

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**  
**Facultad de Ciencias Económicas**  
**Centro de Investigaciones para el Desarrollo**  
**Grupo de Protección Social**



**MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL**  
**PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA**

**Consultoría para “Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud”**

**INFORME FINAL**

**Bogotá, D.C. 2007\***

---

\* La versión original de este documento fue entregada en diciembre de 2005.



## CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>PRIMERA PARTE.....</b>	<b>4</b>
<b>DEFINICION CONCEPTUAL Y METODOLOGICA DE LAS DIMENSIONES DE ANALISIS PARA EL ORDENAMIENTO .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>7</b>
<b>EL PAPEL DE LAS EPS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MARCO LEGAL Y REVISION DE LA LITERATURA .....</b>	<b>7</b>
<b>1. MARCO LEGAL DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.....</b>	<b>7</b>
1.1 <i>EL DISEÑO INSTITUCIONAL: LA LEY 100 DE 1993.....</i>	<i>8</i>
1.2 <i>DE SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO.....</i>	<i>10</i>
<b>2. EL ASEGURAMIENTO EN SALUD.....</b>	<b>14</b>
2.1 <i>LA DEFINICION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....</i>	<i>15</i>
2.2 <i>ENFOQUES SOBRE ASEGURAMIENTO EN SALUD.....</i>	<i>15</i>
2.2.1. <i>Análisis del mercado del aseguramiento .....</i>	<i>16</i>
2.2.2 <i>El aseguramiento y la lucha contra la exclusión social .....</i>	<i>17</i>
<b>3. LA AGENCIA Y EL MERCADO DE LA SALUD.....</b>	<b>19</b>
3.1 <i>LA BUSQUEDA DE LA EFICIENCIA NO BASTA .....</i>	<i>19</i>
3.2 <i>EL MARCO DE LA TEORIA DE LA AGENCIA Y EL SECTOR SALUD.....</i>	<i>20</i>
3.2.1 <i>La teoría del principal-agente.....</i>	<i>20</i>
3.2.2. <i>El papel de la información.....</i>	<i>23</i>
3.2.3 <i>Los problemas de agencia en los servicios de salud.....</i>	<i>24</i>
3.3 <i>LA AGENCIA EN EL CENTRO DE LA DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIOS .....</i>	<i>27</i>
3.4 <i>EL PROBLEMA DE LA DISTRIBUCIÓN Y LOS ARREGLOS INSTITUCIONALES .....</i>	<i>28</i>
<b>4. EL TEMA DE LA CALIDAD EN EL SECTOR SERVICIOS .....</b>	<b>30</b>
4.1 <i>DEFINICION DEL SECTOR SERVICIOS .....</i>	<i>30</i>
4.2 <i>DIMENSIONES DEL SERVICIO .....</i>	<i>31</i>
4.3 <i>LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD EN EL SECTOR SERVICIOS .....</i>	<i>32</i>
4.4 <i>DISEÑO DE INDICADORES EN LA GERENCIA DE SERVICIO .....</i>	<i>33</i>
4.5 <i>SELECCIÓN DE INDICADORES A PARTIR DE LAS TEORIAS DE LA ORGANIZACIÓN ..</i>	<i>34</i>
<b>5. BALANCE DE LOS ESTUDIOS SOBRE EVALUACION Y CONSTRUCCION DE ORDENAMIENTOS DE LAS EPS-ARS .....</b>	<b>36</b>
5.1 <i>AREAS TEMATICAS .....</i>	<i>36</i>
5.1.1. <i>Información para la escogencia .....</i>	<i>36</i>
5.1.2. <i>Impacto de las políticas públicas.....</i>	<i>38</i>



