



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Resumen ejecutivo: Informe de resultados

-
- Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2009-2019

Julio 2022



**Ministerio de Salud y Protección
Social**

Ministro

Fernando Ruiz Gómez

**Jefe Oficina de Planeación y
Estudios Sectoriales**

Weimar Pazos Enciso

**Coordinadora Grupo de
Estudios Sectoriales y de
Evaluación de Política Pública**

Maritza Silva Vargas

**Departamento Nacional de
Planeación**

Directora General

Alejandra Botero Barco

**Dirección de Seguimiento y
Evaluación de Políticas Públicas**

Olga Lucía Romero Londoño

2022



Miembros del equipo evaluador

Jair Alberto Arciniegas - MSPS
Patricia Rozo- MSPS
Ana María Arias – DNP
Carmen Cecilia Delgado-DNP
Óscar Sánchez- MSPS
Lina Marcela Sarmiento - MSPS
Sergio Leonardo González – MSPS
Mauricio Estrada -MSPS
Maritza Silva Vargas -MSPS
Alejandro Corrales-DNP

Entidades consultadas

Instituto Nacional de Salud
Observatorio Nacional de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Superintendencia Nacional de Salud
Pontificia Universidad Javeriana

Dependencias consultadas

Dirección de Epidemiología y Demografía
Dirección de Promoción y Prevención
Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria
Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Dirección de Regulación de beneficios, Costos y tarifas del aseguramiento en salud
Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Dirección de Financiamiento Sectorial
Oficina de Calidad
Oficina de Promoción Social
Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres
Despacho del Viceministro de Salud y Prestación de Servicios
Despacho del Ministro de Salud y Protección Social

Agradecimientos

Javier Leonardo Garay – MSPS
Lilibeth Camargo – MSPS
Luz Emilse Rincón – MSPS
Carlos Eduardo Pinzón - MSPS
Luis Ernesto Salinas –Banco Mundial
Mónica Padilla – Organización Panamericana de la Salud
Natalia Houghton – Organización Panamericana de la Salud
Guillermo Gonzalvez– Organización Panamericana de la Salud
Ernesto Bascolo– Organización Panamericana de la Salud
Oscar Mujica - – Organización Panamericana de la Salud



Tabla de contenido

I.	Introducción	5
II.	Metodología.....	7
III.	Priorización de indicadores	9
IV.	Conclusiones.....	10
	Sobre los indicadores y los datos	10
	Sobre los resultados.....	11
	Criterio: Resultados en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil	12
	Criterio: Resultados en enfermedades de interés en salud pública	14
	Criterio: Resultados de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles.....	16
	Criterio: Resultados de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo	18
	Criterio: Acceso efectivo a los servicios de salud.....	20
	Conclusión general	26
	Recomendaciones	28
	De Seguimiento y Evaluación.....	28
	Fortalecimiento de la información	28
	Institucionalización del sistema de seguimiento y evaluación	30
	Revisión de indicadores.....	32
	Seguimiento a desigualdades en resultados del SGSSS	34
	De orientación del SGSSS	34
	Respuesta a desigualdades en resultados del SGSSS.....	34
	Identificación de intervenciones para mitigar enfermedades no transmisibles	35
	Estrategias adicionales de afiliación de niños y niñas	35
	Bibliografía.....	37



I. Introducción

Este documento presenta los hallazgos y las conclusiones obtenidas en la Evaluación de Resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objetivo general fue “Evaluar integralmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS - en relación con la protección de la salud de la población, según los criterios definidos en la Ley 1438 de 2011 y los principios priorizados en la Ley 1751 de 2015, para el periodo 2009-2019”.

Para lo anterior, el análisis realizado busca dar respuesta a los siguientes objetivos específicos: a) Describir el comportamiento de los resultados en salud priorizados a partir de los criterios mínimos de la Ley 1438 de 2011, para los años de 2009 a 2019; b) Establecer las diferencias de los resultados en salud seleccionados respecto a sexo, grupos etarios y régimen; c) Determinar la distribución de los resultados en salud seleccionados en departamentos y municipios, según entorno de desarrollo y categorías de ruralidad; d) Formular recomendaciones que permitan orientar al SGSSS para mejorar los resultados en salud.

La evaluación fue realizada por un equipo interinstitucional conformado por un grupo de investigadores del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) – Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP). El detalle del proceso de acopio, procesamiento y análisis de información realizado recoge los acuerdos consensuados entre las diferentes dependencias misionales del MSPS para definir los eventos e indicadores objeto de evaluación. Este ejercicio se concentró en dos niveles de análisis: i) Resultados en salud¹ y ii) Acceso efectivo a los servicios². El proceso y línea de trabajo están contenidos en el informe metodológico (Anexo 1), el cual contempla adicionalmente los análisis previos del ejercicio de evaluación publicado en el año 2015 (MSPS, 2018).

Este ejercicio presenta las siguientes limitaciones: 1) Los análisis se realizaron a partir de la información secundaria disponible (proveniente principalmente de registros administrativos); 2) No toda la información se encuentra completa para los diferentes niveles de desagregación; 3) En razón al alto volumen de indicadores e información, los análisis se concentraron en las tendencias más que en la indagación sobre relaciones causales; 4) No se cuenta con literatura complementaria para todos los indicadores que

¹ Los resultados en salud refieren a desenlaces en materia de morbilidad, discapacidad, letalidad y mortalidad. En particular en este ejercicio, como se mencionará más adelante, se concentra en los resultados en salud descritos en el artículo 2 de la Ley 1438 de 2011.

² No hay una única definición de acceso efectivo (ver Anexo 1). Una de las más comprehensivas señala que consiste en la “operacionalización de la cobertura universal en salud” (Fajardo-Dolci, Gutiérrez, & García-Saisó, 2015, p. 183, cursiva del texto original). Para ello, se deben tener en cuenta elementos de protección financiera que pre condicionan el acceso, aspectos de la calidad de los servicios prestados y de resultados en salud derivados de dicho acceso. Para materializar esta definición, este ejercicio, tal como se explica más adelante, hizo énfasis en 5 dimensiones: 1) aseguramiento, puerta de entrada al sistema; 2) disponibilidad física de bienes y servicios (infraestructura, talento humano en salud, y tecnologías en salud), sin los cuales el sistema no podría atender adecuadamente a las personas aseguradas, 3) utilización de bienes y servicios, que dan cuenta de la frecuencia en que se consumen los bienes y servicios disponibles por las personas aseguradas; 4) calidad de la atención, y 5) protección financiera, como mecanismo para mitigar las barreras económicas que pueden limitar el uso de los bienes y servicios.



permitan profundizar los análisis; 5) Se presentaron dificultades de comunicación con algunas de las dependencias misionales, lo cual limitó la profundidad de los análisis expuestos; 6) No incluye la perspectiva de los actores en relación con los resultados obtenidos, 7) Dado el alcance de la evaluación, no se contemplaron aspectos relacionados con sostenibilidad financiera del sector salud.

En este contexto, si bien se han desarrollado diferentes análisis que coinciden en algunos de los aspectos aquí abordados (e.g. Botero et al., 2021), esta evaluación presenta de manera detallada los resultados de un conjunto de indicadores trazadores del nivel departamental y municipal, a partir de los entornos de desarrollo y categorías de ruralidad, con el fin de establecer las brechas que existen entre los más y menos desarrollados. Adicionalmente, se estudian las desagregaciones según edad, sexo y régimen, de acuerdo con la información disponible. Resultado de lo anterior, se logró identificar avances en a nivel nacional, en gran parte de los indicadores, exceptuando lo relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles y precursoras de eventos de alto costo. Así mismo, se evidenció que persisten las brechas territoriales entre los más y menos desarrollados y que esta situación es más aguda a nivel municipal. Finalmente, se evidencian grandes variaciones en la disponibilidad de información y la necesidad de institucionalizar un sistema de seguimiento permanente a los resultados del SGSSS.

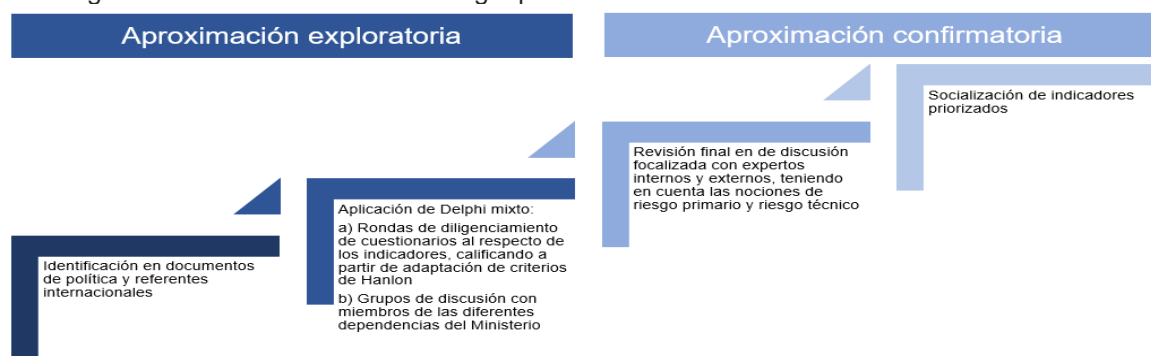
Finalmente, se invita al lector al consultar el informe de resultados, así como sus anexos, puesto que contienen con mayor detalle lo aquí descrito y la base sobre la cual parten las recomendaciones propuestas.

II. Metodología

Partiendo de los objetivos de la evaluación y de la estrategia descrita en el informe metodológico (Anexo 1), se definieron dos etapas³: a) Priorización de indicadores para analizar la evolución de los resultados en salud del SGSSS y b) Seguimiento de los resultados en los indicadores seleccionados en desarrollo del componente anterior.

La primera etapa (priorización de indicadores) se ejecutó a partir de dos aproximaciones⁴: una de carácter exploratorio, dirigida a identificar eventos, dimensiones e indicadores de interés para el SGSSS. Para tal fin, se consultaron documentos de política pública, ejercicios de monitoreo previos y referentes internacionales, los cuales fueron delimitados a partir de la técnica Delphi. La implementación de la técnica se realizó de manera mixta, a través de la iteración de cuestionarios y sesiones de discusión. Para llevar a cabo la selección se realizó una adaptación de los criterios de Hanlon, que aluden a aspectos como magnitud y gravedad del evento⁵, eficacia en la gestión del evento⁶ y factibilidad (definida como la existencia de información del evento y de los indicadores a contemplar⁷). La segunda aproximación, y partiendo de los resultados obtenidos, se realizaron grupos de discusión focalizada con expertos del Ministerio⁸ y del Instituto Nacional de Salud (INS)⁹. En estas, se tuvieron en cuenta las nociones de riesgo primario¹⁰ y riesgo técnico¹¹ para definir los indicadores de la evaluación.

Figura 1. Resumen de la metodología para la selección de indicadores a tener en cuenta



³ En el Anexo 1 se encuentra la estrategia metodológica propuesta descrita con mayor detalle.

⁴ Teniendo de trasfondo un componente de participación de diferentes actores al interior del Ministerio (ver anexo 1)

⁵ Visto como mortalidad y morbilidad

⁶ Con el ánimo de analizar hasta qué punto es gestionable en el marco de las intervenciones provistas por el SGSSS.

⁷ Dado que el ejercicio se nutre de fuentes secundarias y no contempló la definición de indicadores que requirieran consenso clínico o de expertos, ni la recolección de información primaria.

⁸ Específicamente de las direcciones de demografía y epidemiología y de promoción y prevención, así como de los despachos del viceministerio de salud y del ministro.

