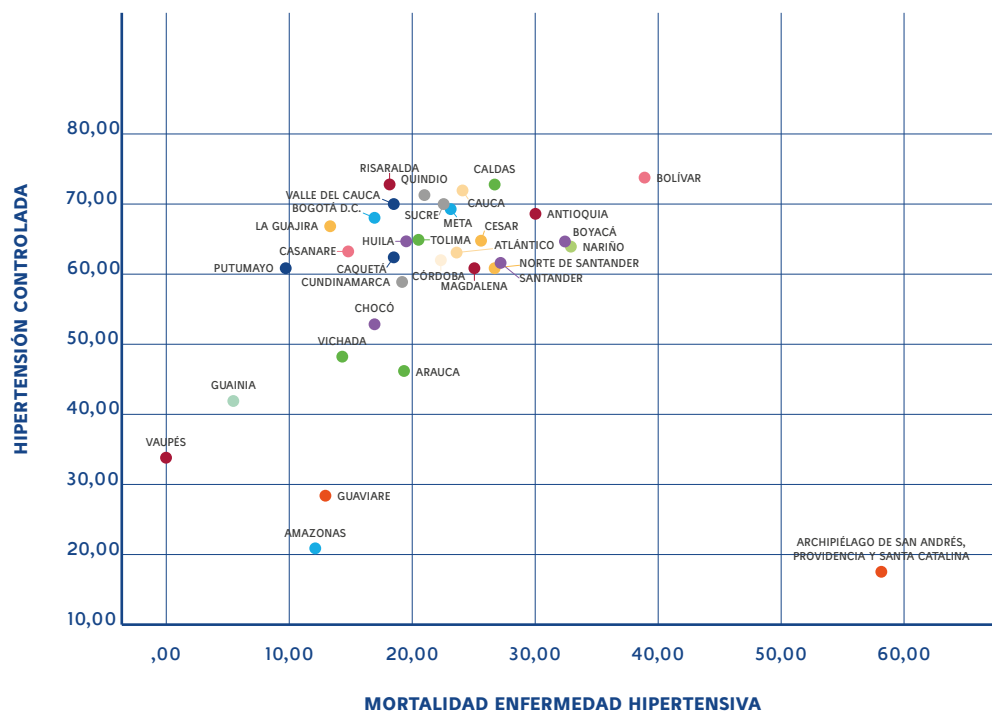


Gráfico 4. Dispersión agrupada de hipertensión controlada y mortalidad hipertensiva en Colombia, 2021

Al analizar las cifras estandarizadas dentro del indicador, se observa que el 74% de los departamentos se encuentran en la calificación de un rango alto, un 12% se considera en el rango medio alto, el 6% en medio bajo y el 9% en el rango bajo, esto permite ver que hay datos extremos que no permiten homogeneidad en los valores de la tabla.

Es prudente que las entidades territoriales se tracen metas más ambiciosas en el control de esta enfermedad, que además de ser precursora de otras patologías generadoras de grandes pérdidas humanas y económicas para el país, igualmente registra discapacidades de consideración en la población colombiana.

| PROPORCIÓN DE PACIENTES HIPERTENSOS CONTROLADOS | | |
|---|---------------------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | % HIPERTENSOS CONTROLADOS | VALOR ESTANDARIZADO |
| BOLÍVAR | 74,0 | 100 |
| CALDAS | 73,1 | 98 |
| RISARALDA | 73,1 | 98 |

| | | |
|--|------|----|
| CAUCA | 72,3 | 97 |
| QUINDIO | 71,6 | 96 |
| SUCRE | 70,1 | 93 |
| VALLE DEL CAUCA | 70,2 | 93 |
| META | 69,3 | 92 |
| ANTIOQUIA | 68,9 | 91 |
| BOGOTÁ, D.C. | 68,4 | 90 |
| LA GUAJIRA | 67,1 | 88 |
| TOLIMA | 65,2 | 84 |
| CESAR | 65,1 | 84 |
| HUILA | 64,9 | 84 |
| NARIÑO | 64,8 | 84 |
| BOYACÁ | 64,7 | 84 |
| ATLÁNTICO | 63,6 | 82 |
| CASANARE | 63,5 | 81 |
| CAQUETÁ | 62,6 | 80 |
| CÓRDOBA | 62,0 | 79 |
| SANTANDER | 61,8 | 78 |
| MAGDALENA | 61,1 | 77 |
| NORTE DE SANTANDER | 61,0 | 77 |
| PUTUMAYO | 61,0 | 77 |
| CUNDINAMARCA | 59,1 | 74 |
| CHOCÓ | 53,1 | 63 |
| VICHADA | 48,4 | 55 |
| ARAUCA | 46,5 | 51 |
| GUAINÍA | 41,9 | 43 |
| VAUPÉS | 34,0 | 29 |
| GUAVIARE | 28,4 | 19 |
| AMAZONAS | 20,8 | 6 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 17,4 | 0 |

Tabla 8. Proporción de pacientes hipertensos controlados, 2021.

DIMENSIÓN EXPERIENCIAS Y DESENLACES DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Dimensión que se ocupa del seguimiento a un indicador que como se enuncia en otro acápite del documento es trazador para cualquier población ya que evalúa de forma indirecta a los servicios de salud a partir de la experiencia de las mujeres gestantes en los centros sanitarios, con programas de salud sexual que permitan una maternidad y paternidad responsables, así como el control prenatal, la atención del parto y control post parto, los cuales derivan en desenlaces positivos o negativos dependiendo de la calidad y acceso que hayan tenido las mujeres en gestación. Es importante resaltar,

que si bien el desempeño institucional es fundamental para los resultados en salud de este grupo poblacional, también es cierto que entran a jugar un papel importante los determinantes sociales que influyen directamente en la salud de la población materna, ya que así una mujer tenga acceso a los servicios de salud con calidad, si no cuenta con una vivienda y entornos con factores que blinden su estado, la ubica en una posición de vulnerabilidad y por ende, el desenlace puede que no sea tan favorable como se espera. Ejemplo, la falta de acueducto y alcantarillado, la baja escolaridad, las vías de acceso deficientes, el medio ambiente con altos grados de contaminación, entre otros, convergen en contra de la salud materna.

Mortalidad materna

El indicador razón de mortalidad materna entendido por la Organización Mundial de la salud como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (13), se configura como uno de los indicadores más sensibles para un país dada la relevancia de las consecuencias en casi todas las esferas que rodean a las poblaciones, como la psicosocial, la económica, la demográfica, la cultural, entre otras. Por tal motivo, es sujeto de seguimiento continuo en la mayoría de los países, siendo inaceptable cualquier caso que se presente, entendiendo que es un evento inevitable.

De acuerdo con el último reporte de estadísticas mundiales en salud de la OMS, la mortalidad materna en el mundo presentó una reducción importante (un tercio) entre 2000 y 2015, descenso que se estancó entre el 2016 y 2020, con una cifra aproximada de 800 mujeres por día (14). Los dos años de pandemia se convirtieron un factor de riesgo para todas las mujeres en estado de embarazo considerando que, debido a la contingencia, los servicios de salud que prestaban la atención a este grupo de población se vieron en la necesidad de restringir dichas atenciones, las mismas que también eran rechazadas por muchas de las mujeres gestantes debido al temor que les generaba salir de sus viviendas y someterse al riesgo de contagio por SARSCov-2.

De acuerdo con la información oficial emitida por SISPRO, para 2021 en Colombia son 10 los departamentos que mantienen una razón de mortalidad materna por encima de 100 defunciones maternas por cada 100.000 nacidos vivos, dentro de los que se encuentran Vichada (198,2), La Guajira (190,0), Chocó (187,7), Casanare (145,3), Guaviare (145,2), Magdalena (129,7), Arauca (114,0), Nariño (105,4), Putumayo (103,6) y Córdoba (100,1).

El desempeño de Vichada en este indicador, ha sido el más deficiente del país en el último quinquenio a excepción del 2020, año en el que Guainía registró la tasa más alta del país el cual ha tenido un desempeño oscilante en los últimos años, dado que su población es pequeña y la presencia de una sola mortalidad, afecta ostensiblemente el indicador, además de ser totalmente intolerable.

| RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA (X 100.000 NV) | | |
|--|------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | RMN | VALOR ESTANDARIZADO |
| GUAINÍA | 0,00 | 100 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 0,00 | 100 |

| | | |
|--------------------|--------|-----|
| VAUPÉS | 0,00 | 100 |
| BOYACÁ | 32,44 | 84 |
| CAUCA | 32,75 | 83 |
| CAQUETÁ | 45,02 | 77 |
| HUILA | 52,04 | 74 |
| ANTIOQUIA | 59,79 | 70 |
| ATLÁNTICO | 59,07 | 70 |
| SUCRE | 60,50 | 69 |
| RISARALDA | 70,03 | 65 |
| BOGOTÁ, D.C. | 68,67 | 65 |
| CUNDINAMARCA | 71,85 | 64 |
| VALLE DEL CAUCA | 73,06 | 63 |
| QUINDÍO | 79,24 | 60 |
| SANTANDER | 81,62 | 59 |
| BOLÍVAR | 83,79 | 58 |
| TOTAL NACIONAL | 83,16 | 58 |
| AMAZONAS | 86,36 | 56 |
| NORTE DE SANTANDER | 89,59 | 55 |
| TOLIMA | 89,10 | 55 |
| CALDAS | 88,96 | 55 |
| CESAR | 88,21 | 55 |
| META | 91,35 | 54 |
| CÓRDOBA | 100,10 | 50 |
| PUTUMAYO | 103,63 | 48 |
| NARIÑO | 105,46 | 47 |
| ARAUCA | 114,03 | 42 |
| MAGDALENA | 129,79 | 35 |
| CASANARE | 145,35 | 27 |
| GUAVIARE | 145,24 | 27 |
| CHOCÓ | 187,70 | 5 |
| LA GUAJIRA | 190,07 | 4 |
| VICHADA | 198,22 | 0 |

Tabla 9. Razón de mortalidad materna, 2021.

04

EJE PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS USUARIOS

La percepción ciudadana se ha convertido en un aspecto fundamental para medir la eficiencia de la prestación de servicios en salud, como lo anota el Departamento Nacional de Planeación (DNP) “es uno de los insumos más importantes que permite identificar las oportunidades de mejora más relevantes y tener retroalimentación sobre el desempeño institucional en torno al servicio al ciudadano” (15) lo cual refleja el sentir de los usuarios respecto a la interacción con la institución que le presta servicios de salud y las expectativas que hay ante la misma. De igual forma, el DNP resalta que este tipo de mediciones deben realizarse de forma continua para evaluar las oportunidades de mejora y sus respectivos avances.

Resulta de suma importancia tener presente la opinión de los usuarios, quienes son los que finalmente reciben los servicios prestados por las entidades y perciben la calidad brindada. En los últimos años, la medición realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social ha permitido estimular una participación más activa en el sector por parte de la ciudadanía, resaltando su acción dentro del sistema y la relevancia del aporte de cada una de las percepciones manifestadas por los usuarios.

Algunas EPS (Entidades Promotoras de Salud), utilizan dicha información de forma constructiva para determinar los puntos de mejora en los que deben centrar su atención para optimizar la atención que brindan a los usuarios.



Al analizar los resultados de las dos dimensiones que conforman el eje (proporción de usuarios que interpusieron un PQRD y satisfacción compuesto por satisfacción oportunidad y acceso) y teniendo en cuenta los clústeres, se observa que, de forma contradictoria con los resultados de otros indicadores, los departamentos del primer clúster (Amazonas, Chocó, Guaviare, Vaupés y Vichada) se encuentran alineados en las cifras del mejor desempeño del indicador llamado proporción de PQRD interpuestas en el país (ver ilustración 5), ocupando al igual que en el InDes anterior, el cuartil de

puntajes más altos de la tabla. Se dice que es contradictorio, porque son los territorios con los resultados en salud más deficientes de la nación y se esperaría que el grado de reclamación a las entidades prestadoras de salud fuera mayor.