5.2	ASPECTOS MEDIDOS EN LOS ESTUDIOS.....	39
5.2.1.	Acceso .....	39
5.2.2.	Calidad en la atención .....	41
5.2.3.	Oportunidad.....	42
5.2.4.	Satisfacción .....	42
5.3	ORDINALIDAD Y CARDINALIDAD EN EL CENTRO DEL DEBATE .....	42
5.4	METODOLOGIA ESTADISTICA.....	43
5.4.1.	Trabajos que demuestren la relación .....	43
5.4.2.	Sistemas de ordenamiento o priorización de las variables .....	44
5.4.3.	Métodos de Recolección de Información .....	44
	ANEXO 1. Cuadro comparativo de los estudios recientes sobre ordenamientos de ARS y EPS .....	45
	<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>47</b>
	<b>METODOLOGIA PARA DETERMINAR LAS DIMENSIONES DEL ANALISIS EN EL ORDENAMIENTO DE EPS.....</b>	<b>47</b>
	1. EL BALANCE SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA DETERMINAR LAS DIMENSIONES DE ANALISIS.....	48
	<b>1.2. BALANCED SCORECARD ORGANIZACIONAL INTERNO .....</b>	<b>50</b>
	2. DEFINICION DE LAS DIMENSIONES PARA EL ORDENAMIENTO DE EPS .....	52
	2.1. MODELO GENERAL DE PERSPECTIVAS .....	54
	2.1.1 Perspectivas y criterios para garantizar la atención en salud.....	55
	2.1.2. Modelo de los enlaces .....	56
	2.1.3. Funciones de las EPS y fuentes de evaluación .....	56
	2.2. DIMENSIONES PARA UN ORDENAMIENTO DESDE EL AFILIADO A LA EPS .....	57
	<b>SEGUNDA PARTE .....</b>	<b>68</b>
	<b>EL ORDENAMIENTO DE EPS A PARTIR DE LA ENCUESTA A LOS AFILIADOS.....</b>	<b>68</b>
	<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>68</b>
	<b>ESTRUCTURACION DE LA ENCUESTA A LOS AFILIADOS .....</b>	<b>68</b>
	<b>1. DISEÑO DE LA ENCUESTA .....</b>	<b>68</b>
	1.1. DIMENSIONES, TEMAS Y VARIABLES.....	69
	1.2. PREGUNTAS EN EL FORMULARIO A LOS AFILIADOS .....	70
	<b>CAPITULO 2 .....</b>	<b>72</b>
	<b>PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPTURA DE INFORMACION.....</b>	<b>72</b>
	1. DISEÑO DE LA MUESTRA.....	72
	2. PRUEBA PILOTO.....	74
	2.1 PRUEBA PILOTO A AFILIADOS DE ARS .....	74
	2.2 PRUEBA PILOTO A AFILIADOS DE EPS .....	76
	2.3 AJUSTES A LOS FORMULARIOS .....	76



3. OPERATIVO DE CAMPO DE LA ENCUESTA A AFILIADOS A LAS EPS .....	77
3.1. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO.....	77
3.2 LOGÍSTICA DEL TRABAJO DE CAMPO.....	80
4. DISEÑO DEL SOFTWARE.....	80
<b>CAPITULO 3 .....</b>	<b>82</b>
<b>METODOLOGIA Y RESULTADOS DEL CALCULO DE INDICADORES .....</b>	<b>82</b>
3.1. CALIFICACION DE LAS RESPUESTAS FORMULARIO DE AFILIADOS .....	83
3.2.CALIFICACION DE LAS RESPUESTAS FORMULARIO DE USUARIOS .....	85
3.3 RESULTADO DEL ORDENAMIENTO EN LAS EPS.....	87
3.4 RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO DE ARS .....	88
<b>TERCERA PARTE .....</b>	<b>89</b>
<b>ORDENAMIENTOS CON BASE EN ENCUESTA A LAS ENTIDADES, ANALISIS FINANCIERO Y REGISTROS DE P Y P .....</b>	<b>89</b>
<b>CAPITULO 1 .....</b>	<b>89</b>
<b>DISEÑO Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA A LAS ENTIDADES.....</b>	<b>89</b>
1. ESTRUCTURA DEL FORMULARIO Y OBJETIVOS DE CADA CAPÍTULO .....	90
<b>3. DEFINICIÓN INDICADORES PARA EL ORDENAMIENTO DE ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO – ARS .....</b>	<b>91</b>
<b>4. RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO POR DIMENSION .....</b>	<b>98</b>
4.1. RESULTADOS ARS .....	98
4.2. RESULTADOS EPS .....	99
<b>CAPITULO 2 .....</b>	<b>100</b>
<b>LAS DIMENSIONES DE ASEGURAMIENTO Y REPRESENTACION DE USUARIOS A TRAVES DEL ANALISIS FINANCIERO.....</b>	<b>100</b>
<b>CAPITULO 3 .....</b>	<b>103</b>
<b>METODOLOGIA Y CALCULO DE RESULTADOS DE LOS REGISTROS DE PROMOCION Y PREVENCION .....</b>	<b>103</b>
<b>CAPITULO 4 .....</b>	<b>106</b>
<b>INTEGRACION DE LAS FUENTES.....</b>	<b>106</b>



## **INTRODUCCIÓN**

Con la creación del sistema general de seguridad social (SGSSS) en salud se consagró el aseguramiento como la mejor forma de garantizar la salud de los colombianos. Una de las razones que sustenta esta tendencia es que la complejidad de la prestación de los servicios de salud puede generar ineficiencias en los contratos que hacen los individuos con las entidades prestadoras de servicio, toda vez que se trata de un mercado con altas asimetrías de información. En virtud de esta particularidad se justifica la creación de organismos que desempeñen el papel de intermediarios entre los dos tipos de agentes involucrados en este mercado.