⁹ Concretamente desde la dirección general y de la dirección del Observatorio Nacional de Salud

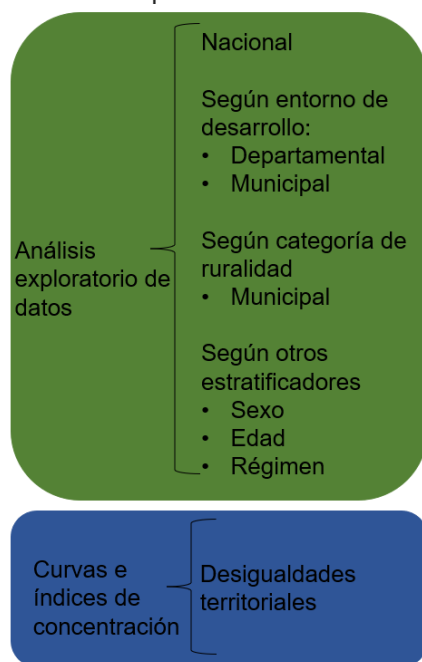
¹⁰ “[C]orresponde a la variación en la probabilidad de la ocurrencia de una condición individual de salud en un período de tiempo y en algunas ocasiones en su severidad (Castaño, 2014), cuando esta no es evitable” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 22).

¹¹ “[A]lude a la probabilidad de <<ocurrencia de eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad evitable y discapacidad>>” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p. 14 citado en Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 147).

Fuente: construcción propia

En la segunda etapa, se realizó un análisis exploratorio de datos. este se basó en estadística descriptiva y visualización en tablas (las principales estadísticas de centralidad y dispersión de los datos se pueden consultar en el Anexo 2) y gráficas (la totalidad de las gráficas generadas se pueden revisar en el Anexo 3). De esta manera, además de resumir la información disponible¹², se ilustraron las frecuencias de distribución, tendencia de datos, desviaciones estándar, promedios, medianas y desviaciones absolutas a la mediana (González, 2017)¹³. Este ejercicio se complementó con la estimación del índice de concentración propuesto por O'Donnell et al. (2007) que permitió cuantificar la magnitud de las desigualdades municipales en la distribución de los resultados priorizados previamente (la totalidad de este ejercicio se puede consultar en el Anexo 4). Estos análisis se encaminaron a responder los objetivos relacionados con el comportamiento de los indicadores, su proximidad con las metas identificadas, las diferencias de los resultados en los grupos poblacionales identificados e identificación de desigualdades persistentes en el tiempo. Concretamente, la metodología propuesta se describe con mayor detalle en el Anexo 1 y brevemente en el informe de resultados.

Figura 2. Resumen de la metodología para el análisis de los comportamientos de los indicadores priorizados



Fuente: construcción propia

¹² En este aspecto es importante mencionar que la información no se logró obtener en su totalidad, ni en todas las desagregaciones propuestas. Sobre este aspecto se ahondará más adelante.

¹³ En este sentido, en lo mencionado más adelante se emplea por defecto para el total nacional valores agregados y para las desagregaciones se emplea la media aritmética y la mediana. Particularmente, la mediana se usa en aquellos casos en donde la dispersión de los datos es alta. Para efectos de este análisis se considera como alta una desviación superior al tamaño de la media aritmética.



III. Priorización de indicadores

Es importante destacar que, si bien en esta evaluación se apeló a las nociones de “Riesgo técnico”, para acotar los indicadores asociados con los resultados asociados directamente con el quehacer del sistema, esta noción no es reconocida por todas las dependencias misionales al interior del MSPS y por lo cual en el proceso de priorización estas definiciones fueron el punto de partida para el proceso confirmatorio. Como resultado del ejercicio de priorización a continuación, se presenta un resumen de la distribución de los indicadores según las categorías asociadas a la ley 1438 de 2011.

Tabla 1. Distribución de los indicadores priorizados según temática acorde a la Ley 1438/2011

Categorías	Cantidad de indicadores	%
Acceso Efectivo a los servicios de salud	54	56%
Resultados en salud en enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo	17	18%
Resultados en salud en enfermedades de interés en salud pública	6	6%
Resultados en salud en enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles	10	10%
Resultados en salud en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil	9	9%
Total general	96	100%

Fuente: Elaboración propia

Como muestra la tabla 1, la gran mayoría de indicadores se concentran en la categoría de acceso efectivo a los servicios de salud (56%). Esto es, en indicadores asociados con los productos entregados por el SGSSS. El 44% restante se concentra en indicadores asociados con resultados de eventos en salud con alto riesgo técnico. El listado detallado de indicadores se encuentra en el Anexo 6.

De los 96 indicadores, no se obtuvo información respecto a 4: i) Porcentaje de los medicamentos esenciales del listado de la OMS incluidos en el PBS -UPC, ii) Entrega de medicamentos esenciales del listado de la OMS que hacen parte del PBS, pero no están cubiertos por la UPC, iii) Entrega de medicamentos esenciales del listado de la OMS que hacen parte del PBS y iv) Razón de equipo de talento humano básico.

De otro lado, en el proceso se evidenciaron otros indicadores que, aunque relevantes, no fueron incluidos, debido a una o varias de las siguientes consideraciones: eficiencia del análisis, disponibilidad del dato o consenso de expertos para definición del indicador. En este conjunto de indicadores se encuentran:

- Letalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
- Proporción de falla renal por hiperplasia prostática
- Incidencia de cardiopatía por Chagas



- Cobertura de todos los programas de prevención
- Porcentaje de los medicamentos esenciales del listado de la OMS financiados con recursos de la UPC
- Porcentaje de entrega de los medicamentos esenciales del listado de la OMS financiados con recursos del SGSSS (incluye los financiados con recursos de la UPC y los no financiados con recursos de la UPC)
- Gasto de bolsillo en salud¹⁴

IV. Conclusiones

Sobre los indicadores y los datos

1. La información obtenida no fue homogénea, debido a las siguientes razones:
 - i) Falta de disponibilidad de información: En algunos eventos la no presencia de casos en un periodo determinado no se consigna en las fuentes de información. Esto conduce a un valor perdido o “missing value” (e.g. rabia humana);
 - ii) Variación en la fecha de inicio de la recolección de información. Se presentaron casos de indicadores para los cuales no se lograron datos para el periodo de análisis establecido (2009-2019). (e.g. la información derivada del Sistema de Información para la Calidad (SIC), que presenta información entre 2016 y 2019);
 - iii) Otras no detalladas por la fuente, como es el caso de los datos a nivel municipal de la tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 en el año 2011.
 - iv) Información no disponible en cuanto a desagregaciones (e.g. etnia y régimen de afiliación) por falta de registro de datos o por la no existencia de la desagregación, ya que los indicadores por definición pueden no contar con las desagregaciones propuestas, como por ejemplo la razón de prestadores no se desagrega por sexo, edad, etc.
2. Se identificaron patrones de comportamiento similares en algunos de los indicadores objeto de estudio a lo largo de los años. Puntualmente se observó que el comportamiento de las tasas de AVPP y de mortalidad están correlacionadas. En tal sentido, las dependencias responsables indicaron que los AVPP pueden ser más potentes para el análisis de eventos crónicos (al dar cuenta de la mortalidad prematura) y no tanto para eventos agudos.
3. Es importante destacar que menos del 16% de los indicadores analizados tuvieron meta asociada. Adicionalmente, se identificó que no todas las metas del sector se

¹⁴ Aunque se destaca que recientemente se ha publicado información relacionada con el gasto de bolsillo en medicamentos (MSPS, 2022)



encontraban consignadas en un único repositorio o visor que permitiera su fácil consulta y seguimiento.

4. Finalmente, se destaca que existen indicadores trazadores de desempeño del Sistema de Salud (asociados con alto riesgo técnico) que no disponen de una ficha técnica que contenga definición, forma de cálculo y fuente de información.

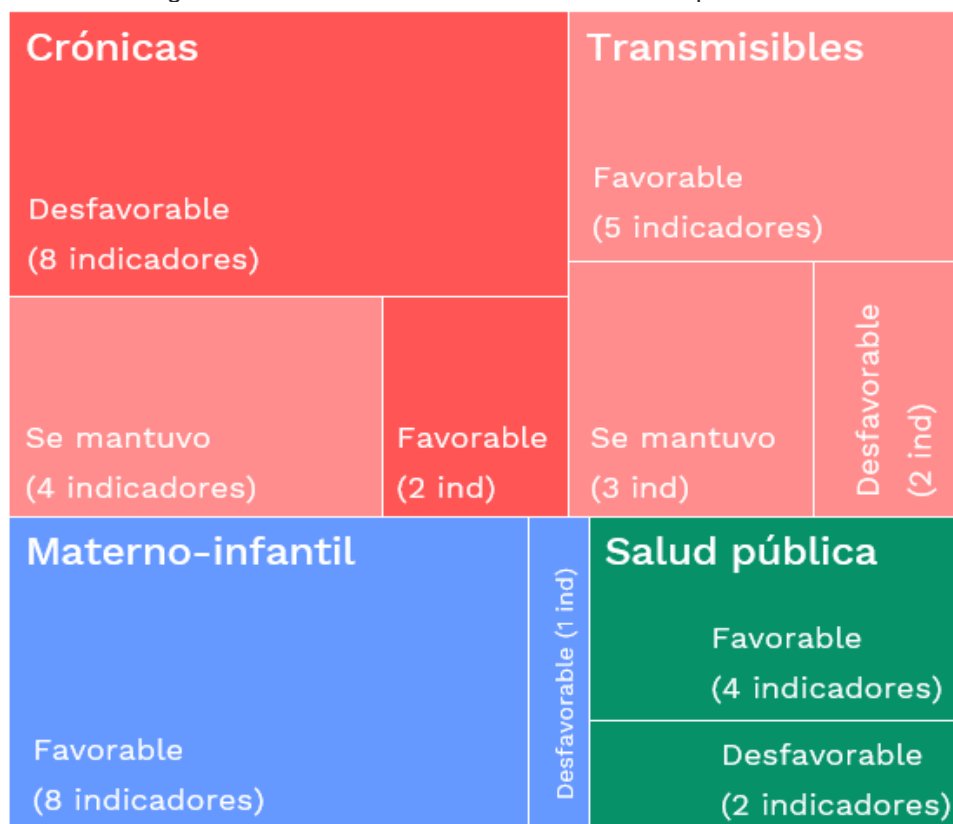
Sobre los resultados

1. Los resultados de la evaluación permiten identificar generalidades en los desenlaces del sistema de salud, particularmente en materia de salud materno-infantil, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles y enfermedades de interés en salud pública, así como en acceso efectivo a los servicios de salud.
2. El panorama general de resultados en salud evidencia a nivel nacional una mejora generalizada, particularmente en los siguientes temas: materno-infantil, enfermedades transmisibles y enfermedades de interés en salud pública; sin embargo los resultados en materia de enfermedades crónicas no transmisibles por el contrario presentan una tendencia no favorable.
3. A partir de los análisis contenidos en el documento, a continuación, se describen los patrones generales a nivel nacional. Los indicadores que, al comparar el primer y último periodos, tuvieron variaciones superiores a más o menos 5% se clasificaron con resultado favorable o desfavorable, según la polaridad del indicador¹⁵, mientras que variaciones iguales o por debajo del 5% se interpretaron como que el indicador se mantuvo.

¹⁵ La polaridad puede ser positiva o negativa, la primera refiere a que si el indicador aumenta se interpreta como una mejora, y la segunda a que un aumento señala un resultado desfavorable (por ejemplo: un aumento en la tasa de mortalidad se lee como un resultado poco favorable, mientras que un aumento de la cobertura de vacunación se lee como una mejora).