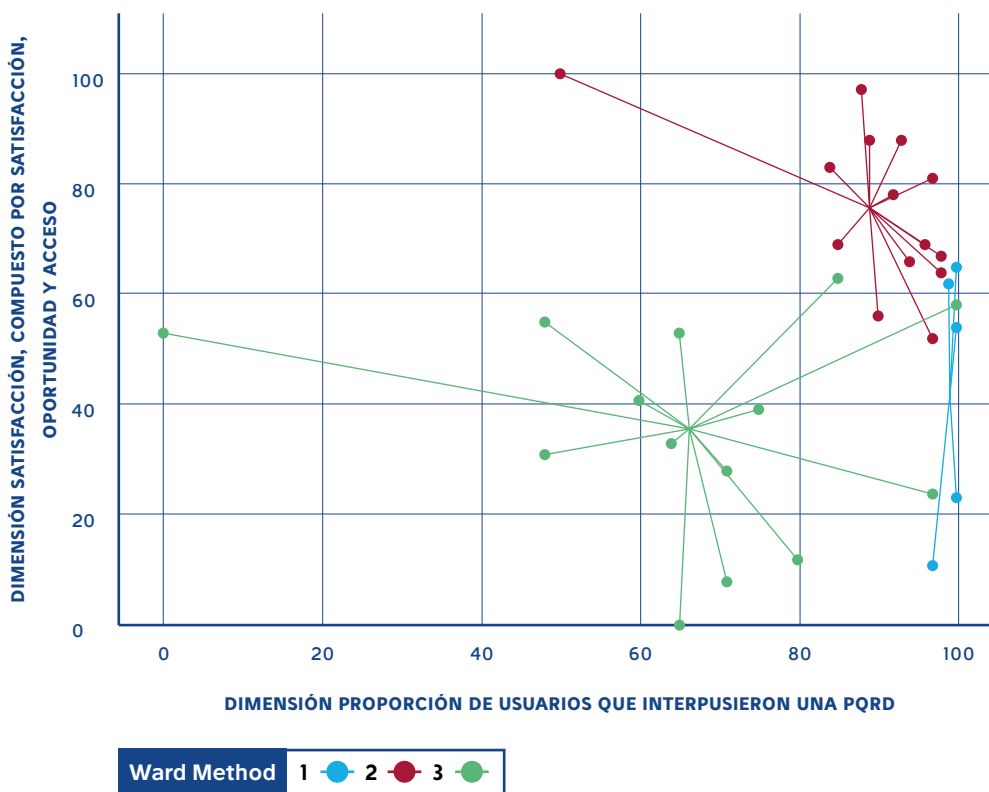


Gráfico 5. Distribución agrupada del eje percepciones y opiniones de los usuarios por dimensiones, 2021.

El clúster 2 conformado por Antioquia, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Quindío, Santander y Tolima, se mantienen todos en un rango alto del indicador por presentar bajas cifras de PQRD radicadas a excepción de Santander. En el otro indicador de satisfacción manejan un rango medio alto, en el cual Santander ocupa el primer lugar con 100 puntos (ver tabla 11).

En el clúster 3 compuesto por Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Nariño, Putumayo, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca, se ubican los departamentos con menor satisfacción del sistema de salud y mayor cantidad de peticiones, quejas y reclamos radicadas.

De acuerdo con lo anterior, es importante aclarar que la información debe ser leída con precaución y bajo el contexto nacional, ya que se puede mal entender el buen desempeño de un indicador de percepción, considerando que el departamento se encuentra ejecutando bien sus capacidades en salud, cuando no es así.

Una breve conclusión del ejercicio realizado por varios años, es que la población colombiana ha disminuido la percepción positiva ante el sector salud a través de los años, pasando de un promedio de 70 puntos en 2018, a 68 en 2019, 66 en 2020 y 65 en 2021.

| EJE PERCEPCIÓN CIUDADANA | | | |
|--|--------------|-----|------------|
| DEPARTAMENTO | SATISFACCIÓN | PQR | PERCEPCIÓN |
| BOYACÁ | 97 | 88 | 93 |
| CALDAS | 88 | 93 | 90 |
| ANTIOQUIA | 88 | 89 | 88 |
| HUILA | 81 | 97 | 87 |
| TOLIMA | 78 | 92 | 84 |
| NORTE DE SANTANDER | 83 | 84 | 83 |
| SANTANDER | 100 | 50 | 80 |
| LA GUAJIRA | 69 | 96 | 80 |
| CAQUETÁ | 67 | 98 | 79 |
| GUAVIARE | 65 | 100 | 79 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 64 | 98 | 78 |
| ARAUCA | 66 | 94 | 77 |
| AMAZONAS | 62 | 99 | 77 |
| QUINDIO | 69 | 85 | 75 |
| PUTUMAYO | 58 | 100 | 75 |
| VAUPÉS | 54 | 100 | 72 |
| CESAR | 63 | 85 | 72 |
| CASANARE | 52 | 97 | 70 |
| META | 56 | 90 | 70 |
| BOGOTÁ, D.C. | 53 | 65 | 58 |
| VICHADA | 23 | 100 | 54 |
| ATLÁNTICO | 39 | 75 | 53 |
| NARIÑO | 24 | 97 | 53 |
| RISARALDA | 55 | 48 | 52 |
| CAUCA | 41 | 60 | 49 |
| BOLÍVAR | 33 | 64 | 45 |
| CHOCÓ | 11 | 97 | 45 |
| MAGDALENA | 28 | 71 | 45 |
| CUNDINAMARCA | 12 | 80 | 39 |
| GUAINÍA | 31 | 48 | 38 |
| CÓRDOBA | 8 | 71 | 33 |
| VALLE DEL CAUCA | 53 | 0 | 32 |
| SUCRE | 0 | 65 | 26 |

Tabla 10. Resultados eje percepción ciudadana, 2021.

DIMENSIÓN **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS IPS/EPS**

Dimensión que tiene un peso dentro del eje del 60% que lo establece por un solo indicador llamado Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso.

Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso.

El indicador se compone del resultado de 4 preguntas que intentan analizar los atributos de calidad que son representativos en la buena prestación del servicio y que para efectos del índice se calculan a través de un promedio simple de las proporciones obtenidas de cada pregunta. Las preguntas que se tienen en cuenta desde la encuesta de satisfacción de las EPS para analizar el indicador de satisfacción son las siguientes:

1. ¿Cómo califica el servicio de consulta de medicina interna (Bueno y muy bueno)?
2. ¿Cómo califica el proceso de autorización de medicamentos (Bueno y muy bueno)?
3. ¿Califique cómo le parece la información que le ha entregado su EPS (Útil y muy útil)?
4. ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS? (buena o muy buena)?

Preguntas que de acuerdo con la resolución 256 de 2016, orientan al monitoreo de la calidad en salud (16) por medio de la opinión de los usuarios. Al analizar los resultados de la primera pregunta, entendiendo que medicina interna es una de las especialidades con mayor demanda, se observa un promedio alto de satisfacción con la consulta (72,4%), donde los departamentos con mayor satisfacción (> 90%) son Vaupés, Santander, Amazonas, Boyacá, Valle Del Cauca y Córdoba. Dentro de los territorios con menos conformidad ante este servicio se encuentra a Cundinamarca, Atlántico, Bolívar y Magdalena, todos con porcentajes por debajo del 50%. Al analizar la entrega de medicamentos, el promedio de agrado ante el servicio empieza a disminuir con un promedio del 62% de aceptación. En cuanto a la calificación que los usuarios brindan a la información ofrecida por las EPS, hay un promedio de satisfacción del 90,1% y por último la calificación a la experiencia global de las entidades se encuentra en 77%.

El promedio del indicador es de 75,3% de satisfacción, como resultado de la calidad percibida en los servicios de medicina interna, autorización de medicamentos, información entregada por parte de la EPS y la experiencia global. Las Direcciones Territoriales en salud que registran mayor proporción de satisfacción son Santander, Boyacá, Antioquia, Caldas, Norte De Santander, Huila y Tolima, quienes en su valor normalizado se encuentran en el rango alto y se mueven entre el 82,5% y el 89,3% de satisfacción, el siguiente rango definido como medio alto está conformado por el 45% de los departamentos, el 15% siguiente representa al rango medio bajo y el 18% restante al rango bajo o de menor desempeño, en el cual se encuentran departamentos con alta ruralidad y donde posiblemente el acceso se ve impactado por las barreras geográficas y financieras entre otras.

| EJE PERCEPCIÓN CIUDADANA | | | |
|--|--------------|-----|------------|
| DEPARTAMENTO | SATISFACCIÓN | PQR | PERCEPCIÓN |
| BOYACÁ | 97 | 88 | 93 |
| CALDAS | 88 | 93 | 90 |
| ANTIOQUIA | 88 | 89 | 88 |
| HUILA | 81 | 97 | 87 |
| TOLIMA | 78 | 92 | 84 |
| NORTE DE SANTANDER | 83 | 84 | 83 |
| SANTANDER | 100 | 50 | 80 |
| LA GUAJIRA | 69 | 96 | 80 |
| CAQUETÁ | 67 | 98 | 79 |
| GUAVIARE | 65 | 100 | 79 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 64 | 98 | 78 |
| ARAUCA | 66 | 94 | 77 |
| AMAZONAS | 62 | 99 | 77 |
| QUINDIO | 69 | 85 | 75 |
| PUTUMAYO | 58 | 100 | 75 |
| VAUPÉS | 54 | 100 | 72 |
| CESAR | 63 | 85 | 72 |
| CASANARE | 52 | 97 | 70 |
| META | 56 | 90 | 70 |
| BOGOTÁ, D.C. | 53 | 65 | 58 |
| VICHADA | 23 | 100 | 54 |
| ATLÁNTICO | 39 | 75 | 53 |
| NARIÑO | 24 | 97 | 53 |
| RISARALDA | 55 | 48 | 52 |
| CAUCA | 41 | 60 | 49 |
| BOLÍVAR | 33 | 64 | 45 |
| CHOCÓ | 11 | 97 | 45 |
| MAGDALENA | 28 | 71 | 45 |
| CUNDINAMARCA | 12 | 80 | 39 |
| GUAINÍA | 31 | 48 | 38 |
| CÓRDOBA | 8 | 71 | 33 |
| VALLE DEL CAUCA | 53 | 0 | 32 |
| SUCRE | 0 | 65 | 26 |

Tabla 11. Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso. 2021.

DIMENSIÓN PREGUNTAS, QUEJAS Y RECLAMOS

Esta dimensión se compone del indicador porcentaje de usuarios que interpusieron PQRD, constituyendo el 40% restante del valor del eje.

De acuerdo con la circular externa 008 del 14 de septiembre de 2018, *“todas las entidades responsables del aseguramiento en salud deben garantizar la implementación de un sistema estandarizado de recepción, análisis y resolución de peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias que permita el acceso permanente a las mismas por parte de las entidades que ejercen inspección, vigilancia y control en el sistema, de conformidad con lo estipulado en el Capítulo Primero del Título VII de la Circular Única y en la normatividad vigente”*.

Según la misma circular y para diferenciar las clases de peticiones la Supersalud adopta las siguientes definiciones:

Petición: *“Mediante la cual una persona por motivos de interés general o particular solicita la intervención de la entidad para la resolución de una situación, la prestación de un servicio, la información o requerimiento de copia de documentos, entre otros” (17).*

Queja: *“Manifestación de una persona, a través de la cual expresa inconformidad con el actuar de un funcionario de la entidad”¹.*

Reclamo: *“A través del cual los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud dan a conocer su insatisfacción con la prestación del servicio de salud por parte de un actor del Sistema de Salud o solicita el reconocimiento del derecho fundamental a la salud”².*

PQR con Riesgo de Vida: *“Aquellas que involucran una situación que representa riesgo inminente para la vida o la integridad de las personas”³.*



¹ Ibid.

² Ibid.

³ Ibid.

Usuarios que interpuso PQRD

Para esta dimensión se calcula la proporción de usuarios que interpusieron una PQRS del total de usuarios afiliados al SGSSS durante el período de enero a diciembre de 2019. Dado que las PQRS son interpuestas frente a una entidad en particular, es necesario realizar un ajuste promedio que permita relacionarlo con las DTS (Direcciones Territoriales en salud), como se muestra a continuación:

1. Porcentaje de usuarios de EPS en el Departamento, mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Nº usuarios EPS}_{_j} \text{ en el departamento}_{_i} = \frac{\text{Nº usuarios EPS}_{_j} \text{ en el departamento}_{_i}}{\text{Total de usuarios de las EPS}_{_j}}$$

2. Se toman las PQRS durante el período definido y se ajusta por el número de usuarios para cada departamento:

$$\text{PQRS ajustado usuario departamento}_{_i} = \sum_{j=1}^{10} \% \text{ de usuarios de EPS}_{_j} * \text{Total PQRS de la EPS}_{_j}$$

3. Se toma el porcentaje promedio del número PQRS durante el período para la entidad territorial:

$$\% \text{ promedio de PQRS el periodo en el depto}_{_i} = \frac{\text{PQRS por Ajustado usuario departamento}_{_i}}{\text{Total usuarios de DTS}_{_i}}$$

De acuerdo con la Superintendencia Nacional de Salud las quejas en diciembre de 2021 presentaron un incremento porcentual de 2,45% con respecto al año inmediatamente anterior, siendo el no poder acceder al servicio de salud que se requiere, la queja más persistente con 61.549 casos, le sigue oportunidad en la prestación del servicio, seguida de trámites administrativos (autorizaciones, asignación de citas) con 3.624 casos entre otros motivos que completan 72.114 quejas en ese último mes del año, pero que conserva 21.242 registros menos que el mes inmediatamente anterior.