De otra parte, el modelo con el cual se organizó el SGSSS, definido como pluralismo estructurado, le asigna una importante responsabilidad al Estado como agente regulador del sistema de salud. En esta dirección el Ministerio de la Protección Social ha ido configurando un marco legal y reglamentario para promover e incentivar los procesos institucionales dirigidos a mejorar la calidad en el SGSSS. En este ámbito uno de los campos de acción es la búsqueda de la calidad de los servicios prestados por los aseguradores, encargados de garantizar el acceso, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud al conjunto de la población colombiana.

En el marco de los programas de mejoramiento de la calidad promovidos por el Ministerio de la Protección Social, y luego de haber cumplido el proceso de licitación correspondiente, se suscribió, con el CID de la Universidad Nacional de Colombia, un contrato de consultoría con el objetivo de realizar el “diseño y cálculo de un ordenamiento (ranking) de entidades promotoras de salud”, con base en una encuesta a los afiliados.

Dos eran los propósitos que guiaban el interés del Ministerio. De una parte, el ordenamiento debía contribuir al mejoramiento de la calidad, en tanto que la comparación de la posición que ocupa cada una de las entidades con respecto a las demás se constituía en un estímulo para desarrollar la competencia entre entidades y, en consecuencia, el mejoramiento en su gestión y en sus resultados. De otra parte, el ordenamiento debía servir de fuente de información tanto a los actuales como a los potenciales afiliados a la hora de elegir su EPS.

La propuesta presenta por el CID, en la licitación mencionada, tenía como eje el cumplimiento de los derechos consignados en la Constitución Nacional. En esta perspectiva, el sistema de seguridad social en salud y las entidades que lo administran deben tener como prioridad garantizar a la población afiliada el acceso, en condiciones de calidad y oportunidad, a los servicios de salud. En consecuencia, el diseño del ordenamiento se sustenta en el desempeño de las acciones desarrolladas por las EPS con miras a brindar esas garantías.

Múltiples fueron los procedimientos llevados a cabo por el CID para dar cumplimiento a esa tarea. Tales procedimientos estuvieron ligados a los pasos previos en la realización del ordenamiento: en primer lugar, fue necesario determinar las dimensiones sobre las cuales recaería el análisis; luego, establecer las fuentes en las cuales se recabaría la información; posteriormente, definir los mecanismos que harían



posible la captura de la información; después diseñar los instrumentos; y finalmente, establecer los criterios de valoración. En todas las etapas del trabajo el equipo del CID se benefició de los aportes brindados por el grupo de Apoyo a la Reforma del Ministerio de la Protección Social, con quien se tuvo un permanente y provechoso intercambio.

Como resultado de esa interacción se ampliaron las fuentes de investigación. Si bien, se había propuesto que el ordenamiento tuviera como base una encuesta a los afiliados los estudios iniciales realizados por el equipo del CID permitieron determinar que algunas labores importantes de las entidades no podían ser captadas por esa fuente, en consecuencia se agregaron: una encuesta a las EPS, un balance de la información financiera y los registro de promoción y prevención compilados por el Ministerio.

La inserción de estas fuentes permitió un mejor aprovechamiento del diálogo con las EPS, pues a través de las reuniones con los organismos que las agrupan se hicieron importantes reformas a los formularios de captura de información inicialmente propuestos por el equipo de investigadores.

El documento que aquí se presenta está dividido en tres partes, la primera dedicada a definir los lineamientos conceptuales y metodológicos que guiaron la elección de las dimensiones sujeto de análisis; la segunda, está dedicada a la encuesta de afiliados y la tercera se refiere al tratamiento que se hizo de las demás fuentes de información.

La primera parte del trabajo se compone de dos capítulos. En el inicial se aborda el marco legal en el cual se desenvuelven las entidades promotoras de salud, y un conjunto de balances de la literatura respecto a: la definición del bien que se asegura y los enfoques a través del cual se analiza el aseguramiento en salud, la calidad en el ramo de servicios y los estudios sobre evaluación y ranking de EPS. El segundo capítulo está orientado a la presentación de la metodología, basada en el método balance scorecard, que se siguió con el propósito de establecer los campos de cálculo del ordenamiento, y se finaliza con la presentación de la propuesta teórica-técnica de los aspectos que guían la construcción de los indicadores esenciales para el ordenamiento de las EPS.