Figura 3. Resumen de los resultados en salud priorizados



Fuente: Elaboración propia

Criterio: Resultados en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil

De los indicadores priorizados respecto a morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, se encontró que ocho (8) de estos presentaron un comportamiento favorable en el periodo de análisis. La tasa de incidencia de sífilis congénita tuvo una reducción del 6% pasando de 2,56 (2011) a 2,41 (2019), sin embargo, no cumplió la meta planteada en el PDSP¹⁶. En cuanto al porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de 2 años, se observó una reducción del 55% pasando de 4,9 (2009) a 2,2 (2017), cumpliendo la meta establecida en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)¹⁷. Respecto a la razón de mortalidad materna, se observó una reducción del 25% pasando de 67,3 (2009) a 50,7 (2019), cumpliendo la meta del PDSP¹⁸. Para la tasa de AVPP por mortalidad materna se presentó una reducción de 39%, pasando de 118,5 (2009) a 72,6 (2019). De igual forma, la tasa de mortalidad perinatal presentó una reducción de aproximadamente 1%, pasando de 14,7 (2009) a 14,6 (2019). Respecto a la tasa de mortalidad neonatal, esta presentó una

16 A 2021, alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por x 1.000 nacidos vivos

17 A 2021, mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos

18 A 2021, la mortalidad materna evitable es inferior a 150 muertes anuales en el país.



disminución del 18%, pasando de 8,5 (2009) a 7 (2019). Por otro lado, la tasa de mortalidad en menores de 1 año presentó una reducción del 18%, pasando de 13,7 (2009) al 11,3 (2019), cumpliendo la meta establecida en el PDSP¹⁹. Y la tasa de mortalidad tratable en niños menores de cinco años, presentó una reducción del 18%, pasando de 202 (2009) a 165 (2019).

De otra parte, un (1) indicador, la proporción de endometritis posparto vaginal pasó de 0,08% (2017) a 0,43% (2019), lo que evidenció un aumento del 438%, presentando el resultado menos favorable durante el periodo de análisis.

A nivel departamental, la información disponible permite evidenciar:

- i. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en el entorno temprano de desarrollo fueron el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH en menores de dos años, la razón de mortalidad materna, los AVPP de mortalidad materna, la tasa de mortalidad perinatal, la tasa de mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad tratable en niños menores de 5 años. De otro lado, la proporción de endometritis posparto vaginal presentó los resultados menos favorables en los departamentos de entorno robusto.

De otra parte, a nivel municipal, las tendencias se resumen en:

- ii. Los indicadores que presentaron brechas entre los municipios de mayor vulnerabilidad y los más aventajados, esto es resultados menos favorables en los municipios de desarrollo temprano y en categoría rural disperso, y los mejores resultados en los municipios de mayor desarrollo, y en ciudades y aglomeraciones fueron la proporción de endometritis posparto vaginal, razón de mortalidad materna, tasa de AVPP por mortalidad materna, tasa de mortalidad perinatal, tasa de mortalidad neonatal y tasa de mortalidad tratable en niños menores de cinco años.
- iii. Los mejores resultados tienden a concentrarse en los municipios de mayor desarrollo y en ciudades y aglomeraciones.

El grupo de edad más afectado por la mortalidad materna fueron las mujeres mayores a 40 años.

Puntualmente, frente a las diferencias según sexo es importante notar que, en este criterio de ley, la información según esta desagregación predominantemente no estuvo disponible (66% de los indicadores de este criterio) y no aplicó, en tanto los indicadores se centraron en resultados asociados con el sexo femenino (como mortalidad materna y endometritis pos-parto vaginal) y por lo tanto no fue posible establecer diferencias frente al sexo masculino.

Respecto a la información disponible y relacionada con el régimen de afiliación para los resultados de morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil se logró evidenciar que en el 33% de los indicadores priorizados (3 de ellos) las diferencias desfavorecieron sostenidamente a lo largo del periodo de estudio a las personas del régimen especial, en el 11% a las de régimen subsidiado y en otro 11% las brechas no fueron estables a lo largo

¹⁹ En 2021 habrá disminuido la mortalidad infantil nacional a menos de 15 x1000 nacidos vivos



del periodo. Así mismo, se destaca que en el 44% de estos indicadores no se dispuso información desagregada por régimen. Específicamente, se encontró que las tasas más altas de mortalidad neonatal, perinatal y de menores de un año afectan a las personas del régimen especial; mientras que la razón de mortalidad materna afectó principalmente a las personas en el régimen subsidiado durante el periodo de estudio.

La información entregada respecto a etnia fue inexistente a nivel nacional para los indicadores priorizados y la información disponible se concentró en datos a nivel departamental, en donde los resultados menos favorables se observaron en las personas palenqueras de San Basilio (en lo concerniente a las tasas de mortalidad neonatal, perinatal y en menores de 1 año).

Criterio: Resultados en enfermedades de interés en salud pública

En general, en los resultados en enfermedades de interés en salud pública se priorizaron seis (6) indicadores. Se observa que los resultados mejoraron en cuatro (4) de los indicadores: tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda – EDA que disminuyó 10% entre 2009 y 2019; la tasa de mortalidad por rabia humana muestra resultados bastante positivos, con una sola defunción en los años 2010, 2012 y 2017, mientras que en los demás años comprendidos entre 2009 y 2019 no se presentaron defunciones por esta causa. El indicador de letalidad por accidente ofídico presentó una disminución de 54% entre 2009 y 2019, igualmente, el indicador de amputaciones por accidente ofídico tuvo una reducción del 66% en el periodo de análisis.

De otra parte, los resultados menos favorables se presentaron para dos (2) indicadores: tasa de incidencia de intento de suicidio y tasa de AVPP por lesiones autoinfligidas. Al respecto se observa que a nivel nacional la tasa de incidencia de intento de suicidio tuvo un salto importante entre 2016 y 2019 con un incremento de 60,1%. Asimismo, la tasa de años de vida potencialmente perdidos por lesiones autoinfligidas presentó un incremento entre 2011 y 2019 de 29,1%.

A nivel departamental, la información disponible permite evidenciar tres generalidades:

- i. Los indicadores relacionados con intento de suicidio se presentan peores resultados en los departamentos de desarrollo intermedio. Las brechas respecto a los menos desarrollados no se han cerrado, por el contrario, en algunos casos esta brecha se ha incrementado dada las desmejoras del indicador para los primeros.
- ii. Los indicadores con mejores resultados en los departamentos de desarrollo temprano se encuentran los relacionados con los eventos de EDA y el indicador de amputaciones por accidente ofídico, sin embargo, las brechas respecto a los departamentos más desarrollados no se han cerrado, por el contrario, en algunos casos esta brecha se ha incrementado como es el caso de la tasa de mortalidad por EDA cuya brecha se incrementó entre 2018 y 2019.



- iii. Eventos con resultados mixtos en la situación departamental, como es el caso del indicador letalidad por accidente ofídico donde se observa variabilidad de las brechas en el periodo analizado entre los diferentes entornos de desarrollo.

De otra parte, a nivel municipal, las tendencias se resumen en:

- i. Los indicadores que presentan peores resultados en municipios clasificados con entornos de desarrollo robusto e intermedio, se encuentran los asociados al evento de suicidio.
- ii. Los indicadores que presentan mejores resultados en los municipios de mayor desarrollo y en ciudades y aglomeraciones, fueron los asociados con la tasa de mortalidad por EDA.
- iii. Finalmente, a nivel municipal se destaca el comportamiento mixto para el caso del indicador amputaciones por accidente ofídico donde en ningún entorno de desarrollo ni ninguna categoría de ruralidad se sobrepone a las otras.

Respecto a las brechas por género, a nivel general en este criterio de ley se destaca que el 33% de estos indicadores (2 de ellos) afectaron principalmente a personas de sexo masculino y el 17% a aquellas de sexo femenino. Además, en el restante 50% no fue posible establecer esta diferencia, teniendo en cuenta que no se encontró la desagregación disponible. Particularmente, mientras la tasa de incidencia de intento de suicidio presenta una brecha que no favorece a las mujeres, la tasa de AVPP por lesiones autoinfligidas, afecta a las personas de sexo masculino; en donde estos patrones se sostienen en general al revisar a nivel departamental y municipal.

En cuanto a lo asociado con las amputaciones y la letalidad por accidente ofídico no se observó una brecha clara entre ninguno de los dos sexos ya que en diferentes años tanto masculino como femenino han presentado los mayores niveles de este indicador, al desagregar por nivel departamental y municipal los resultados por sexo se evidenció un patrón alternante, puesto que en algunos entornos y categorías de ruralidad afectó en mayor medida a los hombres y en otros a las mujeres.

En cuanto a la desagregación por grupo etario disponible, vale la pena mencionar que el 33% de los indicadores priorizados en este criterio no contaron con información desagregada según edad. Sin embargo, resalta que para el indicador tasa de incidencia de intento de suicidio, se observa un comportamiento preocupante para el grupo etario de 15 a 19 años, grupo que presenta las mayores tasas, en contraposición los grupos etarios de menores de 10 años presentan las menores tasas en el periodo analizado. Comportamiento que relativamente se mantiene a nivel departamental y municipal en el entorno de desarrollo robusto, así como en las ciudades y aglomeraciones, mientras que en los de menor desarrollo y mayor ruralidad los adultos mayores fueron los de mayor tasa.

En relación con la desagregación por régimen, de los seis eventos analizados el único indicador en el que se tuvo disponible dicha información fue el de amputaciones por accidente ofídico (correspondiente al 17% de los indicadores de este criterio), donde se destaca el comportamiento del régimen contributivo con valores mayores a cero en el periodo 2009 a 2014, y el régimen subsidiado que presentó el valor más alto en el año 2009 (0,32%) y el menor valor de 0% en el año 2016. De otro lado la información según etnia en este criterio no estuvo disponible.



Criterio: Resultados de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles

De los indicadores priorizados respecto a enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles se encontró que cinco (5) mostraron mejores resultados en el periodo de análisis, en donde la tasa de AVPP por tuberculosis tuvo una reducción del 8%, pasando de 65,5 (2009) a 60,1 (2019); por otro lado, la tasa de AVPP por VIH/SIDA presentó una caída importante después del 2010, pasó de 226,02 (2009) a 204,95 (2019), reduciéndose un 9%. En cuanto a la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, se observó una reducción del 30% pasando de 19,11 (2009) a 13,37 (2019), lo cual llevó al cumplimiento de la meta planteada en el PDSP²⁰. Respecto a la letalidad por malaria, fue baja en comparación con la de dengue y no superó el 1% en todo el periodo, y finalmente, la tasa de AVPP por malaria pasó de 2,81 (2009) a 1,9 (2019), presentando así una reducción del 32%.

Tres (3) indicadores se mantuvieron, la tasa de mortalidad por tuberculosis pasó de 2,25 en 2009 a 2,24 en 2019, lo que evidencia que no se alcanzó la meta establecida en el PDSP 2012-2021²¹. Por otra parte, la tasa de mortalidad por VIH/SIDA, aunque se mantuvo, presentó picos en el 2010, 2016 y 2018 (siendo este último el de mayor mortalidad del periodo), pasando de 5,2 (2009) a 5,02 (2019). Respecto a la tasa de AVPP por dengue, esta presentó picos en los años 2010 y 2013, y se mantiene para el periodo de estudio, de 11,04 (2009) a 11,4 (2018).