Al analizar los datos, se puede observar una media del valor estandarizado de 73 puntos, grupo del cual el 58% se configura dentro del nivel alto, el 30% en medio alto, el 9% en medio bajo y el 3% restante en nivel bajo. Inquieta la posición de algunos departamentos que presentan resultados muy deficientes en salud y que mantienen un porcentaje realmente bajo en PQRD, abriendo grandes interrogantes como, ¿conoce la población en general, incluyendo las que se encuentran en zonas muy dispersas, la posibilidad y el proceso mismo para interponer un proceso de PQRD? ¿a pesar de que presentan resultados deficientes en salud, los departamentos que registran menor cantidad de PQRD, se encuentran satisfechos con la atención que reciben? ¿para la representatividad de las muestras tomadas en las encuestas, se tienen en cuenta las poblaciones altamente rurales?, preguntas que entre otras tantas que surgen, deben ser respondidas por los entes rectores del país.

| PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE INTERPUSO PQRD | | |
|---|--------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | % PQRD | VALOR ESTANDARIZADO |
| VICHADA | 0,000 | 100 |
| AMAZONAS | 0,000 | 99 |

| | | |
|--|-------|----|
| ARAUCA | 0,000 | 98 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 0,000 | 98 |
| VAUPÉS | 0,000 | 94 |
| GUAVIARE | 0,000 | 93 |
| CHOCÓ | 0,000 | 91 |
| NARIÑO | 0,000 | 91 |
| ANTIOQUIA | 0,000 | 89 |
| LA GUAJIRA | 0,001 | 86 |
| CESAR | 0,001 | 85 |
| ATLÁNTICO | 0,001 | 83 |
| GUAINÍA | 0,001 | 82 |
| MAGDALENA | 0,001 | 82 |
| CUNDINAMARCA | 0,001 | 81 |
| SUCRE | 0,001 | 79 |
| BOYACÁ | 0,001 | 78 |
| CÓRDOBA | 0,001 | 78 |
| BOLÍVAR | 0,001 | 76 |
| TOLIMA | 0,001 | 73 |
| CALDAS | 0,001 | 72 |
| META | 0,001 | 70 |
| BOGOTÁ, D.C. | 0,001 | 65 |
| CASANARE | 0,001 | 65 |
| CAUCA | 0,001 | 65 |
| NORTE DE SANTANDER | 0,001 | 58 |
| QUINDIO | 0,001 | 54 |
| SANTANDER | 0,001 | 54 |
| HUILA | 0,001 | 50 |
| CAQUETÁ | 0,0 | 43 |
| PUTUMAYO | 0,0 | 35 |
| RISARALDA | 0,0 | 31 |
| VALLE DEL CAUCA | 0,002 | 0 |

Tabla 12. Proporción de usuarios que interpuso PQRD, 2021.

El financiamiento de la salud comprende la función del sistema como tal en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para dar cobertura a las necesidades en salud de la población de forma individual o colectiva (18), garantizando los servicios básicos de forma eficiente.

De acuerdo con la OPS, hay 3 sugerencias que ayudan a los países a mejorar el financiamiento de sus sistemas sanitarios⁴:

1. Aumento del financiamiento público de la salud de una manera eficiente y sustentable.
2. Eliminación del pago directo entendido como el gasto de bolsillo que asume el usuario en el momento de la prestación de servicios.
3. Mejora de la eficiencia del financiamiento y la organización del sistema de salud.

Este eje procura medir la capacidad de gestionar recursos en Colombia para la garantía de la atención en salud en cada entidad territorial, a partir del concepto de flujos de recursos, por medio de dos dimensiones:

1. Gasto en salud entendido desde los giros autorizados por recobros
2. Saneamiento de cuentas que encierra 3 indicadores: I) operaciones de compra de cartera aprobadas II) coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS III) antigüedad de cartera mayor a 180 días (sobre total saldo de la Dirección Territorial de Salud).



⁴ Ibid.

Al analizar de forma conjunta las dos dimensiones que conforman el eje, se observa que los departamentos que hacen parte del clúster 1 (Amazonas, Chocó, Guaviare, Vaupés y Vichada) presentan puntajes muy bajos en la dimensión de gastos en salud e intermedios en saneamiento de cuentas, mientras que el tercer clúster presenta un mejor desempeño (ver ilustración 6).

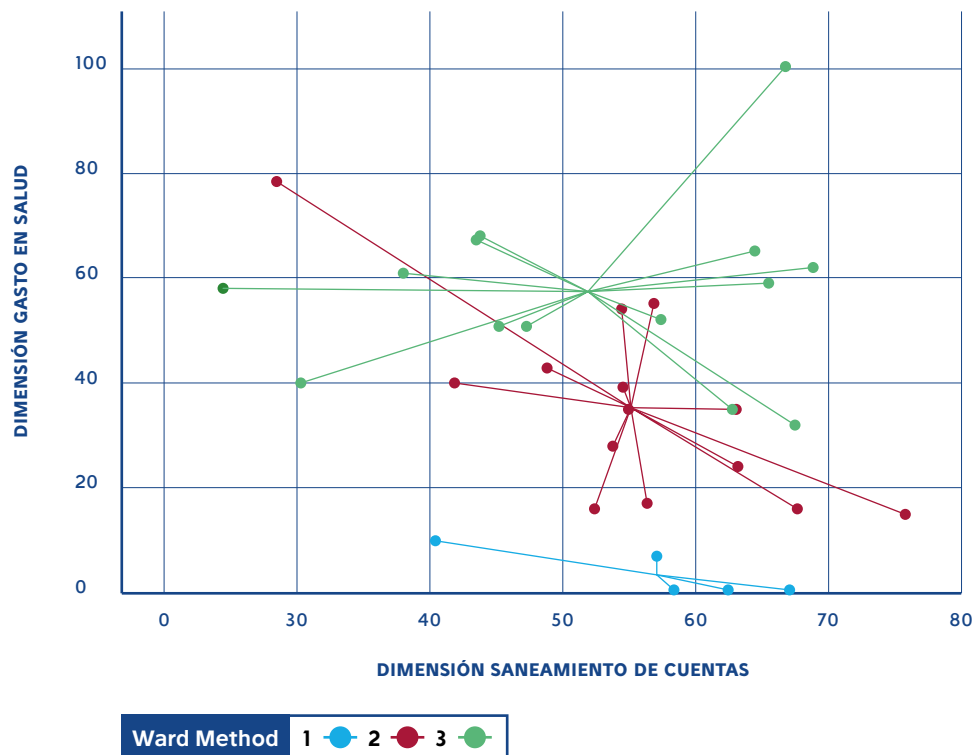


Gráfico 6. Dispersión agrupada del eje de financiamiento.

El eje presenta un promedio de 50 puntos, el cual es representativo considerando que el conjunto de datos es homogéneo (CV: 19%) lo que permite determinar a priori, que el desempeño del indicador financiamiento en salud, se ubica en un rango medio que para un sistema tan importante como lo es salud, su desempeño no es óptimo como se espera, disminuyendo en comparación de la versión anterior donde financiamiento obtuvo un promedio de 58 puntos. Al analizar los valores de forma individual se observa que el máximo puntaje lo obtiene Guainía con 75 puntos y el mínimo Bogotá, Valle del Cauca y Chocó, los 3 con 33 puntos.

| RESULTADOS EJE FINANCIAMIENTO EN SALUD | | | |
|--|----------------|-------------|-------------------------|
| DEPARTAMENTO | GASTO EN SALUD | SANEAMIENTO | FINANCIAMIENTO EN SALUD |
| GUAINÍA | 100 | 67 | 75 |
| SUCRE | 62 | 69 | 67 |
| PUTUMAYO | 65 | 64 | 65 |
| NARIÑO | 59 | 65 | 64 |

| | | | |
|--|----|----|----|
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 15 | 76 | 61 |
| CAUCA | 32 | 67 | 59 |
| META | 55 | 57 | 56 |
| CESAR | 52 | 57 | 56 |
| NORTE DE SANTANDER | 35 | 63 | 56 |
| CUNDINAMARCA | 35 | 63 | 56 |
| CAQUETÁ | 16 | 68 | 55 |
| LA GUAJIRA | 54 | 54 | 54 |
| HUILA | 24 | 63 | 53 |
| QUINDIO | 39 | 54 | 51 |
| VICHADA | 0 | 67 | 50 |
| TOLIMA | 35 | 55 | 50 |
| ATLÁNTICO | 68 | 44 | 50 |
| BOLÍVAR | 67 | 43 | 49 |
| CÓRDOBA | 51 | 47 | 48 |
| CALDAS | 43 | 49 | 47 |
| BOYACÁ | 28 | 54 | 47 |
| VAUPÉS | 0 | 62 | 47 |
| RISARALDA | 51 | 45 | 47 |
| ARAUCA | 17 | 56 | 46 |
| AMAZONAS | 7 | 57 | 44 |
| MAGDALENA | 61 | 38 | 44 |
| GUAVIARE | 0 | 58 | 44 |
| CASANARE | 16 | 52 | 43 |
| SANTANDER | 40 | 42 | 41 |
| ANTIOQUIA | 78 | 28 | 41 |
| CHOCÓ | 10 | 40 | 33 |
| VALLE DEL CAUCA | 58 | 24 | 33 |
| BOGOTÁ, D.C. | 40 | 30 | 33 |

Tabla 13. Puntajes eje financiamiento en salud, 2021.

DIMENSIÓN GASTOS EN SALUD

La dimensión que tiene un peso de 25% dentro del eje de financiamiento, se encuentra representada por el indicador de giros autorizados ajustados por usuarios, que pretende dividir el consumo final del gasto corriente (bienes y servicios sanitarios) y servicios colectivos (19), que en conclusión es “la suma de todos los gastos de las funciones básicas de la atención de salud” (gasto en salud), exceptuando el gasto de inversión. (20)

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Colombia es de los países que tiene el menor gasto en salud registrado, con

1640 USD PPA, frente a países como Chile (2699 US), Canadá (6319 US) y Estados Unidos (12555 US), entre otros⁵.

Por lo anterior, más allá de la magnitud o nivel del gasto es importante considerar la gestión que hacen los diferentes agentes para lograr que los recursos puedan llegar a donde se genera el gasto. Lo anterior permite financiar el talento humano, la infraestructura, los servicios de salud y las tecnologías en salud que requieran los pacientes para su atención.

Giros autorizados por recobros

De acuerdo con la resolución 1139 del 2022, un recobro se configura como “el valor recobrado o cobrado ante la ADRES por los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, sin considerar el valor de la cuota moderadora o copago conforme lo determina la normatividad vigente, el monto del comparador administrativo contenido en el listado de comparadores administrativos que adopte este Ministerio, ni el valor calculado para los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC utilizados o descartados”. Por lo tanto, un giro por recobro se convierte en el rubro cobrado por una entidad después de la solicitud presentada ante la ADRES con el fin de obtener el pago de cuentas por concepto de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios según corresponda, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y prescrito por el profesional de salud u ordenados por fallos de tutela tanto del régimen contributivo como del subsidiado (21).

“Es importante recordar, que la información está desagregada por la EAPB que autorizó el giro, para aproximar este por departamentos. Para este efecto se calcula el giro promedio por usuario de la EAPB (ver cuadro 3), dividiendo el total del giro de cada EPS, entre el número de usuarios registrados a partir del Cubo BDUA en el SISPRO, y reportados para la EPS a diciembre del 2021. Algunas de las EAPB registran usuarios del régimen contributivo y el subsidiado, motivo por el cual se tomó la suma de estos, como el total de afiliados para esa empresa administradora” (22)

$$\text{Giro promedio por usuario}_j = \frac{\text{Giro promedio por usuario}_j}{\text{Total de afiliados registrados en BDUA}_j}$$

$$\text{Giro promedio departamento}_j = \sum_{j=1}^{16} \text{Giro_prom_usuario_EAPB} * \text{Tot_afiliados_departamento}_j$$

Gráfico 7. Fórmula de cálculo del giro promedio por usuario de la EAPB.

Según el resultado del número de giros ajustados por usuarios, los departamentos Guaviare, Vaupés, Vichada registran cero (0) puntos con el nivel más bajo de la escala, lo que significa que presentan el mayor número de giros por recobro. El 30% de los departamentos tienen puntajes que los clasifican en un rango bajo. El 27% de los departamentos presentan un desempeño medio bajo, el 36% se ubica en un rango medio alto y apenas el 6% representado por los departamentos Guainía y Antioquia muestran un desempeño alto (ver tabla 16).

⁵ Ibid.

| GIROS AUTORIZADOS POR RECOBROS | | |
|--|----------------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | Nº GIROS AUTORIZADOS | VALOR ESTANDARIZADO |
| GUAINÍA | 123 | 100 |
| ANTIOQUIA | 3432 | 78 |
| ATLÁNTICO | 4879 | 68 |
| BOLÍVAR | 4988 | 67 |
| PUTUMAYO | 5287 | 65 |
| SUCRE | 5760 | 62 |
| MAGDALENA | 5914 | 61 |
| NARIÑO | 6215 | 59 |
| VALLE DEL CAUCA | 6415 | 58 |
| META | 6751 | 55 |
| LA GUAJIRA | 6889 | 54 |
| CESAR | 7266 | 52 |
| CÓRDOBA | 7370 | 51 |
| RISARALDA | 7348 | 51 |
| CALDAS | 8518 | 43 |
| BOGOTÁ, D.C. | 9007 | 40 |
| SANTANDER | 9053 | 40 |
| QUINDIO | 9203 | 39 |
| CUNDINAMARCA | 9765 | 35 |
| NORTE DE SANTANDER | 9698 | 35 |
| TOLIMA | 9816 | 35 |
| CAUCA | 10270 | 32 |
| BOYACÁ | 10746 | 28 |
| HUILA | 11346 | 24 |
| ARAUCA | 12439 | 17 |
| CAQUETÁ | 12587 | 16 |
| CASANARE | 12542 | 16 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 12677 | 15 |
| CHOCÓ | 13395 | 10 |
| AMAZONAS | 13849 | 7 |
| GUAVIARE | 14941 | 0 |
| VAUPÉS | 14942 | 0 |
| VICHADA | 14939 | 0 |

Tabla 14. Giros autorizados por cobros por departamento, 2021.