Finalmente, dos (2) indicadores presentaron los resultados menos favorables, el porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente ha venido creciendo hasta llegar al 0,3% en 2019; mientras que la letalidad por dengue grave, pasó de 1,1% (2009) a 14,3% (2018), cifra que llama la atención, no obstante es importante mencionar que en el año 2009, la OPS ajustó la definición de caso, lo que pudo generar diferencias en la medición en los primeros años de la serie, afectando los resultados de este evento (OPS, 2016)²², de acuerdo con el análisis de las cifras no se cumplió la meta del PDSP 2012-2021²³

A nivel departamental, la información disponible permite evidenciar las siguientes generalidades:

- i. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en entornos de desarrollo temprano son la tasa de AVPP por dengue, la letalidad por dengue grave y la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años, en este caso particular esta

²⁰ A 2021, se habrá disminuido la mortalidad nacional en menores de 5 años a menos de 18 X 1 000 nacidos vivos.

²¹ A 2021, se logra la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100000 habitantes de la mortalidad por Tuberculosis TB en todo el territorio nacional.

²² En este contexto en el 2017 se realiza la inclusión del indicador de letalidad de dengue, que es el medido y analizado a nivel de la región de las Américas.

²³ A 2021, se reduce o mantiene la letalidad por Dengue Grave a < 2%, en la Nación, Departamentos, Distritos y Municipios.



tasa pasó de 18 a 29 por cien mil (es decir tuvo un aumento del 61% entre 2014 y 2019).

- ii. Se encuentran eventos con resultados mixtos en sus indicadores, como es el caso de la tasa de mortalidad y AVPP por tuberculosis y la tasa de AVPP por malaria que son más altas en departamentos de menor desarrollo, mientras que el porcentaje de casos de tuberculosis farmacorresistente en departamentos de entorno robusto viene en aumento de manera importante (aunque no supera el 1% en promedio) y en intermedio y temprano se han mantenido a lo largo de los años observados, aunque de manera volátil. Por otro lado, la letalidad por malaria no presentó mayores brechas, excepto por el pico del año 2011 para la categoría de desarrollo temprano, no obstante, como se ha advertido en la literatura esto puede estar asociado con problemáticas propias de la recolección y calidad de información en estas entidades territoriales.
- iii. Se encontró que los indicadores de VIH/SIDA (tasa de mortalidad y AVPP) presentan las cifras más altas en los departamentos de mayor desarrollo, mientras que las menores tasas se encontraron en los departamentos clasificados como de entorno temprano; cabe destacar que el panorama departamental según dichos entornos dista del agregado nacional.

De otra parte, a nivel municipal, las tendencias se resumen en:

- i. Los indicadores que presentaron los resultados menos favorables en entornos de desarrollo temprano y en categoría rural disperso, fueron la tasa de mortalidad y AVPP por Tuberculosis, la AVPP por malaria, la tasa de mortalidad y la tasa de AVPP por VIH y la tasa de mortalidad por IRA. Por su parte las mayores tasas de AVPP por dengue se presentaron en municipios de desarrollo temprano y categoría rural.
- ii. El indicador que presentó tasas más altas en municipios de entorno robusto, y en ciudades y aglomeraciones fue el de letalidad por dengue grave.
- iii. El indicador de letalidad por malaria no presentó mayores brechas, excepto por el pico del año 2016 para la categoría de desarrollo robusto y según categoría de ruralidad tiene una alta variabilidad, en especial para las categorías de ciudades y aglomeraciones, intermedio y rural disperso.

Respecto al comportamiento según sexo, se evidenció que el 60% de los indicadores priorizados presentaron resultados desfavorables a lo largo del periodo para las personas de sexo masculino, mientras que en el 10% las diferencias entre sexos afectaron a las de femenino y en el 20% las diferencias no se marcaron con claridad frente a ninguno de estos dos grupos a lo largo del periodo analizado, además que en el 10% no se contó con información de este nivel de desagregación. Específicamente, se observó que los datos de los indicadores relacionados con tuberculosis, VIH/SIDA y dengue, evidencian que los más afectados son los hombres y en aquellos relacionados con malaria las más afectadas son las mujeres. Mientras que la información según sexo asociada con Infección Respiratoria Aguda-IRA en menores de 5 años, esta no fue entregada a la evaluación. Además, al desagregar a nivel departamental y municipal según entorno de desarrollo y ruralidad se evidencia que las magnitudes o valores de los indicadores son superiores al observado en



el nivel nacional y que las brechas según sexo se amplían de acuerdo con el nivel de desarrollo.

El comportamiento de los indicadores de las enfermedades transmisibles incluyendo las inmunoprevenibles estudiadas, evidencia que por lo general los grupos de edad más afectados son las personas mayores de 65 años, particularmente respecto a la letalidad por dengue el grupo más afectado es el de los mayores de 65 años, por ser considerado de mayor riesgo debido a la presencia de comorbilidades y mayor probabilidad de complicaciones y muertes; por otro lado, en la tasa de mortalidad y de AVPP por tuberculosis, así como en letalidad por malaria el grupo más afectado es el de las personas mayores de 75 años; panorama que cambia al revisar la mortalidad por VIH/SIDA en donde las edades más afectadas son las personas mayores de 25 años, puntualmente las de 35 a 59. Adicionalmente, se destaca que para el 40% de los indicadores priorizados para este criterio (4 de ellos) no se dispuso información desagregada según esta variable.

En cuanto a la información relacionada con el régimen de afiliación esta fue inexistente y la asociada con la pertinencia étnica fue limitada, apenas en el 20% de los indicadores (2 de ellos), es así como solo se contó con información para el indicador de dengue grave y malaria, en donde los resultados son altamente variables, teniendo en cuenta que el denominador usualmente es bajo, por lo que cualquier fallecimiento por esta causa eleva la tasa de manera importante, no obstante, se destaca la presencia de picos en los años de 2016 y 2017 en diferentes grupos poblacionales (negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes e indígenas).

Criterio: Resultados de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo

En este criterio se priorizaron 17 indicadores (ver Tabla 3), de los cuales ocho (8) presentaron los resultados menos favorables, dos (2) mejoraron, cuatro (4) se mantuvieron y para tres (3) no fue posible determinar la tendencia, dado que se obtuvo información para un solo corte de tiempo²⁴. Es decir que, en esta temática cerca del 70% de los indicadores analizados no presentaron mejoras. Concretamente las tasas de mortalidad y de AVPP de los eventos de cáncer de mama, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica (ERC) en estadio 5 y la tasa de incidencia de este último presentaron los resultados menos alentadores, con aumentos en las tasas que oscilaron entre el 6% y hasta el 50%, en donde se destaca el caso de la tasa de mortalidad de enfermedades hipertensivas que llegó hasta las 18,92 muertes por cien mil en 2019, valor que a su vez es el más alto de las tasas de mortalidad de esta temática. De otro lado, los indicadores con mejoras destacables fueron el porcentaje de personas con diabetes que tienen ERC y en el porcentaje de personas con ERC en estadio 5, cuyo valor se redujo en 9% entre el primer y último año analizado. En este contexto, la evidencia bibliográfica señala que este panorama puede estar asociado con que a menos del 15% de los pacientes de enfermedades precursoras se les hacen pruebas de diagnóstico y seguimiento y que la adherencia a los tratamientos presenta brechas importantes entre los regímenes contributivo y subsidiado (Econometría Consultores, 2015; Gutiérrez & Gómez, 2018).

²⁴ Es decir, analizar la tendencia no fue posible.



A nivel departamental la información disponible permite evidenciar cuatro generalidades:

- i. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en los departamentos de mayor desarrollo fueron los asociados a los eventos de cáncer mama, diabetes e hipertensión arterial. Además, las brechas entre los de mayor y los de menor desarrollo no han tendido a cerrarse en los años estudiados (excepto Porcentaje de personas con DM que tienen ERC).
- ii. Los indicadores que presentaron resultados desfavorables en los departamentos de desarrollo intermedio fueron los relacionados con cáncer de cuello uterino, en donde se destaca que las brechas respecto a los menos desarrollados presentaron una tendencia a mitigar la diferencia entre estos resultados.
- iii. Eventos con resultados mixtos, como es el caso de las tasas mortalidad, de AVPP e incidencia de ERC en estadio 5, que son desfavorables en los departamentos con más desarrollo, con unas brechas relativamente estables (no se cierran ni abren), mientras que el porcentaje de ERC en estadio 5 se presentó principalmente en departamentos de menor desarrollo.
- iv. Se destacan que los mejores resultados tienden a presentarse en los departamentos de menor desarrollo, como es el caso de los eventos cáncer de mama, diabetes, hipertensión arterial y leucemia aguda en menores de 18 años.

Mientras que, a nivel municipal, las tendencias se resumen en:

- i. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en municipios clasificados en entornos de desarrollo intermedio y rural están relacionados con eventos como diabetes e HTA.
- ii. Los indicadores que presentaron resultados desfavorables en los municipios de menor desarrollo y mayor ruralidad fueron los asociados con eventos como el cáncer de mama y el de cuello uterino.
- iii. Los indicadores que presentaron resultados desfavorables en los municipios de mayor desarrollo fueron los indicadores relacionados con ERC.
- iv. Se destaca que los mejores resultados tienden a presentarse en los municipios de mayor desarrollo y menor ruralidad, como es el caso de los eventos cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, diabetes mellitus, hipertensión arterial y ERC estadio 5; el único que no sigue este patrón es leucemia aguda en menores de 18 años.

De otra parte, según sexo se observó que el 24% de los indicadores (4 de ellos) de este criterio de ley presentaron diferencias sostenidas a lo largo del periodo analizado que desfavorecieron a personas del sexo femenino, análogamente esta misma proporción de indicadores presentaron brechas que desfavorecieron a las personas de sexo masculino, no obstante, aquí se destaca que en el 35% de los indicadores estas brechas no se analizaron teniendo en cuenta que correspondieron a cifras centradas en personas de sexo



femenino (como el cáncer de cuello uterino y el de mamá). Puntualmente, los indicadores de diabetes e hipertensión afectaron principalmente a mujeres y los de leucemia y ERC a hombres, de donde las brechas se han venido sosteniendo o ampliando en el caso de los eventos de las enfermedades hipertensivas, ERC y leucemia, mientras que se han venido cerrando en el caso de los indicadores asociados con diabetes mellitus. Si bien estos patrones tienden a replicarse en el nivel territorial (tanto departamental como municipal), se evidencia que la magnitud de los indicadores se exagera en los municipios de menor desarrollo y mayor ruralidad.

De manera complementaria, las diferencias según edades evidenciadas en los datos, señalan un comportamiento consistente con el patrón general de las enfermedades crónicas, en donde las personas de mayor edad se ven afectadas en materia de mortalidad principalmente por estos eventos (OMS, 2021), aquí se tiene que en el 35% de los indicadores aquí priorizados los resultados fueron desfavorables para las personas mayores a 40 años, además que en el 53% de estos indicadores (9) no se contó con este nivel de desagregación. Puntualmente se destaca que los indicadores de Porcentaje de personas con ERC en estadio 5 y la tasa de incidencia de ERC en estadio 5 viene ganando mayor relevancia en las poblaciones más jóvenes, en el caso del primero entre los 20 y 39 años y en el segundo entre los 55 y 69 años. De manera análoga a lo observado al desagregar por sexo, las magnitudes de estos indicadores son superiores en los municipios de menor desarrollo y mayor ruralidad. En este sentido los menores de 18 años presentaron los mejores resultados en esta temática.