Se tomó una ventana temporal de giros realizados de junio a diciembre de 2022 con la distribución de los giros a nombre de 17 EPS por un total de 326 mil millones girados, el 88% de ellos se concentraron en cinco EPS: Nueva EPS (150 mil millones), Sanitas (56 mil millones), Famisanar (32 mil millones), Compensar (26 mil millones) y Salud Total (22 mil millones).

De las 430 IPS con registro de giro, 10 del total de IPS receptoras concentraron el 43% del total de los giros. Hospital Universitario San Ignacio - HUSI (22.1 mil millones); Clínica

Colsanitas (21.4 mil millones); Clínica FOSCAL (17.9 mil millones); Hospital Universitario Mederi (13.3 mil millones); Colsubsidio (12.7 mil millones); Cuidado Seguro en Casa (11.4 mil millones); Clínica General del Norte (11.3 mil millones); Clínica Los Nogales (11.1 mil millones); Clínica Cafam (10.8 mil millones) e IDIME (10.8).

En cuanto al comportamiento del gasto al comparar una ventana temporal similar entre el último semestre de 2021 e igual para 2022 da cuenta que el valor girado por las EPS pasó de \$576 mil millones a \$326 mil millones mostrando una reducción del 43%.

DIMENSIÓN SANEAMIENTO DE CUENTAS

Esta dimensión dentro del eje tiene una ponderación del 75% y está conformada por tres indicadores que mantienen el mismo peso porcentual y que tratan de explicar el saneamiento de las cuentas: I) operaciones de compra de cartera aprobadas II) coincidencia en el saldo de facturas, entre ERP e IPS III) antigüedad de cartera >180 días.

El resultado del desempeño general del eje a la luz de los 3 indicadores, permite ver que el mejor desempeño al tratar de aclarar las cuentas en salud en el 2021 sin decir que sus resultados sean óptimos estuvo a cargo de los departamentos de Guainía, Sucre, Putumayo y Nariño, que se movieron entre los 64 y 75 puntos, con un promedio para el grupo de los 32 departamentos y el Distrito Capital de 50 puntos, 12 por debajo en comparación con el índice anterior. Por otro lado, se observa que los departamentos con mayores problemas en aclaración de cuentas del sector son Bogotá D.C., Valle del Cauca, Chocó, Antioquia y Santander, con puntajes que oscilan entre 33 y 41 puntos.

| RESULTADOS DIMENSIÓN SANEAMIENTO DE CUENTAS | | | | |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------|----------------------------------|
| DEPARTAMENTO | OPERACIONES DE COMPRA DE CARTERA APROBADAS | COINCIDENCIA EN EL SALDO DE FACTURAS | SALDO DE CARTERA >180 DÍAS | DIMENSIÓN SANEAMIENTO DE CUENTAS |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 100 | 55 | 72 | 76 |
| SUCRE | 97 | 100 | 9 | 69 |
| CAQUETÁ | 99 | 52 | 52 | 68 |
| CAUCA | 94 | 68 | 40 | 67 |
| VICHADA | 100 | 86 | 15 | 67 |
| GUAINÍA | 100 | 0 | 100 | 67 |
| NARIÑO | 92 | 72 | 32 | 65 |
| PUTUMAYO | 100 | 67 | 26 | 64 |
| HUILA | 93 | 76 | 20 | 63 |
| NORTE DE SANTANDER | 85 | 89 | 15 | 63 |
| CUNDINAMARCA | 86 | 51 | 51 | 63 |
| VAUPÉS | 100 | 56 | 31 | 62 |
| GUAVIARE | 97 | 25 | 53 | 58 |

| | | | | |
|-----------------|-----|----|----|----|
| CESAR | 89 | 67 | 16 | 57 |
| AMAZONAS | 100 | 45 | 26 | 57 |
| META | 98 | 52 | 20 | 57 |
| ARAUCA | 99 | 39 | 31 | 56 |
| TOLIMA | 90 | 48 | 27 | 55 |
| QUINDIO | 97 | 42 | 24 | 54 |
| LA GUAJIRA | 94 | 52 | 17 | 54 |
| BOYACÁ | 84 | 56 | 21 | 54 |
| CASANARE | 96 | 49 | 12 | 52 |
| CALDAS | 95 | 21 | 30 | 49 |
| CÓRDOBA | 94 | 38 | 9 | 47 |
| RISARALDA | 95 | 19 | 21 | 45 |
| ATLÁNTICO | 65 | 51 | 15 | 44 |
| BOLÍVAR | 77 | 40 | 13 | 43 |
| SANTANDER | 67 | 35 | 23 | 42 |
| CHOCÓ | 100 | 4 | 17 | 40 |
| MAGDALENA | 87 | 27 | 0 | 38 |
| BOGOTÁ, D.C. | 20 | 33 | 38 | 30 |
| ANTIOQUIA | 0 | 49 | 36 | 28 |
| VALLE DEL CAUCA | 21 | 29 | 23 | 24 |

Tabla 15. Resultados dimensión saneamiento de cuentas, 2021.



Coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS

Este indicador permite evidenciar el comportamiento de los compromisos y responsabilidades que deben cumplir los departamentos y secretarías departamentales, EPS e IPS, de reportar con la periodicidad definida en la circular 030 de 2013 y con esta información aclarar las cuentas del sector, dado que el nivel de coincidencia reduce la incertidumbre entre la deuda y su antigüedad, así como el retroceso para determinar cuál es la situación real de las cuentas. Lo anterior con el propósito de que los actores puedan llegar a los acuerdos necesarios y obligatorios para pagar y sanear sus cuentas.

Una de las razones más frecuentes por las cuales se puede estar presentando un bajo porcentaje de coincidencia, es porque las IPS reportan o causan el reporte una vez prestado el servicio de salud, pero también se da porque la EPS no lo realiza al mismo tiempo por temas de auditoría y descuento de glosas. Es aquí, donde se sugiere realizar un esfuerzo adicional de fortalecer los sistemas de información e incorporar nuevas metodologías que aceleren el proceso de reporte y por tanto reduzca las brechas que hay en la notificación de este tipo de información. Ya existen herramientas y plataformas como PISIS (Plataforma de Integración de SISPRO) y SISPRO (Sistema Integral de Información de la Protección Social) que requieren un fortalecimiento o transformación desde una perspectiva a nivel de desarrollo tecnológico.

Muestran un desempeño alto cuatro departamentos: Sucre, Norte de Santander, Vichada y Huila, les siguen 12 departamentos que se ubican en un desempeño medio alto, otros 12 en medio bajo y finalmente 4 entidades territoriales en rango bajo. En este último cuartil se ubica Guainía como el departamento con el más bajo desempeño (0 puntos), al tener el menor porcentaje de coincidencia en el saldo de las facturas entre las Entidades Responsables de Pago (ERP) que en este caso serían las EPS del régimen contributivo y subsidiado, además de las entidades territoriales con las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud (IPS) tanto públicas como privadas.

Cabe resaltar que se observa un alto nivel de coincidencia entre las entidades territoriales y del régimen subsidiado e IPS, por lo contrario, el régimen contributivo muestra un bajo nivel de coincidencia en promedio de 53%.

| % DE COINCIDENCIA EN EL SALDO DE FACTURAS, ENTRE ERP E IPS | | |
|--|-------------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | % DE COINCIDENCIA | VALOR ESTANDARIZADO |
| SUCRE | 86% | 100 |
| NORTE DE SANTANDER | 80% | 89 |
| VICHADA | 79% | 86 |
| HUILA | 74% | 76 |
| NARIÑO | 72% | 72 |
| CAUCA | 70% | 68 |
| CESAR | 69% | 67 |
| PUTUMAYO | 69% | 67 |
| BOYACÁ | 64% | 56 |
| VAUPÉS | 64% | 56 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 64% | 55 |
| CAQUETÁ | 62% | 52 |

| | | |
|-----------------|-----|----|
| LA GUAJIRA | 62% | 52 |
| META | 62% | 52 |
| ATLÁNTICO | 61% | 51 |
| CUNDINAMARCA | 61% | 51 |
| ANTIOQUIA | 61% | 49 |
| CASANARE | 61% | 49 |
| TOLIMA | 60% | 48 |
| AMAZONAS | 59% | 45 |
| QUINDIO | 57% | 42 |
| BOLÍVAR | 56% | 40 |
| ARAUCA | 56% | 39 |
| CÓRDOBA | 55% | 38 |
| SANTANDER | 54% | 35 |
| BOGOTÁ, D.C. | 53% | 33 |
| VALLE DEL CAUCA | 51% | 29 |
| MAGDALENA | 50% | 27 |
| GUAVIARE | 49% | 25 |
| CALDAS | 47% | 21 |
| RISARALDA | 46% | 19 |
| CHOCÓ | 38% | 4 |
| GUAINÍA | 36% | 0 |

Tabla 16. % de coincidencia en el saldo de facturas, entre ERP e IPS por departamentos, 2021.

Antigüedad de cartera mayor a 180 días (sobre total saldo de la Dirección Territorial de Salud)

Los resultados de este indicador muestran a Guainía como el departamento con el mejor desempeño con 100 puntos. Debido a que, del total de su cartera solo el 30% tiene una edad superior a 180 días.

Muy diferente es el desempeño que obtuvo el departamento de Magdalena presentando el resultado más bajo (cero puntos), el 90% de su cartera supera los 180 días. Según el saldo que reportan las ERP el valor de esta cartera supera los 248 mil millones de pesos el 59% a IPS privadas y 41% públicas de una cartera total de 279 mil millones. El 73% de los departamentos (24) tienen un desempeño entre 9 y 32 puntos con un porcentaje de cartera superior a 180 días entre el 70 y 84 por ciento (ver tabla 19).

| ANTIGÜEDAD DE CARTERA MAYOR A 180 DÍAS | | |
|--|-----------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | % DE ANTIGÜEDAD | VALOR ESTANDARIZADO |
| GUAINÍA | 30% | 100 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 46% | 72 |
| GUAVIARE | 58% | 53 |
| CAQUETÁ | 58% | 52 |

| | | |
|--------------------|-----|----|
| CUNDINAMARCA | 59% | 51 |
| CAUCA | 65% | 40 |
| BOGOTÁ, D.C. | 67% | 38 |
| ANTIOQUIA | 68% | 36 |
| NARIÑO | 71% | 32 |
| ARAUCA | 71% | 31 |
| VAUPÉS | 71% | 31 |
| CALDAS | 71% | 30 |
| TOLIMA | 73% | 27 |
| AMAZONAS | 74% | 26 |
| PUTUMAYO | 74% | 26 |
| QUINDIO | 75% | 24 |
| SANTANDER | 76% | 23 |
| VALLE DEL CAUCA | 76% | 23 |
| BOYACÁ | 77% | 21 |
| RISARALDA | 77% | 21 |
| HUILA | 78% | 20 |
| META | 78% | 20 |
| CHOCÓ | 79% | 17 |
| LA GUAJIRA | 79% | 17 |
| CESAR | 80% | 16 |
| ATLÁNTICO | 81% | 15 |
| NORTE DE SANTANDER | 80% | 15 |
| VICHADA | 80% | 15 |
| BOLÍVAR | 82% | 13 |
| CASANARE | 82% | 12 |
| CÓRDOBA | 84% | 9 |
| SUCRE | 84% | 9 |
| MAGDALENA | 90% | 0 |

Tabla 17. Antigüedad de cartera mayor a 180 días, 2021.

Por otra parte, es importante enunciar que la cartera total del departamento de Magdalena es de 562 mil millones, y el 89,9% de esta tiene una antigüedad superior a 180 días es decir 505 mil millones, de estos el 75% se le adeuda a IPS privadas y el 25% a IPS públicas.

Operaciones de compra de cartera aprobadas

De acuerdo con la resolución 4373 de 2017 que establece en su artículo 3° que el Ministerio de Salud y Protección Social “una vez haya evaluado la garantía de la financiación del aseguramiento en salud para la vigencia respetiva, establecerá si es viable realizar una operación de compra de cartera, su monto y fecha de apertura para la recepción de solicitudes” (23). Respecto a esto, las operaciones de compra de cartera aprobadas a entidades territoriales y con una trazabilidad mínima de los periodos 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022, se encuentra la información de las operaciones realizadas por departamento de los años 2018 y 2020, las cuales fueron autorizadas mediante las Resoluciones 6541 de

2018 y 2572 de 2020. Para 2019, 2021 y 2022 no se registran operaciones de compra de cartera autorizadas.

En este indicador es importante resaltar que el valor estandarizado se deja sin redondear, ya que, por efecto de las cifras tan extremas, el sistema redondea hacia el extremo superior o inferior teniendo en cuenta diferencias mínimas que pueden confundir los resultados.

El valor reportado en 2020 por las entidades territoriales oscila entre \$0 y \$79.130 mil millones de pesos, observando que para este año las operaciones de compra de cartera aprobadas aumentaron sustancialmente, probablemente por el período de pandemia. Al compararse entre sí, se observa un comportamiento muy homogéneo que mantiene al 91% de los departamentos con un rango superior a los 75 puntos.

| OPERACIONES DE COMPRA DE CARTERA APROBADAS | | | | |
|--|----------|----------|-----------|--------------------------|
| DEPARTAMENTO | 2017 | 2018 | 2020 | VALOR ESTANDARIZADO 2020 |
| GUAINÍA | \$ - | \$ - | \$ - | 100,0 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | \$ - | \$ - | \$ - | 100,0 |
| VAUPÉS | \$ - | \$ - | \$ - | 100,0 |
| VICHADA | \$ - | \$ - | \$ - | 100,0 |
| PUTUMAYO | \$ - | \$ - | \$ 55 | 99,9 |
| AMAZONAS | \$ 28 | \$ - | \$ 75 | 99,9 |
| CHOCÓ | \$ - | \$ - | \$ 220 | 99,7 |
| ARAUCA | \$ 172 | \$ - | \$ 1.188 | 98,5 |
| CAQUETÁ | \$ - | \$ - | \$ 1.252 | 98,4 |
| META | \$ - | \$ 200 | \$ 1.443 | 98,2 |
| QUINDIO | \$ 68 | \$ 668 | \$ 1.675 | 97,9 |
| GUAVIARE | \$ 341 | \$ 367 | \$ 3.008 | 96,2 |
| SUCRE | \$ 629 | \$ - | \$ 3.212 | 95,9 |
| RISARALDA | \$ 1.010 | \$ 805 | \$ 3.584 | 95,5 |
| CAUCA | \$ 3.096 | \$ 1.450 | \$ 3.698 | 95,3 |
| CALDAS | \$ 1.684 | \$ 989 | \$ 3.899 | 95,1 |
| CASANARE | \$ 1.028 | \$ - | \$ 4.744 | 94,0 |
| LA GUAJIRA | \$ 840 | \$ 700 | \$ 5.283 | 93,3 |
| CÓRDOBA | \$ - | \$ - | \$ 6.187 | 92,2 |
| HUILA | \$ 4.216 | \$ 729 | \$ 6.623 | 91,6 |
| NARIÑO | \$ 7.671 | \$ 575 | \$ 7.536 | 90,5 |
| CESAR | \$ 2.990 | \$ 2.715 | \$ 7.824 | 90,1 |
| CUNDINAMARCA | \$ 7.056 | \$ 3.935 | \$ 8.581 | 89,2 |
| TOLIMA | \$ 2.850 | \$ 1.278 | \$ 9.299 | 88,2 |
| NORTE DE SANTANDER | \$ 1.217 | \$ 3.313 | \$ 10.786 | 86,4 |
| BOYACÁ | \$ 1.222 | \$ 3.911 | \$ 11.312 | 85,7 |
| MAGDALENA | \$ 800 | \$ - | \$ 14.778 | 81,3 |
| BOLÍVAR | \$ 6.841 | \$ 3.450 | \$ 19.711 | 75,1 |
| SANTANDER | \$ 7.588 | \$ 9.644 | \$ 19.922 | 74,8 |

| | | | | |
|-----------------------|------------|-----------|------------|------|
| ATLÁNTICO | \$ 650 | \$ - | \$ 39.359 | 50,3 |
| VALLE DEL CAUCA | \$ 27.269 | \$ 14.469 | \$ 63.587 | 19,6 |
| BOGOTÁ, D.C. | \$ 12.772 | \$ 11.846 | \$ 69.545 | 12,1 |
| ANTIOQUIA | \$ 17.855 | \$ 18.896 | \$ 79.130 | 0,0 |
| TOTAL NACIONAL | \$ 109.893 | \$ 79.940 | \$ 407.517 | |

Tabla 18. Operaciones de compra de cartera aprobadas, 2020.

06

EJE RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN

De acuerdo con el gobierno nacional, la rendición de cuentas se define como “*un proceso que busca la transparencia de la gestión de la Administración Pública, y la adopción de los principios de Buen Gobierno, eficiencia, eficacia y transparencia en todas las actuaciones del servidor público*” y que debe ser de obligatorio cumplimiento para todas las entidades y servidores públicos ya que con esto se garantiza el informe a la ciudadanía de los avances y resultados de gestión además de incentivar el compromiso y apropiación por parte de la población que por medio de estas herramientas orientan y fortalecen la capacidad de involucramiento y exigencia a las entidades públicas (24).

De igual forma, desde la constitución política de Colombia, se reconoce la organización de formas y sistemas de participación ciudadana que permitan vigilar el accionar público en los diferentes niveles administrativos (25) sirviendo, así como una herramienta para prevenir la corrupción por medio de la construcción de transparencia. Por esta razón, la convención de las Naciones Unidas contra la corrupción pone a la participación ciudadana como primera medida preventiva (26), desafortunadamente en el país se continúa viendo una profunda ambivalencia entre lo que es y lo que debe ser, abriendo así las puertas a la reflexión de cuál es la forma más efectiva para que un mecanismo de participación ciudadana se implemente de manera adecuada y cumpla con los objetivos trazados.

El eje cuenta con 2 dimensiones, la primera es mecanismo de participación de los usuarios que a su vez se compone de un indicador con el mismo nombre, pesando el 50% dentro del eje, la segunda se llama acceso a la información compuesta por 2 indicadores: I) acceso y disponibilidad de la información del sector II) Informes de rendición de cuentas, de los cuales se toma el promedio entre ellos para que haga parte del 50% restante del eje.

El puntaje del eje es muy homogéneo encontrando que el 81,8% de los departamentos de la tabla se ubican con una calificación de 100 puntos (ver tabla 21), realmente alto demostrando un avance significativo en rendición de cuentas y participación si se compara con los puntajes obtenidos en los índices anteriores. En el presente año presenta una media departamental de 92 puntos, mientras en 2020 fue de 60 puntos, 2019 de 85 y 2018 de 78, evidenciando una importante mejoría en los mecanismos de participación ciudadana y acceso a la información.

| EJE RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------|--|
| DEPARTAMENTO | MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN | ACCESO A LA INFORMACIÓN | EJE RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN |
| ANTIOQUIA | 100 | 100 | 100 |
| ARAUCA | 100 | 100 | 100 |

| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 100 | 100 | 100 |
| ATLÁNTICO | 100 | 100 | 100 |
| BOGOTÁ, D.C. | 100 | 100 | 100 |
| BOLÍVAR | 100 | 100 | 100 |
| BOYACÁ | 100 | 100 | 100 |
| CALDAS | 100 | 100 | 100 |
| CAQUETÁ | 100 | 100 | 100 |
| CASANARE | 100 | 100 | 100 |
| CAUCA | 100 | 100 | 100 |
| CESAR | 100 | 100 | 100 |
| CÓRDOBA | 100 | 100 | 100 |
| CUNDINAMARCA | 100 | 100 | 100 |
| HUILA | 100 | 100 | 100 |
| LA GUAJIRA | 100 | 100 | 100 |
| MAGDALENA | 100 | 100 | 100 |
| META | 100 | 100 | 100 |
| NARIÑO | 100 | 100 | 100 |
| NORTE DE SANTANDER | 100 | 100 | 100 |
| PUTUMAYO | 100 | 100 | 100 |
| QUINDIO | 100 | 100 | 100 |
| RISARALDA | 100 | 100 | 100 |
| SANTANDER | 100 | 100 | 100 |
| SUCRE | 100 | 100 | 100 |
| TOLIMA | 100 | 100 | 100 |
| VALLE DEL CAUCA | 100 | 100 | 100 |
| AMAZONAS | 100 | 50 | 75 |
| CHOCÓ | 100 | 50 | 75 |
| GUAINÍA | 100 | 50 | 75 |
| GUAVIARE | 100 | 50 | 75 |
| VAUPÉS | 0 | 50 | 25 |
| VICHADA | 0 | 0 | 0 |

Tabla 19. Eje Rendición cuentas y participación, 2021.

DIMENSIÓN MECANISMO DE PARTICIPACIÓN DE USUARIOS

Esta dimensión cuenta con un único indicador el cual se llama Mecanismos de participación de la sociedad civil, que tiene un peso porcentual dentro del eje del 50% y que evalúa en el plan de desarrollo departamental y en el plan territorial de salud, la evidencia de participación social dada por actores de la comunidad, sociedad civil, organizaciones de usuarios; en el diseño de planes territoriales de salud, la existencia de canales de

información y comunicación para PQRD, informes de gestión de las PQRD, actividades, estrategias, planes o programas que promuevan la participación de la sociedad civil y la presencia de un portal web de la Secretaría Departamental de Salud.

Mecanismos de participación de la sociedad civil

Indicador que se puntúa por la presencia o los ítems enunciados anteriormente dentro del plan de desarrollo departamental o territorial de salud, dando como resultado mayor 6 puntos, evidenciando la presencia de cada uno o menos, en caso de que falte alguno de los espacios de participación propuestos para la evaluación (ver tabla 22)

Para este indicador, todos los departamentos contaban con los ítems indagados en cada pregunta a excepción de Vaupés y Vichada que si bien solamente les faltó la misma pregunta por responder de forma afirmativa (*existencia de un portal web con información de la secretaria de salud*), presentaron el número más bajo del grupo y por eso la formula les castiga con un valor estandarizado en cero (0)

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN DE USUARIOS

1. En el Plan de Desarrollo Departamental/Territorial participaron actores de la comunidad, sociedad civil, ligas de usuarios?
2. En el Plan Departamental/Territorial de Salud participaron actores de la comunidad, sociedad civil, ligas de usuarios, etc.?
3. ¿Existen canales de información y comunicación para las peticiones, quejas, reclamos y denuncias PQRD por parte de la comunidad, usuarios y ciudadanos? Ejemplo: ítems exclusivos para el envío de PQRD, minisitios con orientaciones, números de teléfonos, etc.
4. ¿Existen informes de gestión o indicadores de las PQRD recibidas, tramitadas y completadas?
5. ¿Existen actividades, estrategias, planes o programas que promuevan a participación de la sociedad civil?
6. ¿Existe un portal web con información de la secretaria de salud? (se definió la última actualización fuera posterior a enero de 2016).

Tabla 20. Lista de chequeo Mecanismos de participación de usuarios.

DIMENSIÓN ACCESO A LA INFORMACIÓN

Con el paso de los años, el acceso a la información se ha convertido en un derecho de todo ciudadano, el cual en Colombia se respalda por medio de la ley 1712 de 2014, que regula el acceso a la información pública y reza en su artículo 4º: *“toda persona puede conocer sobre la existencia y acceder a la información pública en posesión o bajo control de los sujetos obligados. El acceso a la información solamente podrá ser restringido excepcionalmente. Las excepciones serán limitadas y proporcionales, deberán estar contempladas en la ley o en la Constitución y ser acordes con los principios de una*

sociedad democrática”. Internacionalmente el derecho es respaldado por la comisión interamericana de derechos humanos.

En la actualidad, la información es un activo relevante para la población mundial, siendo el internet un mecanismo de fácil acceso mediante el cual las personas pueden encontrar datos, noticias, y demás contenidos que no cuentan con la verificación de fuentes oficiales y confiables. A lo anterior se suma la infodemia que vulnera a la ciudadanía en el goce efectivo de sus derechos.

La dimensión de acceso a la información, para el presente índice mantiene un promedio de 80 puntos y está comprendida por 2 indicadores: I) acceso y disponibilidad de la información del sector II) Informes de rendición de cuentas. Ambos indicadores mantienen el mismo peso porcentual, para conformar el 50% complementario del eje. Cabe resaltar que el promedio de esta dimensión que se manejó en el índice anterior (2021) fue de 37 puntos.

Acceso y disponibilidad de la información del sector

Este indicador mide de forma específica la presencia o no de ciertos ítems que se evalúan por medio de unas preguntas que revelan la presencia en cada departamento de un repositorio de datos en salud, la existencia de datos de transparencia, anti-trámites y corrupción en salud disponibles en Minsalud, la existencia de observatorios o sistemas de monitoreo de transparencia, prevención del abuso, fraude y corrupción en salud, de igual forma analiza la medición de indicadores sobre transparencia entre IPS, EPS y ESE, así como estadísticas en salud publicadas (ver tabla 23).

Es importante mencionar, que la información en salud es de alta importancia no solamente para la población civil sino también para las entidades rectoras y tomadores de decisión, ya que, con la recolección de estos datos, el insumo para generar la planificación de planes de trabajo en los territorios se optimiza y permite a la ciudadanía mantener contacto con el estado de salud de sus comunidades, además de conocer las estrategias anticorrupción que se llevan a cabo.