La información relacionada con etnia fue inexistente y la asociada con régimen fue limitada, dado que en el 76% de los indicadores (13 de ellos) no se contó con esta última desagregación y se obtuvo para los indicadores provenientes de la Cuenta de Alto Costo y de fuentes como CAPO-Characterización Poblacional de los afiliados a la EAPB. Específicamente, lo disponible evidenció que frente a los regímenes contributivo y subsidiado en materia del porcentaje de personas con diabetes mellitus que tienen ERC es mayor en el contributivo mientras que las amputaciones por pie diabético y el porcentaje de personas con ERC en estadio 5 son superiores en el subsidiado. Finalmente, lo observado en otros regímenes indica que el comportamiento es mucho más volátil y en términos generales de los indicadores reflejan una situación más crítica que la evidenciada para los regímenes que agrupan la mayor población.

Criterio: Acceso efectivo a los servicios de salud

Como se mencionó previamente, el acceso efectivo fue la temática en la cual no solo se priorizó el mayor número de indicadores, sino que también cuenta con un amplio número de subtemas o dimensiones que facilitan su comprensión. Es importante anotar que en este criterio se encuentran lo que a la luz de la cadena de valor pueden considerarse como los bienes y servicios o productos entregados por el SGSSS.

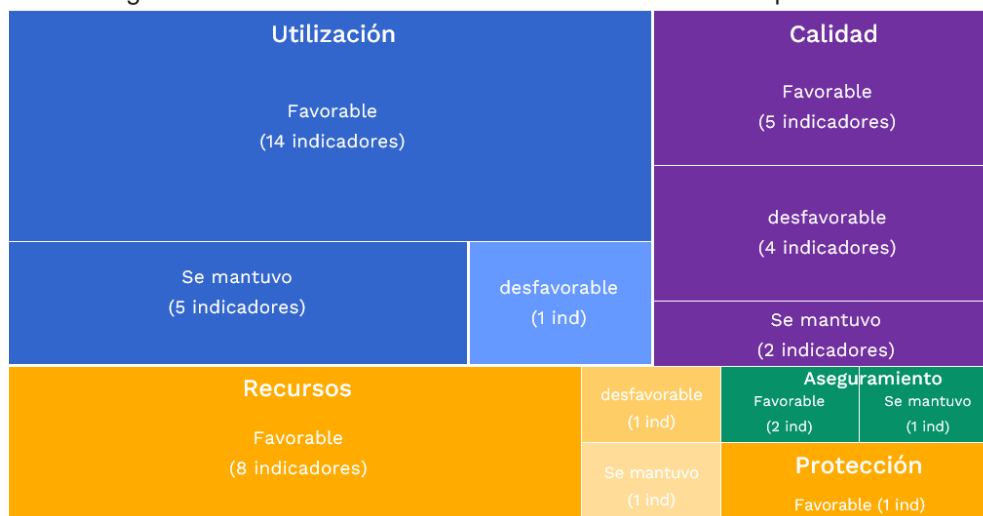
En este contexto, como producto de la priorización y las discusiones de la conceptualización del acceso efectivo se identificó que el acceso responde a tres categorías analíticas: a) El acceso potencial, que recoge aspectos de la capacidad instalada y cobertura del SGSSS, b) Las herramientas de protección financiera o mecanismos entregados por el SGSSS para la mitigación de barreras a los servicios de salud, y c) El acceso realizado, relacionado con la utilización de bienes y servicios, así como con la calidad de estos. De esta forma se



incluyeron 5 dimensiones del acceso efectivo: 1) Aseguramiento, 2) Recursos en salud, 3) Utilización de bienes y servicios, 4) Calidad y 5) Protección financiera.

En primera instancia, se encuentra que, de los indicadores priorizados para este criterio, 29 indicadores mejoraron, 7 tuvieron un comportamiento menos favorable y 9 se mantuvieron en los niveles del primer periodo disponible.

Figura 4. Resumen de los resultados en acceso efectivo priorizados



Fuente: elaboración propia

En lo relacionado con el **acceso potencial**, en donde se encuentran las dimensiones de aseguramiento y de recursos en salud, en total se priorizaron y obtuvo información de 13 indicadores, de los cuales a nivel nacional entre 2009 y 2019 mejoraron nueve (9), se mantuvieron dos (2) y uno (1) tuvo un comportamiento menos favorable²⁵.

En este contexto, se resalta que en materia de cobertura el país ha logrado alcanzar lo que algunos autores denominan como la “cobertura universal técnica”, puesto que se ha superado el 96% (Robles et al., 2015), sin embargo, en los últimos años observados se evidenció una leve tendencia a la baja, influenciada por procesos metodológicos en la depuración de las bases de datos de afiliación, así como por los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Así mismo, en materia de recursos en salud se resaltan los aumentos en la razón de ambulancias básicas, que incrementó en 83% a nivel nacional en el periodo analizado, así como la razón de enfermeros profesionales que creció 54% entre 2009 y 2019. En lo relacionado con tecnologías en salud se destaca que el número de presentaciones comerciales incorporadas a control directo de precio ha tenido una tendencia creciente, con el consecuente crecimiento en los montos del ahorro generado por la regulación de precios. Por otra parte, el desabastecimiento de medicamentos esenciales del listado de la OMS en el país, si bien ha presentado un incremento durante el periodo objeto de análisis (pasando de un 0,3% en 2009 a un 3,7% en 2019), es necesario considerar que el reporte de desabastecimiento en los primeros años esto no era una práctica habitual, existiendo un desconocimiento generalizado sobre el reporte de los problemas de disponibilidad. A partir del año 2013, el MSPA empezó a gestionar las alertas

²⁵ Además, uno de ellos (Valor UPC) no pudo ser valorado a nivel nacional pues la información se dispuso únicamente desagregada.



de desabastecimiento y desde mayo de 2018 esta labor es realizada por el INVIMA, lo que explica el incremento en el reporte de estas alertas. Ahora bien, este incremento no es sólo del país, sino que es una tendencia global que seguirá presentándose a lo largo de los años, de acuerdo a lo manifestado por la OMS (OMS, 2017). En todo caso, cuando se confirma una situación de desabastecimiento de medicamentos en el país, es posible aplicar varias medidas para gestionar y mitigar el riesgo de desabastecimiento, entre las que se resalta la priorización de trámites asociados con el registro sanitario, autorización de importación por única vez, producción magistral, donaciones internacionales, evaluación de alternativas terapéuticas, así como la inclusión en forma temporal en el Listado de Medicamentos Vitales No Disponibles (LMVND) conforme a lo dispuesto en el Decreto 481 de 2004, mecanismos que permiten mantener el abastecimiento.

Mientras que lo relacionado con las **herramientas de protección financiera**, el único resultado de los indicadores priorizados y disponibles a nivel nacional señala una mejoría. En particular, la asignación del Sistema General de Participaciones (SGP) per cápita creció de manera sostenida, con una variación positiva al revisar 2009 y 2019 del 17%, sumado al hecho de que los datos reportados a la OCDE señalan que el gasto de bolsillo en salud per cápita se ha logrado mantener alrededor de 235 mil pesos constantes entre 2013 y 2019 (OECD, n.d.).

Por su parte, el panorama a nivel departamental permite vislumbrar los siguientes patrones:

- i. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en el entorno de desarrollo temprano, que constituyen la gran mayoría, están relacionados con la cobertura en salud, la Población Pobre No Asegurada (PPNA), las razones de prestadores, camas hospitalarias, salas de cirugía, de médicos generales y especialistas y enfermeros profesionales. En donde se resalta que las brechas respecto a los departamentos de entorno de desarrollo robusto no han tendido a cerrarse, exceptuando la razón de camas hospitalarias.
- ii. Los indicadores que presentaron resultados menos favorables en el entorno de desarrollo robusto se encuentran asociados con sedes habilitadas con servicio de telemedicina, de ambulancias básicas y todos los de protección financiera (gasto per cápita PPNA, gasto per cápita no UPC-RS y la asignación per cápita del SGP para salud pública).
- iii. En general los indicadores que evidenciaron mejores resultados se concentraron en los departamentos de entorno de desarrollo robusto.

A su vez, a nivel municipal se puede destacar que el patrón es similar al observado a nivel departamental puesto que:

- i. Los indicadores con resultados menos favorables en los municipios de menor desarrollo y mayor ruralidad, al igual que en el caso departamental son la mayoría y están relacionados con cobertura de afiliación, PPNA, razón de prestadores, salas de cirugía (en particular a partir de 2015), razón de médicos generales y especialistas y enfermeros profesionales. Consistentemente, las brechas respecto a los municipios más desarrollados no han tendido a cerrarse.



- ii. En los indicadores que presentaron resultados menos favorables en el entorno de desarrollo robusto, se encuentran las sedes habilitadas con servicio de telemedicina y de ambulancias básicas.
- iii. Se destaca que los indicadores que evidenciaron mejores resultados se concentraron en los municipios de entorno de desarrollo robusto.

Lo anterior implica que, si bien se han dado mejoras en materia de acceso potencial, estas no se han dado de manera equitativa, puesto que en general estas mejoras están siendo jalonadas en los departamentos y municipios de mayor desarrollo, sin que ellas impliquen que las brechas entre los más desarrollados y los menos desarrollados disminuyan. Estos resultados son consistentes con lo encontrado por otros autores que han mencionado que se han dado avances importantes en materia de acceso potencial a los servicios (p.e. cobertura y ampliación de la infraestructura y el THS disponible), estos avances no se han traducido en mejora en resultados en salud de manera homogénea en el territorio nacional (World Bank, 2021).

De otra parte, frente al sexo y edad de los beneficiarios²⁶, la información disponible está relacionada con la cobertura de afiliación al SGSSS, en donde se resalta que este indicador es mayor en la población femenina y en la población de más de 10 años. Al respecto de esto último se destaca que el porcentaje de población afiliada de niños de 0 a 4 años en ninguno de los años observados superó el 73%.

En lo asociado con el **acceso realizado**, en las dimensiones de utilización de bienes y servicios y de calidad de los servicios, la información disponible indica que a nivel nacional en el periodo de análisis 19 indicadores mejoraron, cinco (5) tuvieron un comportamiento menos favorable y siete (7) se mantuvieron²⁷. Uno de los resultados más relevantes tiene que ver con el porcentaje de personas que requieren atención de los servicios en salud, que con información de la ECV permite señalar que esta proporción ha venido disminuyendo entre 2009 y 2019, ya que en este último año fue de tan solo el 6,1%, evidenciando que la demanda potencial en términos relativos ha venido ejerciendo una menor presión sobre el SGSSS, y que esto puede estar asociado tanto con las intervenciones propias del sistema, como con otros aspectos entre los que se encuentran el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el nivel educativo e inclusive el desempeño institucional, descritos previamente.

Complementariamente, en materia de consultas se destaca una mejora generalizada²⁸, resaltando por ejemplo el porcentaje de personas atendidas por medicina general, que subió de 29,6% en 2009 a 56,42%, lo que implicó una variación del 90%. Frente a los tamizajes, las mejoras más notables se observaron en el porcentaje de gestantes con tamizaje para VIH que en 2009 fue de 36% y en 2019 llegó a 77,8%, es decir una variación de este tamizaje del 116%, además de la proporción de mujeres con toma de citología que se incrementó en 114%, pues subió de 25% a 53% en el último año de observación. Otros

²⁶ Por lo que no aplica en el caso de indicadores como las razones de prestadores, médicos, etc.

²⁷ No fue posible emitir un juicio de valor respecto a los indicadores de agregados hospitalarios, puesto que a nivel agregado su polaridad no es evidente, ya que existen patologías en donde una menor hospitalización es signo de un adecuado tratamiento y en otros en donde una mayor hospitalización también corresponde con una mejor gestión hospitalaria.