ACCESO A LA INFORMACIÓN

1. ¿Existe algún repositorio de datos del departamento?
2. ¿Cuántas publicaciones de información en el repositorio del MINSALUD (RID)?
3. ¿Existen observatorios de transparencia, prevención del abuso, fraude y corrupción en salud, etc.?
4. ¿Existen sistemas de monitoreo transparencia, prevención del abuso, fraude y corrupción en salud, etc.?
5. ¿Existen indicadores, datos o información sobre transparencia en el sector salud (sobre IPS, EPS, ESE)?
6. ¿Existen indicadores de procesos o estadísticas de salud del departamento?
Ejemplo ASIS publicados

Tabla 21. Lista de chequeo Acceso a la información

En algunos territorios la precariedad de información se convierte en el principal cuello de botella para tener un acceso digno y equitativo a los servicios de salud, de igual forma

este hecho también se configura en un obstáculo para la planificación local, además del seguimiento y evaluación a políticas públicas instauradas. La información que se debe recopilar en las entidades territoriales en Colombia es más precaria en las zonas rurales apartadas, dificultado así la gestión de estos departamentos, siendo necesario analizar las capacidades técnicas con las que cuenta cada territorio tanto en infraestructura y tecnología como en personal (27) (28).

La fórmula de normalización no tiene un referente como el mejor resultado que para este efecto son 8 respuestas positivas, sino que toma el valor más alto y el más bajo que para este caso fueron de 2 y 0, por lo tanto, los resultados del indicador se mueven entre el mínimo y el máximo (0 y 100). Cabe resaltar que las preguntas que se contestaron como positivas fueron la 1 y la 6.

Informes de rendición de cuentas

De acuerdo con función pública del gobierno, los informes de rendición de cuentas *“se han convertido en una herramienta necesaria para que los ciudadanos conozcan la gestión y el producto de los compromisos, planes y programas desarrollados en el período comprendido del año inmediatamente anterior, de igual forma que el adecuado uso de los recursos asignados para el cumplimiento de la misión de las entidades del sector”* (29).

Por su parte, la contraloría relaciona que el documento Conpes 3654 del 12 de abril de 2010 define rendición de cuentas como *“una expresión de control social, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno”*.

Para este indicador se lleva a cabo una lista de chequeo de 5 preguntas, en las que los 32 departamentos y Bogotá, cumplieron en su gran mayoría a excepción de la pregunta 2 en la que ningún departamento cumple. Los departamentos que tuvieron el valor normalizado más bajo, es decir cero (0) corresponde a los que presentaron tan solo 3 preguntas afirmativas, estos son: Amazonas, Chocó, Guainía, Guaviare y Vichada, todos departamentos altamente rurales.

INFORMES DE RENDICIÓN DE CUENTAS

1. ¿Existen informes de gestión, informe de avances, resultados, informes de actividades y acciones implementadas en salud?
2. ¿Existe información de medicamentos, dispositivos e insumos adquiridos mediante compras del ente territorial?
3. ¿Existen informes de estados financieros, ejecución presupuestal, plan de compras y adquisiciones?
4. ¿Existe información sobre tramites/anti-trámites que faciliten la interacción de los usuarios con el departamento?
5. ¿Existen directorios de la secretaria de salud? ¿Se encuentran actualizados? (Verificar al menos dos al azar)

Tabla 22. Lista de verificación, informes de rendición de cuentas.

Existen diversas definiciones de gobernanza, desde la mayoría de las instituciones gubernamentales se ha creado un enunciado de acuerdo con la necesidad presentada en su momento, tales son los casos del Ministerio de Medio Ambiente, Ministerio del Interior, Dirección Nacional de Planeación e INVIMA, además de unas políticas y normativas como la Ley Estatutaria, MIAS, RIAS, modelo PAIS, MAITE y Plan Decenal.

La CEPAL también propone una definición que conceptualiza como la *“realización de relaciones entre diversos actores involucrados en el proceso de decidir, ejecutar y evaluar asuntos de interés público, proceso que puede ser caracterizado por la competencia y cooperación donde coexisten como reglas posibles; y que incluye instituciones tanto formales como informales (ciudadanía y sus distintos mecanismos de organización temporal y/o espontánea)”* (30)

También se puede entender como la capacidad de tomar, direccionar y gestionar decisiones estratégicas importantes en diferentes niveles (local, regional, nacional e internacional), incluso en ocasiones sin los actores principales como lo son los gobernantes, tal cual como lo propone una corriente europea que habla de “gobernanza sin gobierno”, en la cual la influencia de las decisiones acertadas deben impactar la buena marcha de la economía y la sociedad (31), es herramienta fundamental para el buen desarrollo de un territorio.

Finalmente hay un punto en común entre todas las definiciones y es la capacidad de dirigir un ámbito por medio de la coordinación de actores y procesos, haciendo una ejecución transparente, libre de corrupción.

Dentro del InDes, este eje se compone de una sola dimensión (políticas, planes y proyectos de salud) y de un solo indicador (políticas, planes, proyectos en salud y sistema de seguimiento a actores del sistema de salud) que configura el 100% del valor de la dimensión y por ende del eje.

Políticas, planes y proyectos de salud

La estructura ordenada con que se definen las políticas, planes y proyectos en salud, es la herramienta principal para medir una gobernanza, por esta razón, se toma como indicador el cumplimiento de ciertos pasos para la elaboración y divulgación de las políticas, planes y proyectos.

Políticas, planes y proyectos en salud y sistema de seguimiento a actores del sistema de salud

Una estructura completa y organizada de cómo se generan las políticas, planes y

proyectos es una hoja de ruta clara para la rectoría de cada departamento, permitiendo realizar una gestión más organizada. En el presente indicador se tiene en cuenta una lista de chequeo que da luces de cómo está funcionando el territorio. Aquí se sintetiza el análisis de las políticas, planes de transparencia y acciones anticorrupción, así como los sistemas de seguimiento a actores del sistema de salud a nivel territorial, evaluados a través de los Planes de Desarrollo Departamental, Planes Territoriales de Salud, Planes de Acción Territoriales en los que se verifica, acceso, disponibilidad y contenido, tratando de identificar la presencia de objetivos, metas, estrategias y líneas de acción dedicadas a la salud, mediante una lista de comprobación, con respuestas dicotómicas:

Departamento

1. ¿Existen canales de acceso a la información del departamento (Portal web con la información de salud)?

Plan de Desarrollo Departamental/Territorial

1. ¿Es público el Plan de Desarrollo Departamental/Territorial?
2. ¿Corresponde al período actual de gobierno?
3. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la salud?
4. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, abuso, fraude y recobros?

Plan Territorial de Salud

1. ¿Es público el Plan Territorial de Salud?
2. ¿Corresponde al período actual de gobierno?
3. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, seguimiento y calidad de los actores del SGSSS, en particular a nivel territorial?

Plan de Acción

1. ¿Es público el Plan de acción?
2. ¿Corresponde al período actual de gobierno?
3. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la salud?
4. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, abuso, fraude y recobros?

Plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o Transparencia

1. ¿Es público el plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o Transparencia?
2. ¿Corresponde al período actual de gobierno?
3. ¿Tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a acciones del dentro del sector salud?

El pool de 15 preguntas configura la dimensión y el eje de gobernanza, evidenciando amplias diferencias con respecto al índice anterior, en el que apenas eran 9 los departamentos que pertenecían al cuartil 1, que se cataloga como rango alto por contener los puntajes de 75 a 100. En el presente índice se ubican dentro de este rango a 17 departamentos. A este primer cuartil ingresaron: Cauca, Cundinamarca, Putumayo, Quindío, Tolima, Arauca, Atlántico, Cesar, Nariño, Risaralda y Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina.

En el último cuartil catalogado con bajo desempeño se encuentra a Chocó, la Guajira y Vichada, departamentos que a lo largo del análisis de cada uno de los indicadores han presentado bajo desempeño en algunos puntos.

| RESULTADOS EJES DE GOBERNANZA | | |
|--|-------------------------------|---------------------|
| DEPARTAMENTO | POLÍTICAS, PLANES Y PROYECTOS | VALOR ESTANDARIZADO |
| BOLÍVAR | 15 | 100 |
| BOYACÁ | 15 | 100 |
| CAUCA | 15 | 100 |
| CUNDINAMARCA | 15 | 100 |
| PUTUMAYO | 15 | 100 |
| QUINDIO | 15 | 100 |
| SANTANDER | 15 | 100 |
| TOLIMA | 15 | 100 |
| ARAUCA | 14 | 90 |
| ATLÁNTICO | 14 | 90 |
| BOGOTÁ, D.C. | 14 | 90 |
| CALDAS | 14 | 90 |
| CESAR | 14 | 90 |
| GUAINÍA | 14 | 90 |
| NARIÑO | 14 | 90 |
| RISARALDA | 14 | 90 |
| ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA | 14 | 90 |
| ANTIOQUIA | 12 | 70 |
| AMAZONAS | 11 | 60 |
| CASANARE | 11 | 60 |
| CÓRDOBA | 11 | 60 |
| HUILA | 11 | 60 |
| SUCRE | 11 | 60 |
| VALLE DEL CAUCA | 11 | 60 |
| MAGDALENA | 10 | 50 |
| META | 10 | 50 |
| NORTE DE SANTANDER | 10 | 50 |
| CAQUETÁ | 8 | 30 |
| GUAVIARE | 8 | 30 |
| VAUPÉS | 8 | 30 |
| CHOCÓ | 7 | 20 |
| LA GUAJIRA | 7 | 20 |
| VICHADA | 5 | 0 |

Tabla 23. Resultado eje gobernanza, 2021

1. Clúster

El análisis de conglomerados es una técnica estadística que permite identificar grupos heterogéneos entre sí y con comportamiento homogéneo al interior de las unidades que se comparan (32). La técnica permite segmentar una población en grupos (conglomerados) que no se parecen entre ellos, pero al interior de cada conglomerado las observaciones son lo más parecidas entre sí. Esta situación permite analizar de forma comparativa los conglomerados, diseñar estrategias de intervención diferenciales, entre otros aspectos.

Si bien la metodología empleada para la elaboración de los clústeres se encuentra en el acápite de metodología, en esta sección se describen los grupos y las posibles relaciones que se presentan (ver tabla 26). En el grupo 1 (Amazonas, Chocó, Guaviare, Vaupés y Vichada) se encuentran departamentos con altas ruralidades, que presentan resultados deficientes en salud y mantienen promedios realmente bajos en la mayoría de las dimensiones a excepción de la relacionada con el establecimiento de PQRD (ver tabla 27).

| DEPARTAMENTO | | | DEPARTAMENTO | | |
|--------------|----|---|--------------|----|----------------------|
| CLÚSTER 1 | 1 | 91 - Amazonas | CLÚSTER 1 | 1 | 08 - Atlántico |
| | 2 | 27 - Chocó | | 2 | 11 - Bogotá, D.C. |
| | 3 | 95 - Guaviare | | 3 | 13 - Bolívar |
| | 4 | 97 - Vaupés | | 4 | 19 - Cauca |
| | 5 | 99 - Vichada | | 5 | 20 - Cesar |
| CLÚSTER 2 | 1 | 05 - Antioquia | | 6 | 23 - Córdoba |
| | 2 | 81 - Arauca | | 7 | 25 - Cundinamarca |
| | 3 | 88 - Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina | | 8 | 94 - Guainía |
| | 4 | 15 - Boyacá | | 9 | 47 - Magdalena |
| | 5 | 17 - Caldas | | 10 | 52 - Nariño |
| | 6 | 18 - Caquetá | | 11 | 86 - Putumayo |
| | 7 | 85 - Casanare | | 12 | 66 - Risaralda |
| | 8 | 41 - Huila | | 13 | 70 - Sucre |
| | 9 | 44 - La Guajira | | 14 | 76 - Valle del Cauca |
| | 10 | 50 - Meta | | | |
| | 11 | 54 - Norte de Santander | | | |
| | 12 | 63 - Quindío | | | |
| | 13 | 68 - Santander | | | |
| | 14 | 73 - Tolima | | | |

Tabla 24. Distribución de Clústeres.

El segundo clúster (Antioquia, Arauca, Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Quindío, Santander y Tolima) aunque presenta el indicador giros autorizados por recobros con una media ubicada en un rango medio bajo, los puntajes restantes se mueven en los rangos medio alto y alto.

Por último, el tercer clúster (Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Cauca, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Nariño, Putumayo, Risaralda, Sucre y Valle del Cauca), comprende departamentos con promedios en los puntajes similares al clúster 2 pero en menor cuantía.

| INFORME DE MEDIAS | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|----------------------------------|---|---|--|-----------------------------------|---|
| Ward Method | Dimensión Efectividad | Dimensión Experiencias y desenlaces | Dimensión Giros autorizados por recobro | Dimensión Saneamiento de cuentas | Dimensión Satisfacción compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso | Dimensión Proporción de usuarios que interpusieron una PQRD | Dimensión Mecanismos de participación de la sociedad civil | Dimensión Acceso a la información | Dimensión Políticas y planes de transparencia y acciones anticorrupción |
| 1 | 36,68 | 46,94 | 3,40 | 56,97 | 43,00 | 99,20 | 60,00 | 40,00 | 28,00 |
| 2 | 72,60 | 70,19 | 35,36 | 55,03 | 75,57 | 89,36 | 100,00 | 100,00 | 72,14 |
| 3 | 71,36 | 67,34 | 57,21 | 51,72 | 35,57 | 66,36 | 100,00 | 96,43 | 83,57 |
| TOTAL | 66,63 | 65,46 | 39,79 | 53,92 | 53,67 | 81,09 | 93,94 | 89,39 | 70,30 |

Tabla 25. Informe de medias en las dimensiones.