²⁸ Exceptuando Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control prenatal que se mantuvo en los mismos niveles de 2009



indicadores por resaltar, que, aunque no variaron considerablemente pueden considerarse un logro, por haberse mantenido en altos niveles de desempeño, tienen que ver con la cobertura de vacunación de la tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año, y la cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año, sin embargo, en 2019 su valor no logró superar la meta planteada en el PDSP 2012-2021 del 95%.

En materia de calidad y oportunidad de los servicios, a nivel nacional se observaron mejoras entre 2016 y 2019²⁹ en los tiempos de espera para la atención en urgencias (triage 2), así como en la asignación de cita con las especialidades básicas³⁰, pues se redujeron 78% y 10% respectivamente. Los resultados menos favorables en este aspecto se observaron en los tiempos de espera para la asignación de cita por medicina general y en la realización de cirugías trazadoras, que aumentaron 11% y 128% correspondientemente. De otro lado, el tiempo de espera que se mantuvo fue el de la realización de imágenes diagnósticas trazadoras³¹, que pasó de 9,9 días a 9,4, es decir una reducción de apenas el 5%.

En esta línea, en los aspectos de satisfacción y de seguridad de la atención se evidenciaron resultados mixtos a nivel nacional para los periodos disponibles, puesto que si bien se presentaron mejoras en indicadores como la satisfacción global con los servicios de las EPS (que presentó una variación positiva del 36%), la cancelación de cirugías por causa institucional (que se redujo en 35%) y el reingreso al servicio de hospitalización en menos de 15 días (que disminuyó en 24%); también se evidenciaron retrocesos en indicadores como la tasa de incidencia de las Infecciones Asociadas a Dispositivos- IAD (aumentó un 23% pues subió de 2,2 a 2,7) y la tasa de caídas en el servicios de hospitalización (que se incrementó en 16%, en tanto en 2016 fue de 0,9 y en 2019 de 1,04).

En materia de calidad el Banco Mundial advierte que esta información es limitada y no es usada para mejorar los servicios a nivel local, ya que por ejemplo no es empleada en las fórmulas para la distribución de recursos (tanto UPC como SGP) (World Bank, 2021).

Ahora bien, a nivel departamental en acceso realizado en lo relacionado con la utilización de servicios se destaca que:

- i. Los indicadores que tuvieron un menor desempeño en el entorno de desarrollo temprano, fueron: el porcentaje de personas atendidas por medicina general y por especialidades básicas, porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más consultas de control, porcentaje de partos atendidos por personal calificado, la cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año, cobertura de vacunación contra triple viral en niños y niñas de 1 año³², porcentaje de personas mayores de 60 años con al menos una consulta para detección de alteraciones del adulto, proporción de mujeres con toma de mamografía, porcentaje de casos nuevos con carcinoma in situ de cuello uterino, proporción de mujeres con toma de citología, porcentaje de atenciones prestadas en los servicios de salud para procedimientos de resonancia, cobertura de terapia antirretroviral en gestantes con VIH/SIDA, proporción de recién nacidos con sífilis congénita.

²⁹ Teniendo en cuenta que a partir de esta fecha se dispone información al respecto.

³⁰ Cf. Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Cirugía General, Medicina interna

³¹ Cf. Resonancia Nuclear Magnética y Ecografías

³² Aunque en este caso específico en 2018 y 2019 el comportamiento del indicador en este entorno pasa a ser el mejor (el más alto)



- ii. Los indicadores que tuvieron un menor desempeño en el entorno de desarrollo robusto fueron: el porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental.
- iii. Los indicadores que tuvieron un menor desempeño en el entorno de desarrollo intermedio fueron: porcentaje de casos nuevos con carcinoma in situ y porcentaje de atenciones prestadas en los servicios de salud para procedimientos de resonancia.
- iv. Los mejores resultados de los indicadores se encontraron en los departamentos de entorno de desarrollo robusto.

Complementariamente a nivel municipal, la situación es aún más crítica, puesto que de manera predominante:

- i. Los indicadores tuvieron un menor desempeño en el entorno de desarrollo temprano y de mayor ruralidad, ya que adicionalmente a lo visto en el panorama departamental se agregan: el porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental y el porcentaje de atenciones prestadas en los servicios de salud para procedimientos de resonancia.
- ii. Los indicadores que tuvieron un menor desempeño en municipios de entorno intermedio: porcentaje de casos nuevos con carcinoma in situ, cobertura de terapia antirretroviral en gestantes con VIH/SIDA.

Paralelamente, en lo concerniente a la calidad de los servicios a nivel departamental se puede evidenciar que:

- i. Los indicadores con menor desempeño en el entorno de desarrollo robusto correspondieron a: tiempo promedio de espera para asignación de cita de medicina general, tiempo promedio de espera para ser atendido en urgencias paciente Triage 2, tiempo promedio de espera para asignación de cita de especialidades básicas, tiempo promedio de espera para realización de imágenes diagnósticas trazadoras, cancelación de cirugías por causa institucional y tasa de caídas en el servicio de hospitalización.
- ii. Dentro de los indicadores con resultados menos favorables en el entorno de desarrollo temprano, se encuentran: tiempo promedio de espera para realización de cirugías trazadoras, satisfacción global con los servicios de las EPS y satisfacción con el acceso a los servicios de salud.
- iii. Los indicadores con mejores resultados se encontraron en el entorno de desarrollo temprano principalmente.

De forma similar, a nivel municipal se evidencia que estos comportamientos se agudizan y suman a indicadores que tienen un desempeño desfavorable en los municipios más desarrollados y menos rurales, además de los identificados a nivel departamental se encontraron la cancelación de cirugías por causa institucional y el reingreso al servicio de hospitalización en menos de 15 días.



Finalmente, la información según sexo y grupos etarios en la utilización de bienes y servicios se alinea con lo evidenciado en la literatura internacional, en donde las personas de sexo femenino tienden a concentrar los mejores valores en este aspecto, exceptuando lo relacionado con imágenes diagnósticas. Mientras que, según grupos de edad, en línea con lo evidenciado en acceso potencial y en particular en aseguramiento, los niños, niñas y adolescentes, así como las personas jóvenes suelen ser los grupos con un desempeño desfavorable en esta temática. Este patrón también lo siguen las personas pertenecientes al régimen subsidiado.

En resumen, en los últimos 10 años el país ha tenido avances consistentes para mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, en donde se destacan la ampliación de la cobertura del aseguramiento y la reducción del gasto de bolsillo -que está entre los más bajos del mundo- son dos de los logros más notorios (Gutiérrez & Gómez, 2018).

Conclusión general

Puntualmente, respecto al objetivo específico 1 concerniente a la descripción de los resultados priorizados, el 52% de estos (correspondientes a 48 indicadores) mejoraron a lo largo del periodo observado y disponible, el 21% desmejoró (19 indicadores) y el 17% se mantuvo en los mismos niveles que al inicio de la observación. Además, frente al aproximadamente el 9% restante (8 indicadores) no fue posible hacer esta comparación final, teniendo en cuenta que: a) Algunos se encontraron disponibles únicamente para un único periodo y b) La información disponible para el análisis no permitió dar cuenta del agregado nacional.

Respecto al objetivo específico 2, relacionado con “establecer las diferencias de los resultados en salud seleccionados respecto a sexo, grupos etarios y régimen”. En primera instancia, frente al sexo se pudo observar que en el 20% de los indicadores (18 de ellos) las diferencias fueron sostenidas y desfavorables para las personas de sexo masculino, mientras que en el 9% las brechas ilustraron una peor situación para las personas de sexo femenino y en el 3% no se presentó una brecha marcada entre sexos a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, preocupantemente, la información que no estuvo disponible por sexo para los indicadores priorizados correspondió a la mayor proporción con el 37% de los indicadores³³. Específicamente, es importante notar que en donde pudo ser observado y analizado, las personas de sexo masculino contaron con peores indicadores en lo referente al criterio de ley de acceso efectivo a los servicios de salud, y al relacionado con enfermedades transmisibles.

Con relación a las diferencias según edad, se evidenció que el 42% de los indicadores priorizados en este ejercicio no contaron³⁴ con esta desagregación (39 de ellos) para el periodo estudiado y el 25% no fueron sujeto de este análisis de diferencias, en tanto se

³³ El aproximadamente 29% de los indicadores no contaban con una desagregación aplicable a sexo, ya fuera por: a) la naturaleza del indicador (como la razón de camas, que no está atada a esta categoría) y b) en tanto el indicador se concentraba en un sexo en particular, como por ejemplo lo relacionado con cáncer de cuello uterino, razón de mortalidad materna, entre otros. Adicionalmente, dos indicadores (3%) no contaron con una polaridad claramente definida, por lo cual no se incluyen en lo descrito.

³⁴ Hace referencia a que no fueron entregados al equipo evaluador en el marco de los tiempos establecidos.



concentraron en quinquenios o agrupaciones de edad específicas inferiores al quinquenio. Complementariamente, en el 16% de los indicadores, los resultados fueron ampliamente desfavorables para las personas mayores de 40 años, en el 7% de los indicadores esta situación fue así para los individuos menores de 20 años y en el 4% de estos los peores resultados se observaron para las edades contenidas entre los 20 y 39 años. Las personas mayores de 40 años se vieron afectadas principalmente en lo relacionado con los resultados en enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que las menores de 20 años en los comprendidos en las enfermedades de interés en salud pública.

De su parte, la información relacionada con el régimen de afiliación mostró que el 62% de los indicadores priorizados y estudiados (57 de ellos) no se entregaron con esta desagregación y en el 17% no aplicó hacer una diferencia entre regímenes puesto que se trataron de indicadores que per se no desagregaban a este nivel (por ejemplo, razón de médicos, de camas hospitalarias, entre otros). Frente aquellos en donde se contó con datos y fue posible hacer esta diferenciación se puede afirmar que en el 10% de estos indicadores (9 de estos) se observó una situación menos favorable en las personas pertenecientes al régimen subsidiado en el periodo de estudio, en el 4% estos resultados fueron desfavorables para las personas de los regímenes de excepción y especial y en el 1% las brechas afectaron negativamente a las personas del régimen contributivo, además, en el 3%, el comportamiento fue inestable a lo largo de los años disponibles y no se evidenció una diferencia marcada frente a alguno de los regímenes. Concretamente los resultados que sistemáticamente afectaron en mayor proporción al régimen subsidiado se presentaron en el criterio de ley relacionado con acceso efectivo a los servicios de salud.

La información según etnia no se encontró para el 79% de los indicadores priorizados, resumidamente, los datos disponibles presentaron que en el 4% de dichos indicadores las más afectadas a lo largo del periodo de análisis fueron las personas de etnia indígena, particularmente en lo relacionado con el criterio de acceso efectivo a los servicios de salud.

Por su parte, los hallazgos de este ejercicio frente al objetivo específico asociado con “Determinar la distribución de los resultados en salud seleccionados en departamentos y municipios, según entorno de desarrollo y categorías de ruralidad” de acuerdo con la información disponible para el periodo de análisis, permite evidenciar de una parte que a nivel departamental el 41% de los indicadores (38) presentaron resultados desfavorables en el entorno de desarrollo temprano, especialmente en los criterios de acceso efectivo y morbimortalidad materno-perinatal e infantil; así mismo, se destaca que en el 24% de indicadores priorizados las brechas a nivel departamental evidencian peores resultados para aquellos clasificados en entorno de desarrollo robusto, fundamentalmente en los asociados con enfermedades crónicas no transmisibles, mientras que en el 12% de los indicadores los resultados fueron poco favorables en departamentos de entorno intermedio, concentrándose en el criterio de ley de enfermedades de interés en salud pública. En este contexto el 13% de los indicadores no presentó una brecha estable a lo largo del periodo estudiado.