2. Dimensiones

| DTS | Efectividad en la atención | Experiencias y desenlaces de la atención | Gasto en Salud | Saneamiento de cuentas | Satisfacción de los usuarios | PQRSD de los usuarios | Mecanismos de participación | Acceso a la información | Políticas, planes y proyectos en salud | Indice |
|--|----------------------------|--|----------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------------|--|--------|
| Boyacá | 81 | 87 | 28 | 54 | 97 | 88 | 100 | 100 | 100 | 85 |
| Quindio | 88 | 78 | 39 | 54 | 69 | 85 | 100 | 100 | 100 | 82 |
| Tolima | 78 | 72 | 35 | 55 | 78 | 92 | 100 | 100 | 100 | 82 |
| Caldas | 86 | 69 | 43 | 49 | 88 | 93 | 100 | 100 | 90 | 81 |
| Putumayo | 74 | 54 | 65 | 64 | 58 | 100 | 100 | 100 | 100 | 81 |
| Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina | 38 | 100 | 15 | 76 | 64 | 98 | 100 | 100 | 90 | 79 |
| Santander | 76 | 72 | 40 | 42 | 100 | 50 | 100 | 100 | 100 | 79 |
| Cesar | 72 | 67 | 52 | 57 | 63 | 85 | 100 | 100 | 90 | 77 |
| Cauca | 73 | 83 | 32 | 67 | 41 | 60 | 100 | 100 | 100 | 77 |

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|-----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|
| Huila | 80 | 81 | 24 | 63 | 81 | 97 | 100 | 100 | 60 | 76 |
| Nariño | 86 | 60 | 59 | 65 | 24 | 97 | 100 | 100 | 90 | 76 |
| Antioquia | 75 | 78 | 78 | 28 | 88 | 89 | 100 | 100 | 70 | 75 |
| Arauca | 58 | 58 | 17 | 56 | 66 | 94 | 100 | 100 | 90 | 74 |
| Risaralda | 89 | 76 | 51 | 45 | 55 | 48 | 100 | 100 | 90 | 74 |
| Cundinamarca | 75 | 71 | 35 | 63 | 12 | 80 | 100 | 100 | 100 | 74 |
| Bogotá, D.C. | 93 | 78 | 40 | 30 | 53 | 65 | 100 | 100 | 90 | 73 |
| Atlántico | 70 | 72 | 68 | 44 | 39 | 75 | 100 | 100 | 90 | 73 |
| Bolívar | 68 | 68 | 67 | 43 | 33 | 64 | 100 | 100 | 100 | 73 |
| Norte de Santander | 67 | 66 | 35 | 63 | 83 | 84 | 100 | 100 | 50 | 71 |
| Meta | 87 | 68 | 55 | 57 | 56 | 90 | 100 | 100 | 50 | 71 |
| Caquetá | 67 | 76 | 16 | 68 | 67 | 98 | 100 | 100 | 30 | 67 |
| Casanare | 73 | 52 | 16 | 52 | 52 | 97 | 100 | 100 | 60 | 67 |
| Sucre | 72 | 73 | 62 | 69 | 0 | 65 | 100 | 100 | 60 | 65 |
| Guainía | 17 | 51 | 100 | 67 | 31 | 48 | 100 | 50 | 90 | 62 |
| Córdoba | 67 | 64 | 51 | 47 | 8 | 71 | 100 | 100 | 60 | 61 |
| Valle del Cauca | 87 | 75 | 58 | 24 | 53 | 0 | 100 | 100 | 60 | 61 |
| Amazonas | 43 | 49 | 7 | 57 | 62 | 99 | 100 | 50 | 60 | 60 |
| La Guajira | 61 | 25 | 54 | 54 | 69 | 96 | 100 | 100 | 20 | 59 |
| Magdalena | 55 | 51 | 61 | 38 | 28 | 71 | 100 | 100 | 50 | 58 |
| Guaviare | 39 | 59 | 0 | 58 | 65 | 100 | 100 | 50 | 30 | 55 |
| Vaupés | 25 | 84 | 0 | 62 | 54 | 100 | 0 | 50 | 30 | 46 |
| Chocó | 39 | 30 | 10 | 40 | 11 | 97 | 100 | 50 | 20 | 42 |
| Vichada | 38 | 13 | 0 | 67 | 23 | 100 | 0 | 0 | 0 | 26 |

Tabla 26. Valor normalizado, dimensiones InDes 2023.

Al analizar las dimensiones en un contexto general, se puede observar que la entidad territorial que tiene mayor oportunidad de mejora por conservar la frecuencia más elevada de valores en el último quintil es Vichada, que registra en cero (0) las dimensiones *gasto en salud*, *mecanismo de participación*, *acceso a la información y políticas*, *planes y proyectos en salud*, además de experiencias de la atención que registra 13 puntos. Vaupés es otro departamento con 2 dimensiones en cero (0).

Al revisar por dimensión, es gasto en salud el que registra resultados más deficientes, con 3 departamentos que calculan en cero el subíndice; estos son Vichada, Guainía y Guaviare, además de 6 territorios que presentan puntajes por debajo de 20 puntos (Amazonas, Antioquia, Arauca, Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina, Atlántico, Bogotá, D.C., Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar y Chocó).

La satisfacción de los usuarios es otra dimensión que tiene 4 valores por debajo de los 20 puntos, ubicados en Chocó, Córdoba, Cundinamarca y Sucre.

3. Ejes

En el eje *desempeño institucional* se observa que las mejores gestiones se dan en Bogotá D.C., Boyacá, Quindío, Risaralda, Huila y Valle Del Cauca. En el *eje de financiamiento* los mejores desempeños se pueden divisar en Guainía, Sucre, Putumayo, Nariño y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina que oscilan en puntajes de 61 a 75 puntos. El *eje de percepción* en general presenta buenos puntajes y dentro de los 5 primeros puestos se encuentra a los siguientes departamentos: Boyacá, Caldas, Antioquia, Huila y Tolima, los cuales se mueven entre 84 y 93 puntos. En el *eje rendición de cuentas*

se observa un buen desempeño, pero en realidad este indicador es el producto de las reducidas opciones de respuesta, lo cual se explica con mayor detalle en el capítulo correspondiente. En el *eje de gobernanza* se observa que son 8 departamentos los que registran el mejor desempeño, Boyacá, Tolima, Santander, Quindío, Putumayo, Cauca, Bolívar y Cundinamarca.

Por último, en el resultado general del índice, se vio la necesidad de dejar los decimales de los valores estandarizados, ya que con los números absolutos se repetían varios de los lugares en la tabla. Así las cosas, se observa que dentro los 5 primeros se encuentra a Boyacá, Quindío, Tolima, Caldas y Putumayo.

Para el InDes 2023 se registra en el resultado un promedio de 68,6 puntos, 6 puntos por encima del anterior índice, evidenciando un mejor desempeño en los ejes rendición de cuentas y participación (32 puntos por encima) y gobernanza (11 puntos por encima). En el primer cuartil, denominado rango alto (75 – 100 puntos) se encuentra el 36% de las Direcciones Territoriales en Salud, en el siguiente rango (50 – 74 puntos) se ubica el grueso de la tabla con el 55% de los departamentos y por último (25 – 49 puntos) se registra el 9% restante, lo que evidencia que para este año ningún departamento quedó en el último cuartil (0 – 24 puntos).

En los últimos lugares de la tabla, se encuentra a Vichada que descendió del puesto 31 al 33, Chocó pasó del puesto 33 al 32, Vaupés ascendió del puesto 32 al 31, Guaviare pasó del puesto 18 al 30 y Magdalena bajó del puesto 12 al 29.

| DTS | Desempeño institucional | Financiamiento de la salud | Percepción | Rendición de cuentas y participación | Gobernanza | ÍNDICE |
|--|-------------------------|----------------------------|------------|--------------------------------------|------------|--------|
| Boyacá | 84 | 47 | 93 | 100 | 100 | 84,9 |
| Quindio | 83 | 51 | 75 | 100 | 100 | 81,8 |
| Tolima | 75 | 50 | 84 | 100 | 100 | 81,7 |
| Caldas | 78 | 47 | 90 | 100 | 90 | 81,0 |
| Putumayo | 64 | 64 | 75 | 100 | 100 | 80,7 |
| Archipiélago De San Andrés, Providencia Y Santa Catalina | 69 | 61 | 78 | 100 | 90 | 79,5 |
| Santander | 74 | 41 | 80 | 100 | 100 | 79,1 |
| Cesar | 70 | 56 | 72 | 100 | 90 | 77,5 |
| Cauca | 78 | 59 | 49 | 100 | 100 | 77,0 |
| Huila | 81 | 53 | 87 | 100 | 60 | 76,3 |
| Nariño | 73 | 64 | 53 | 100 | 90 | 76,0 |
| Antioquia | 77 | 41 | 88 | 100 | 70 | 75,1 |
| Arauca | 58 | 46 | 77 | 100 | 90 | 74,4 |
| Risaralda | 83 | 47 | 52 | 100 | 90 | 74,3 |
| Cundinamarca | 73 | 56 | 39 | 100 | 100 | 73,6 |
| Bogotá, D.C. | 85 | 33 | 58 | 100 | 90 | 73,2 |
| Atlántico | 71 | 50 | 53 | 100 | 90 | 72,9 |
| Bolívar | 68 | 49 | 45 | 100 | 100 | 72,6 |

| | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|-----|----|------|
| Norte De Santander | 67 | 56 | 83 | 100 | 50 | 71,2 |
| Meta | 77 | 56 | 70 | 100 | 50 | 70,7 |
| Caquetá | 72 | 55 | 79 | 100 | 30 | 67,2 |
| Casanare | 62 | 43 | 70 | 100 | 60 | 67,1 |
| Sucre | 73 | 67 | 26 | 100 | 60 | 65,1 |
| Guainía | 34 | 75 | 38 | 75 | 90 | 62,4 |
| Córdoba | 65 | 48 | 33 | 100 | 60 | 61,3 |
| Valle Del Cauca | 81 | 33 | 32 | 100 | 60 | 61,1 |
| Amazonas | 46 | 44 | 77 | 75 | 60 | 60,4 |
| La Guajira | 43 | 54 | 80 | 100 | 20 | 59,4 |
| Magdalena | 53 | 44 | 45 | 100 | 50 | 58,4 |
| Guaviare | 49 | 44 | 79 | 75 | 30 | 55,3 |
| Vaupés | 55 | 47 | 72 | 25 | 30 | 45,8 |
| Chocó | 35 | 33 | 45 | 75 | 20 | 41,5 |
| Vichada | 25 | 50 | 54 | 0 | 0 | 25,8 |

Tabla 27. Resultados InDes 2023 discriminado por ejes.