Complementariamente, las diferencias a nivel municipal según entorno de desarrollo fueron similares que las mencionadas a nivel departamento, sin embargo, en orden de magnitud tendieron a ser superiores. De otra parte, las diferencias según categoría de ruralidad evidenciaron un panorama ligeramente más crítico, el 50% de los indicadores presentaron resultados desfavorables en municipios rurales y rurales dispersos, predominando este patrón en todos los criterios de ley, incluyendo en el de enfermedades crónicas no



transmisibles que a nivel departamental se presentó como un fenómeno de zonas desarrolladas.

Finalmente, los resultados obtenidos, si bien permiten reconfirmar que los sistemas y fuentes de información del sector salud son bastante ricos y potentes, se presentan múltiples oportunidades de mejora, particularmente en lo relacionado con el fortalecimiento de mecanismos de captura y procesamiento de información en el ministerio, las DTS con énfasis a nivel municipal, que permita monitorear de manera más cercana los avances o necesidades en materia de cumplimiento de resultados en salud y la focalización de acciones encaminadas a la reducción de brechas e inequidad, de igual manera mejorar la disponibilidad de información en materia de los regímenes de excepción y especiales.

A nivel nacional el desempeño del sistema de salud en materia de logro de resultados según los criterios planteados en la Ley 1438 de 2011 es positivo, particularmente en las temáticas asociadas a acceso efectivo y resultados en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil, las cuales evidencian mejoras en los indicadores a nivel nacional mayores al 5%. Sin embargo, este desempeño no se distribuye equitativamente en el país, puesto que el principal hallazgo obtenido a partir de la información analizada corresponde a la persistencia de las brechas inequitativas a nivel municipal e incluso su profundización a lo largo del periodo de estudio.

Así mismo, el presente análisis llama la atención respecto a los eventos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles que en general presentaron resultados poco favorables a nivel nacional y similarmente con brechas sostenidas entre las zonas de mayor y menor desarrollo.

Es así como se plantean las siguientes recomendaciones que constituyen elementos sustanciales para procesos de futuras políticas públicas que permitan reducir impactos negativos en la salud de la población del país y en la sostenibilidad del sector.

Recomendaciones

A continuación, se encuentran las principales recomendaciones que derivan de la presente evaluación y que se encuentran organizadas de la siguiente manera: 1) de seguimiento y evaluación y 2) de orientación del SGSSS.

De Seguimiento y Evaluación

Por su parte en este conjunto las recomendaciones emergentes se dirigen a: 1) fortalecimiento de la información, 2) institucionalización del sistema de seguimiento y evaluación; 3) revisión de indicadores y 4) seguimiento a desigualdades en resultados del SGSSS.

Fortalecimiento de la información



El Sistema de Información de la Protección Social, posee grandes fortalezas en materia de los datos disponibles, no obstante, las fuentes de información de los indicadores utilizados son amplias y con diferentes particularidades, por lo tanto, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Integración de fuentes: utilizar la fuente oficial de información respecto a diferentes indicadores, puesto que actualmente se cuenta con diferentes reportes que pueden ser insumo para un mismo indicador, por ejemplo, en materia de mortalidad se tienen los reportes que provienen del INS y otros por parte de las EEVV.
2. Mejoramiento de las fuentes de información del sector salud, particularmente fortaleciendo las capacidades de recolección y captura de información a nivel municipal que permita contar con datos suficientes para formular acciones en pro de la reducción de la inequidad en resultados en salud y acceso efectivo.
 - a. Realizar y disponer al público periódicamente análisis mínimos de la calidad de la información con fines de explotación de datos, esto se asocia con: a) Completitud, b) Unicidad, c) Consistencia y d) Temporalidad.
 - i. Estos análisis no solo se deben realizar en materia de cumplimiento de la validación de los campos, sino en consistencia de los datos, puesto que, por ejemplo, en la dimensión del acceso efectivo de calidad (e.g. tiempos de espera Triage 2), hay unos resultados de los indicadores con alta volatilidad (datos atípicos), que pueden ser un signo de reportes inconsistentes.
 - ii. Revisar y ajustar los procesos de validación de la información, para garantizar la calidad de los datos, por ejemplo, en los municipios en donde no se presentan casos el indicador actualmente se reporta como vacío y no como un 0, por lo que la información puede sobre representar la magnitud promedio de los indicadores y limitar los análisis a realizar a nivel municipal y departamental.
 - b. Propender por la inclusión de variables que den cuenta del enfoque étnico en las diferentes fuentes de información, de tal forma que se pueda contar con información veraz y oportuna de estos grupos poblacionales; para lo cual se hace necesaria la actualización de normativa y anexo técnico que respalda a las fuentes, aunada al fortalecimiento de capacidades de los actores involucrados en la operación de la fuente (calidad, cobertura y oportunidad), por ejemplo, mediante la asistencia técnica.
3. Oportunidad en el acceso a la información: Generar acciones orientadas a garantizar mayor oportunidad en el acceso a la información, para esto se proponen tres estrategias que pueden ser complementarias:
 - a. Anonimizar y disponer para descarga los registros con algún corte específico para facilitar su consulta y explotación, según corresponda.
 - b. Aumentar en los cubos de SISPRO el número de indicadores disponibles, así como ampliar las desagregaciones anidadas al nivel municipal



- c. Crear un cubo de información único que alimente un tablero de control para facilitar el monitoreo de los productos y resultados del SGSSS. Este se puede alinear o integrar a acciones estratégicas del Plan Decenal de Salud Pública.

Menos del 15% de los indicadores analizados en esta evaluación no cuentan o no fue posible identificarles metas, a pesar de ser reconocidos como indicadores fundamentales para estudiar el desempeño del SGSSS, y en las pocas disponibles, en general, estas no fueron alcanzadas según la información disponible. En tal sentido se recomienda:

4. Revisar la metodología de construcción de metas, líneas de base e indicadores de las diversas intervenciones en salud con el fin de contar con un procedimiento estandarizado que permita el monitoreo y seguimiento de tal forma que se tomen decisiones de ajuste de política basadas en la evidencia.
5. Centralizar la información de las metas de los diferentes programas, políticas, leyes, planes, etc., en un único repositorio, que sea de fácil acceso y de dominio público.
 - a. Actualizar el procedimiento “Formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas, regulaciones y reglamentaciones del sistema general de seguridad social en salud”³⁵, para que un anexo integral de las políticas públicas derivadas de allí corresponda a la definición de líneas base y metas.

Institucionalización del sistema de seguimiento y evaluación

Los indicadores priorizados constituyeron un ejercicio de múltiples discusiones, revisiones y acuerdos, fundamentados en el riesgo técnico y las dimensiones del acceso a los servicios de salud, lo cual se debe capitalizar para ejercicios futuros de monitoreo y evaluación. Sin embargo, aquí es importante anotar que si bien en esta evaluación se apeló a las nociones de “Riesgo técnico”, para acotar los indicadores asociados con los resultados asociados directamente con el quehacer del sistema, esta noción no es reconocida por todas las dependencias misionales al interior del MSPS. De tal manera, se recomienda:

6. Homologar, consolidar, consensuar y adoptar un marco único conceptual y operativo, para el seguimiento y retroalimentación oportuna de las estrategias formuladas en materia de salud, que oriente la definición de indicadores trazadores para medir el desempeño del sistema y los elementos que inciden de él. En este sentido algunas recomendaciones para tener en cuenta:
 - a. Identificar con precisión las cadenas de valor de las intervenciones específicas del SGSSS, con el ánimo de detallar las acciones mediante las cuales se logran los resultados esperados. Estas son una herramienta que permite gráficamente representar la teoría de cambio de las intervenciones. Aquí es importante considerar tres elementos: i) La estructura de gestión del sistema de salud, incluyendo la capacidad de gestión a nivel subnacional, la gobernanza, la operación de los actores involucrados y el flujo financieros; ii) Integrar los objetivos de las diferentes normas que están relacionadas con el SGSSS, para incluir los principios de la garantía del derecho a la salud y lo relacionado con el modelo de APS definido en la Ley 1438 de 2011; y iii) Analizar las innovaciones

³⁵ Cf. <https://intranet.minsalud.gov.co/Sistema-integrado/Mapa-de-procesos/Documentosmapa/DESP01.pdf>



- establecidas en la estructura institucional del SGSSS, los procesos y su posible efecto en las mejoras y desafíos observados en el acceso efectivo y los resultados en salud.
- b. Institucionalizar la batería de indicadores trazadores de producto y resultado del SGSSS, alineando los marcos estratégicos del PDSP, PND y PDT, tomando como referente los indicadores aquí seleccionados y propiciando un consenso de expertos y la aplicación de criterios de calidad a los indicadores.
 - c. Establecer líneas de base y metas claras para determinar objetivamente los avances en las intervenciones formuladas y desarrolladas a lo largo del tiempo.
 - d. Para hacer seguimiento a los resultados del SGSSS se recomienda no incluir indicadores relacionados con prevalencias e incidencias, puesto que estos en general, están asociados con el riesgo primario, por lo que su afectación depende en gran medida de la acción intersectorial y en menor proporción del SGSSS.
 - e. Diseñar e implementar un sistema de seguimiento, alineado con el marco estratégico propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, que responda de manera eficiente a los diferentes requerimientos de seguimiento enmarcados en las leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y Estatutaria 1751 de 2015, y que adicionalmente contribuya a fortalecer una visión integral de gestión en escenarios futuros de mediano y largo plazo. En donde se sugiere considerar:
 - i. Institucionalizar y priorizar (en línea con lo mencionado en las diferentes normas) los ejercicios de monitoreo y evaluación en la Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales, en particular en el grupo de seguimiento y en los encargados de realizar ejercicios de analítica de datos, esto implica a su vez que en estos ejercicios deben participar las dependencias temáticas expertas en la materia.
 - ii. En este sentido una propuesta para tener en cuenta es la adelantada en 2015 por la Dirección de Epidemiología y Demografía conocida como el Sistema Único de Evaluación.
 - iii. Dicho sistema debe contener cuando menos dos categorías de clasificación de los indicadores (además de la relación con la cadena de valor):
 - a) los asociados a objetivos sectoriales y del SGSSS
 - b) los relacionados con objetivos intersectoriales
 - iv. Este sistema único de monitoreo debe poder dialogar con sistemas de monitoreo internacionales como por ejemplo con la batería de indicadores de la OCDE, que constituye un referente importante, no solo en materia de resultados en salud y de uso de bienes y servicios, sino por ejemplo de indicadores asociados al mercado farmacéutico y migración del talento humano en salud.
 - v. En el contexto de Colombia como país descentralizado, la producción, reporte y análisis de la información debe tener como finalidad la rendición de cuentas tanto a nivel nacional como subnacional, siendo estratégico para la gestión territorial del SGSSS.
 - f. Disponer la información de las fichas de indicadores (en particular las relacionadas con acceso efectivo) y la totalidad de los resultados de los indicadores a monitorear, en un sitio que sea de fácil acceso y consulta³⁶.

³⁶ Actualmente existe un catálogo de indicadores de resultado disponible en el Repositorio Institucional Digital – RID del Ministerio, sin embargo, no es de amplio conocimiento para todos los actores.