El departamento de Boyacá en general ha demostrado un buen desempeño en los últimos años ocupando el primer puesto en el InDes 2023, ascendiendo desde el puesto 19, lugar que ocupó en el InDes 2021, después de haber ocupado el 3er puesto en 2020 (ver tabla 30). En segundo lugar, se encuentra a Quindío que después de haber ocupado el puesto 29 en el InDes 2020 inicio un periodo de ascenso en 2021 pasando al puesto 10. Tolima ocupa el tercer lugar, después de haberse encontrado en el puesto 14 en el InDes anterior, teniendo en cuenta que en el 2020 estuvo en el 10 puesto. En el 4 puesto se mantiene Caldas desde el índice anterior, que ha ocupado un lugar en los 5 primeros puestos desde que se hace la medición del presente índice.

| DTS | Posición 2019 | InDes 2019 | Posición 2020 | InDes 2020 | Posición 2021 | InDes 2021 | Posición 2023 | InDes 2023 |
|--|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Boyacá | 10 | 70 | 3 | 79 | 19 | 64 | 1 |
| Quindio | 20 | 61 | 29 | 57 | 10 | 67 | 2 | 81,8 |
| Tolima | 7 | 71 | 10 | 72 | 14 | 66 | 3 | 81,7 |
| Caldas | 2 | 73 | 1 | 84 | 4 | 74 | 4 | 81,0 |
| Putumayo | 12 | 69 | 9 | 73 | 25 | 58 | 5 | 80,7 |
| Archipiélago De San Andrés, Providencia y Santa Catalina | 22 | 60 | 13 | 70 | 17 | 65 | 6 | 79,5 |
| Santander | 26 | 56 | 12 | 71 | 8 | 69 | 7 | 79,1 |
| Cesar | 13 | 69 | 14 | 70 | 29 | 53 | 8 | 77,5 |
| Cauca | 16 | 65 | 30 | 56 | 9 | 68 | 9 | 77,0 |
| Huila | 11 | 69 | 17 | 68 | 23 | 60 | 10 | 76,3 |
| Nariño | 8 | 70 | 20 | 66 | 5 | 69 | 11 | 76,0 |
| Antioquia | 3 | 73 | 8 | 73 | 13 | 66 | 12 | 75,1 |
| Arauca | 28 | 54 | 33 | 51 | 27 | 56 | 13 | 74,4 |
| Risaralda | 6 | 71 | 18 | 68 | 26 | 57 | 14 | 74,3 |
| Cundinamarca | 15 | 67 | 7 | 75 | 20 | 63 | 15 | 73,6 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|--|----|----|--|----|----|--|----|------|--|
| Bogotá, D.C. | 1 | 76 | | 6 | 77 | | 1 | 76 | | 16 | 73,2 | |
| Atlántico | 5 | 72 | | 22 | 66 | | 22 | 62 | | 17 | 72,9 | |
| Bolívar | 25 | 57 | | 19 | 67 | | 6 | 69 | | 18 | 72,6 | |
| Norte De Santander | 4 | 72 | | 20 | 64 | | 24 | 58 | | 19 | 71,2 | |
| Meta | 21 | 60 | | 11 | 71 | | 7 | 69 | | 20 | 70,7 | |
| Caquetá | 19 | 61 | | 4 | 78 | | 2 | 75 | | 21 | 67,2 | |
| Casanare | 9 | 70 | | 32 | 54 | | 3 | 74 | | 22 | 67,1 | |
| Sucre | 14 | 68 | | 2 | 83 | | 16 | 65 | | 23 | 65,1 | |
| Guainía | 31 | 44 | | 21 | 66 | | 21 | 62 | | 24 | 62,4 | |
| Córdoba | 24 | 57 | | 24 | 64 | | 30 | 52 | | 25 | 61,3 | |
| Valle Del Cauca | 17 | 63 | | 5 | 78 | | 11 | 67 | | 26 | 61,1 | |
| Amazonas | 23 | 57 | | 31 | 55 | | 28 | 54 | | 27 | 60,4 | |
| La Guajira | 18 | 62 | | 28 | 58 | | 15 | 66 | | 28 | 59,4 | |
| Magdalena | 30 | 44 | | 26 | 62 | | 12 | 66 | | 29 | 58,4 | |
| Guaviare | 27 | 54 | | 15 | 69 | | 18 | 64 | | 30 | 55,3 | |
| Vaupés | 29 | 51 | | 25 | 63 | | 32 | 47 | | 31 | 45,8 | |
| Chocó | 32 | 40 | | 27 | 59 | | 33 | 40 | | 32 | 41,5 | |
| Vichada | 33 | 28 | | 23 | 66 | | 31 | 47 | | 33 | 25,8 | |

Tabla 28. Comparativo de resultados InDes

El seguimiento al desempeño de las Entidades Departamentales en Salud evidencia un mejoramiento general progresivo, pasando de un promedio de resultados estandarizados en el InDes 2019 de 61,6 al resultado actual que es de 68,6 puntos. Esta tendencia, no se aplica a todas las entidades territoriales, como es el caso de Bogotá que en el InDes anterior se encontraba en el primer puesto, y descendió al puesto 16 desmejorando especialmente en las dimensiones pertenecientes a los ejes de desempeño institucional, percepciones y opiniones de los usuarios y financiamiento de la salud. Caso similar al Caquetá, Casanare, Huila, Bolívar y Meta entre otros.

Asimismo, los departamentos con menor desempeño en el ejercicio del InDes son Vaupés, Chocó y Vichada, que han ocupado los últimos lugares en la mayoría de las mediciones realizadas. Por otro lado, el departamento de Boyacá presentó un incremento en todas sus dimensiones a excepción de gasto en salud que bajó para el presente índice, situación que no le impidió llegar al puesto 1 en la puntuación del InDes 2023.

De acuerdo con los resultados observados, la dimensión que requiere mayor atención en el país es *gasto en salud*, analizada mediante el giro autorizado por recobros ya que son 9 departamentos que puntúan en el último cuartil, lo que quiere decir que en el país es alta la cantidad girada por recobro, abriendo algunos interrogantes: ¿las EPS se están sobregirando por falta de previsión? ¿los rubros presupuestados tienen falencias en su cálculo?

La otra dimensión que requiere de mayor atención en los territorios colombianos es la encargada de medir la *satisfacción de los usuarios* ante los servicios entregados por las Instituciones Prestadoras y Promotoras de Salud. El 30% de los departamentos registran percepciones deficientes calificadas en los 2 últimos quintiles (0 - 40), en el cual se encuentran departamentos con barreras importantes para el acceso.



Genera inquietud que en los departamentos donde la percepción ciudadana es más deficiente se registra de forma inversa los menores porcentajes de PQRD interpuestas en el país, lo cual debería ser sujeto de estudio, dado que una posible hipótesis puede ser la falta de información acerca de los derechos que les corresponden a los usuarios.

El 18% de las entidades territoriales en salud, muestran deficiencias en la forma de gobernanza que instauraron, dado que se observan falencias en las estructuras mismas que no permiten operar de forma transparente y libre de corrupción.

Es prudente que las entidades territoriales se tracen metas más ambiciosas en el control de enfermedades crónicas, que además de ser precursoras de otras patologías generadoras de grandes pérdidas humanas y económicas para el país, registran discapacidades de consideración en la población colombiana.

Es necesario establecer una política de salud rural que contemple no solamente la instauración de una atención primaria efectiva y sostenible, sino también un sistema de rendición de cuentas que garantice transparencia y participación de la ciudadanía sin generar ningún tipo de coacción.

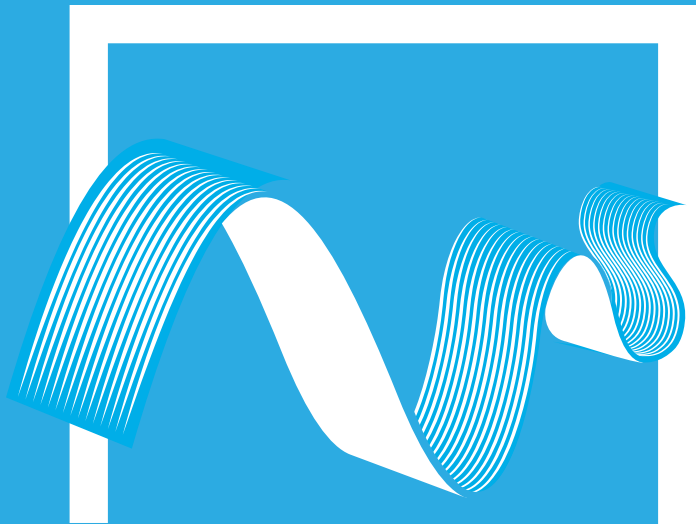
La falta de oportunidad en la prestación del servicio en salud está generando una percepción regular de las instituciones prestadoras y promotoras, opacando la gestión del riesgo que puedan estar efectuando en un segundo plano y que no es tan visible para la ciudadanía, por lo cual es importante generar planes de mejora ante esta situación. Lo anterior, con el fin de optimizar la percepción de los usuarios, y aún más importante para aumentar el bienestar de la población.

De igual forma, se considera que la educación en salud es relevante en estos espacios, enseñando a la ciudadanía la pertinencia y funcionalidad de muchos de los servicios que prestan las instituciones en su amplia oferta. Por ejemplo, una persona no puede solicitar cita con un médico internista hasta tanto no tenga una remisión dado que es una consulta especializada que cubre solamente ciertos tipos de patologías, es por esto, que cada vez más resulta primordial educar a los usuarios en lo que comprende la prestación de los servicios de salud.

1. **Minsalud.** *Aclaración de cuentas - Procuraduría General de la Nación.* Bogotá : s.n., 2021.
2. **PNUD.** Technical notes. *Human Development Report 2021/2022.* New York : s.n., 2022.
3. **Asi Vamos en Salud.** InDes Índice Departamental en Salud 2021. Bogotá : s.n., 2021.
4. **Social, Instituto Mexicano del Seguro.** *División Técnica de Información Estadística en Salud El IMSS en Cifras. Evaluación del desempeño de las instituciones de salud.* núm. 5, México : s.n., octubre de 2006, Vols. vol. 44, , págs. pp. 481-488. ISSN: 0443-5117.
5. **Fajardo-Dolci G y col.** *Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud.* No. 2, México : s.n., marzo-abril de 2015, Rev. salud pública de méxico, Vols. Vol. 57,, págs. 180-186.
6. **OMS.** Cáncer de mama. datos y cifras. [En línea] 07 de 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>.
7. **OMS/OPS.** *Documento de posición de la OMS sobre el tamizaje por mamografía : resumen de recomendaciones. 2014.*
8. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 3280 de 2018.* Bogotá : s.n., 2018.
9. **LB, Russell.** *El potencial de la prevención para frenar el crecimiento del gasto médico.* Washington, DC: National Coalition on Health Care : s.n., octubre de 2007.
10. **OMS.** *Hipertensión, datos y cifras.* 16 de 03 de 2023.
11. **OPS/OMS.** *HEARTS en las Américas.* 2023.
12. **AVS.** Indicadores de salud: enfermedades crónicas no transmisibles. *Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva georeferenciado.* [En línea] 06 de 02 de 2023. [Citado el: 08 de 06 de 2023.] <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/enfermedades-cronicas-no-transmisibles/tasa-de-mortalidad-por-enfermedad-hipertensiva>.
13. **DANE.** *Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid - 19.* Bogotá : s.n., 2021. pág. p8. Vol. N° 9. ISSN: 2805-6345 (en línea).
14. **OMS.** *World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.* Ginebra : s.n., 2023. pág. 130p. ISBN 978-92-4-007432-3.
15. **DNP.** *Lineamientos para el diseño e implementación de mediciones de percepción y expectativas ciudadanas.* Bogotá : s.n., 2015.
16. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 256 de 2016.* Bogotá : s.n., 2016.
17. **Supersalud.** *Circular 008 de 2018.* Bogotá : s.n., 2018.
18. **OPS.** Financiación de la atención de la salud. 2022.
19. **OECD.** Gasto en salud. 2022.
20. **OECD/The World Bank.** *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.* *OECDiLibrary.* s.l. : Publishing, Paris, 2020.
21. **LEGIS.** CAPÍTULO I. Recobros/Cobros en las EPS, por tecnologías en salud no financiadas con cargo a los recursos de la UPC, servicios complementarios ni presupuesto máximo. [En línea] [Citado el: 01 de 07 de 2023.] https://xperta.legis.co/visor/doctrinanif/doctrinanif_2e7bb4c4fcd840dca83ef95603485fb2/doctrina-sobre-normas-de-informacion-financiera/capitulo-i-recobros-cobros-en-las-eps%2c-por-tecnologias-en-salud-no-financiadas-con-cargo-a-los-recursos-de-la-upc%2c-s.
22. **AVS.** Índice Departamental en Salud, InDes 2021. Bogotá : s.n., 2021.
23. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Resolución 4374 de 2017.* Bogotá : s.n., 2017.

- 24. Nacional, Función pública: Gobierno.** Rendición de cuentas, un derecho de la ciudadanía. [En línea] [Citado el: 01 de 05 de 2023.] https://www.funcionpublica.gov.co/preguntas-frecuentes/-/asset_publisher/sqxafjubsrEu/content/rendicion-de-cuentas-un-derecho-de-la-ciudadania/28585938.
- 25. Consejo Superior de la Judicatura.** *Constitución Política de Colombia*. 2010.
- 26. Gallo Aponte, William Iván.** *La participación ciudadana en el combate contra La participación ciudadana en el combate contra el daño en el panorama jurídico colombiano*. 86, Bogotá : s.n., 2017, Revista de derecho público, págs. 31-52p.
- 27. Granada Alberto, Estrada Victoria, Pinto Diana, Borrero Elizabeth y Carrasquilla Gabriel.** *Disponibilidad de Información ¿Un Cuello de Botella para Investigación y Evaluación en Políticas de Salud?* Bogotá : s.n., 2005. págs. 201 - 213. Vol.7.
- 28. AVS.** *Índice de salud rural*. Bogotá : s.n., 2022.
- 29. Función Pública.** Informes de Rendición de Cuentas. [En línea] [Citado el: 20 de 06 de 2023.] <https://www.funcionpublica.gov.co/informes-de-rendicion-de-cuentas>.
- 30. CEPAL.** *Gobernanza digital e interoperabilidad gubernamental*. Santiago : s.n., 2021.
- 31. Rodríguez Charo, Lamothe Lise, Barten Françoise y Haggerty Jeannie.** *Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina*. (1), Bogotá : s.n., 27 de enero de 2010, Rev. salud pública, Vol. 12, págs. 151-159. ISSN 0124-0064.
- 32. Profamilia y Así Vamos en Salud.** Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. [En línea] 2019. https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/linea-base-indice-departamental-salud-indes-2019_vc_11jun.pdf.

La portada ha sido diseñada usando imágenes de **Pexels**
Imágenes tomadas de **Freepik.com**: Páginas 14, 17, 22, 27, 32, 35, 41 y 61.



**Así Vamos
en Salud**®

asivamosensalud.org