- g. Evaluar y adoptar mecanismos para fortalecer la captura de información particularmente a nivel territorial, con el propósito de avanzar en una medición y retroalimentación continua que fortalezca capacidades y contribuya a la reducción de inequidades en el territorio colombiano.
- h. Avanzar en la evaluación de la garantía del derecho a la salud según lo establecido en la Ley 1751 de 2015, tomando como base los principios allí definidos (accesibilidad, calidad, equidad, sostenibilidad, universalidad, disponibilidad, entre otros), y teniendo en cuenta aspectos como:
 - i. Utilizar como fuentes de información secundaria, como registros administrativos y encuestas en salud asociadas a censos nacionales o encuestas a hogares, para lo cual será vital el
 - ii. Fortalecimiento y puesta en común de encuestas disponibles (por ejemplo, la Encuesta de calidad de vida del DANE), en cuanto a seguimiento e integración de indicadores sobre insatisfacción de prestación de servicios de salud y barreras de acceso a servicios
 - iii. Recoger información novedosa, como por ejemplo la experiencia de la población que no logra o que no desea acceder al sistema de salud.

Cada una de las temáticas aquí analizadas constituye un campo de investigación en sí, este ejercicio debe focalizarse en objetivos de política mucho más delimitados y especialmente para la realización de los análisis complementarios descritos en el informe metodológico y que dadas las características de lo planteado la información disponible no facilitó su realización. En tal sentido se insta a:

7. Adelantar investigaciones y aplicaciones de analítica de datos más allá de la estadística descriptiva, que aporten evidencia para la toma de decisiones. Complementando dichos análisis con estudios cualitativos, que permitan ahondar en la explicación de los diferentes patrones y relaciones observadas.
8. Avanzar en el análisis de equidad en salud en donde se identifiquen estrategias para mejorar la estructura, operación e incentivos del sistema de aseguramiento en las áreas urbana, rural y rural disperso. Estos análisis deben estar vinculados con el trabajo desarrollado por el Observatorio de Equidad en Salud del MSPS.

Revisión de indicadores

En el ejercicio de priorización se identificaron indicadores clave para hacer seguimiento al SGSSS, que no se encontraron disponibles y que pueden contribuir a dar información complementaria y en algunos casos mucho más profunda que el conjunto de 92 indicadores analizados, por lo que se recomienda:

9. Avanzar en la generación/integración de nuevos indicadores relacionados con:
 - a. Letalidad por leucemia aguda en menores de 18 años
 - b. Proporción de falla renal por hiperplasia prostática
 - c. Incidencia de cardiopatía por Chagas
 - d. Cobertura de todos los programas de prevención
 - e. Porcentaje de entrega de medicamentos del SGSSS
 - f. Gasto per cápita no UPC – régimen contributivo



- g. Porcentaje de entrega de los medicamentos esenciales del listado de la OMS financiados con recursos del SGSSS (incluye los financiados con recursos de la UPC y los no financiados con recursos de la UPC)
 - h. Gasto de bolsillo en salud
 - i. Gasto per cápita no UPC en el régimen contributivo³⁷
10. Así mismo, se proponen los siguientes indicadores, cuyas fichas propuestas se encuentran descritas en el anexo 7:
 - a. Proporción de medicamentos esenciales del listado de la OMS incluidos en el PBS-UPC.
 - b. Proporción medicamentos de la oferta farmacéutica nacional financiados por el PBS-UPC.
 - c. Proporción de procedimientos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS vigente al momento de la medición, financiados con recursos de la UPC.
 - d. Diferencia entre el incremento porcentual de la UPC y el IPC
 - e. Porcentaje de mujeres con licencia de maternidad
 - f. Variación del valor para cubrir Incapacidades de Enfermedad General
 - g. Frecuencia de uso de los servicios en el Régimen Contributivo
11. De forma complementaria se plantea la necesidad de priorizar indicadores que permitan contar con información sobre el acceso efectivo y el enfoque de APS, dentro de los que se proponen:
 - a. Porcentaje de la población reportando necesidades insatisfechas de atención en salud debido a barreras de aceptabilidad, disponibilidad, financieras, organizacionales (tiempos de espera) y geográficas en línea con lo descrito en el Pacto APS 30-30-30 (OPS, n.d.-f).
 - b. Gasto público en el primer nivel de atención como % del gasto total en salud en línea con lo descrito en el Pacto APS 30-30-30 (OPS, n.d.-f).
 - c. % de la población con gasto de bolsillo en salud que representa más de 10% del consumo total del hogar, en línea con lo descrito en el ODS 3.8.2 (SDG data, n.d.-b)
 - d. Índice de cobertura de servicios, en línea con lo descrito en el ODS 3.8.1 (SDG data, n.d.-a)

De otra parte, lo anterior riñe con el volumen de indicadores a tener en cuenta en el seguimiento a los resultados del SGSSS, por lo tanto, un elemento para simplificar este número esta relacionado con que las tipologías de indicadores identificadas en la evaluación no necesariamente deben aplicarse a todas las temáticas de manera homogénea, teniendo en cuenta que diferentes indicadores tienen una alta correlación entre sí. Así se propone

12. Delimitar el uso de indicadores relacionados con los AVPP en los eventos transmisibles para el seguimiento a resultados del SGSSS, dándole prioridad a indicadores relacionados con letalidad y no con mortalidad.

³⁷ Para este ejercicio se tuvo en cuenta únicamente lo referente al régimen subsidiado



- a. Los AVPP pueden estar en análisis secundarios, en particular en aquellos casos en los que las letalidades según grupos etarios sean variables en el tiempo y entre desagregaciones.
13. Puntualmente, respecto a la Letalidad por Dengue Grave, con el ánimo de homogenizar con las mediciones a nivel regional ³⁸, se propone monitorear la Letalidad por Dengue en términos generales.

Seguimiento a desigualdades en resultados del SGSSS

En varios indicadores, se observaron variaciones entre los comportamientos departamentales y municipales según los entornos de desarrollo. Por lo que monitorear a nivel departamental puede ser insuficiente para conocer el estado de las brechas y resultados del SGSSS en el país. Particularmente, debido a que la información a nivel municipal, alerta de patrones mucho más agudos que los observados a nivel departamental y nacional, por lo que se recomienda:

14. Monitorear no solamente los agregados departamentales, sino que deben hacerse análisis de los comportamientos municipales, ya sea mediante medidas de centralidad a nivel de municipios pertenecientes a un mismo departamento o a una región o clasificación municipal.
 - a. Se propone usar regularmente clasificaciones multidimensionales, como:
 - i. la elaborada por el DNP que cataloga a municipios y departamentos en entornos de desarrollo.
 - ii. índice de desempeño integral (planteado por el CEDE de la Universidad de los Andes), que clasifica a los municipios según su capacidad de gestión.

De orientación del SGSSS

Así mismo, las recomendaciones que buscan dar elementos para orientar las acciones del SGSSS sobre los aspectos críticos, se resumen en: 1) respuesta a desigualdades en resultados del SGSSS; 2) Identificación de intervenciones para mitigar enfermedades no transmisibles y 3) Estrategias adicionales de afiliación de niños y niñas.

Respuesta a desigualdades en resultados del SGSSS

Teniendo en cuenta que el comportamiento de las brechas e índices de concentración señalan que las desigualdades entre los municipios más desarrollados/urbanizados y los de menor nivel de desarrollo o mayor ruralidad no se han venido cerrando, se propone

1. En el marco de la generación de nuevas políticas públicas en salud detallar las acciones a desarrollar para mitigar las brechas entre los municipios con mayor y menor desarrollo

³⁸ Cf. OMS, en <https://www3.paho.org/data/index.php/es/temas/indicadores-dengue/dengue-regional/505-reg-dengue-lethality-es.html>



en el marco de los eventos asociados con los criterios descritos por el art. 2 de la Ley 1438/2011.

Partiendo de los resultados de la evaluación en donde se evidencia que la expansión de la oferta y la capacidad de los establecimientos de salud ha sido lenta, en comparación con la rápida expansión del aseguramiento y del uso de bienes y servicios en salud, se hace necesario:

2. Evaluar aspectos funcionales de la APS definida en la Ley 1438 de 2011, con énfasis en municipios rurales y rurales dispersos

Los recursos en salud (infraestructura y talento humano) se concentran principalmente en las entidades territoriales de mayor desarrollo, en este contexto se propone:

3. Fortalecer el esquema de incentivos a la creación y ubicación de servicios de salud (infraestructura y talento humano), con el propósito de lograr una mayor densidad de estos recursos en los territorios de menor desarrollo y mayor ruralidad.
4. Retomar las propuestas planteadas por el Ministerio en materia de formación y capacitación del talento humano en salud y revisar en la literatura estrategias adicionales que puedan aportar a la densidad de este talento humano.
5. Adelantar una evaluación oferta y demanda del THS, con el propósito de determinar necesidades particulares y definir acciones orientadas al fortalecimiento de capacidades en este sentido.

Dentro de las estrategias para cerrar brechas en las condiciones de acceso efectivo se propone avanzar en mejorar la oferta y disponibilidad de recursos, fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en aquellas áreas críticas y promover la coordinación de los actores que tienen a cargo la garantía del derecho a la salud, para lo cual es necesario tener en cuenta lo siguiente:

6. Ahondar la promoción de la APS como lo establece la Ley 1438 de 2011, con una prioridad presupuestal dirigida a ejecutar los objetivos establecidos por la Ley Estatutaria.

Identificación de intervenciones para mitigar enfermedades no transmisibles

Si bien se presentaron mejoras en resultados en salud y en acceso efectivo a nivel nacional para la gran mayoría de los criterios aquí abordados, es importante:

7. Elaborar una revisión sistemática de las intervenciones asociadas con las enfermedades crónicas no transmisibles, en donde se determinen las de mayor efectividad y costo-efectividad, con el ánimo de identificar en donde se pueden generar rediseños.

Estrategias adicionales de afiliación de niños y niñas



En materia de afiliación de los niños y niñas menores de 5 años se observaron grandes brechas respecto a los demás grupos de edad, brechas que además no han tendido a cerrarse entre 2009 y 2019, por lo que:

8. Realizar una revisión de literatura que permita identificar estrategias adicionales para garantizar la afiliación de esta población y que complementen iniciativas como la afiliación de oficio.



Bibliografía

- Botero, J., Medina, D., Arellano, M., & Echeverri, C. (2021). *EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: UNA REVISIÓN EN EL MARCO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD DE 2015*.
- Econometría Consultores. (2015). *EVALUACIÓN DE RESULTADOS E IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS Y UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE SU MÁS RECIENTE ACTUALIZACIÓN, QUE PERMITA IDENTIFICAR LOS AVANCES EN CUANTO A EQUIDAD Y ACCESO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD I*.
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
- González, L. (2017). *Análisis exploratorio de datos: Una introducción a la estadística descriptiva y probabilidad*.
- Gutiérrez, C., & Gómez, N. (2018). El Sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. In *Cuadernos de Fedesarrollo*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD: Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*.
- MSPS. (2018). *Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud*.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2007). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>
- OECD. (n.d.). *OECD.Stat - Health*. https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT
- OMS. (2017). *La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos* (70 Asamblea Mundial de la Salud; A70/20).
- OMS. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. Notas Descriptivas. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Robles, A., Rodríguez, A., Suarez, C., & Gómez Lizarazú, D. (2015). Modelo DNPSalud-V 2.0. *ARCHIVOS DE ECONOMÍA*, 435. <https://www.dnp.gov.co/estudios-y-publicaciones/estudios-economicos/Paginas/archivos-de-economia.aspx><http://www.dotec-colombia.org/index.php/series/118-departamento-nacional-de-planeacion/archivos-de-economia>
- World Bank. (2021). Building an Equitable Society in Colombia. In *Building an Equitable Society in Colombia*. <https://doi.org/10.1596/36535>