La segunda parte contiene tres capítulos, uno relativo a la definición de los temas, subtemas y preguntas del formulario de encuesta a los afiliados; otra describe la confección de la muestra y el tratamiento estadístico de la información capturada; por último, se presentan los resultados del ordenamiento con base en esa fuente.

La tercera parte tiene tres capítulos, que corresponden a la exposición de la metodología y los procedimientos que se siguieron para trabajar las fuentes distintas a la encuesta de afiliados: análisis financiero, encuesta a las entidades y registros de promoción y prevención.

Como resultado de su trabajo el equipo del CID presenta un conjunto de ordenamientos. Aun cuando el objeto del contrato era el diseño y elaboración de un ranking, el propósito de estimular la competencia entre entidades indujo la necesidad de generar diferentes indicadores, en tanto uno global podría ser insuficiente para lograr el objetivo. Así, considerando que es importante que las entidades conozcan en que factores tienen desventaja con respecto a sus homólogas se hace imprescindible



contar con indicadores desagregados. Por ello en el documento se presenta una matriz de resultados, que tiene la flexibilidad de ser observada tanto por fuentes como por dimensiones<sup>1</sup>.

Para el equipo de investigadores esa forma de presentación tiene la virtud de limitar los efectos perversos que puede tener cualquier clasificación en la medida en que sitúa el énfasis en la necesidad de comparar distintos aspectos de la gestión de las EPS; si ello es posible, la preocupación central no sería la entidad sino la prestación del servicio. Esta misma perspectiva podría señalarse para el caso de los usuarios, si el interés recae en conjunto sobre las condiciones de acceso a los sistemas de salud se podrían dar pasos decididos a lograr un mayor compromiso de los afiliados con un buen funcionamiento del sistema. En los dos casos, una actitud que permita vincular los distintos actores en un propósito común se constituiría en un apoyo a la cohesión del tejido social y el afianzamiento de criterios de ciudadanía ligados a los derechos sociales.

---

<sup>1</sup> El ordenamiento original, correspondiente al documento de 2005, tenía como base financiera los informes a diciembre de 2004. Dado que las encuestas de afiliados y de entidades se hicieron en 2005 se consideró, posteriormente, importante tomar los resultados financieros a diciembre de 2005, con ellos se construyó el ordenamiento que aquí se presenta.



## PRIMERA PARTE

### DEFINICION CONCEPTUAL Y METODOLOGICA DE LAS DIMENSIONES DE ANALISIS PARA EL ORDENAMIENTO

El enfoque de la propuesta del CID tiene como base la consideración de que el ranking establecido para las EPS es una importante fuente de información para la población, las entidades promotoras de salud y las entidades prestadoras de servicios de salud. Así, las personas puedan contar con una gama de criterios que le permitan seleccionar la institución que les garantice mayor acceso y mejor calidad en los servicios de salud, las EPS pueden comparar su desempeño respecto de sus competidoras, y los prestadores de salud pueden contar con la información que les permita realizar contrataciones más eficientes.

En este sentido, la jerarquización de las instituciones promotoras de de salud, según la calificación de la calidad, debe ser parte de la política estatal, en tanto garantiza el cumplimiento de las funciones delegadas y permite avanzar hacia un sistema de protección social que tienda a favorecer al conjunto de la población, en especial a los sectores sin capacidad de pago, pues son los que acusan una menor disponibilidad de información, conocimiento del sistema y capacidad de negociación.

La importancia de establecer un ranking de EPS radica en la naturaleza del riesgo sujeto de aseguramiento. La particularidad del sistema de salud es que debe proveer un bien –salud- que en sí mismo no es comercializable, sino que se trata de una condición del individuo –estar sano-, por ello se genera un mercado derivado: servicios de salud. No obstante, las decisiones que toman los individuos en este mercado se producen en un contexto de alto riesgo, toda vez que éste se caracteriza por la presencia de información altamente asimétrica. De esta manera, la información que poseen los proveedores de servicios, difícilmente es conocida por el demandante, por tanto a este último se le restringen las posibilidades de tomar una decisión acertada respecto a sus requerimientos, pues no puede juzgar la calidad de los servicios prestados.

Así que la intermediación entre las personas y los prestadores de servicios se constituye en una herramienta fundamental para el funcionamiento adecuado del sistema. Pero, en este campo se hace necesario que la intermediación efectivamente garantice el acceso a servicios de calidad. De allí que proveer información oportuna y veraz sobre el desempeño de estos intermediarios es un requisito para la adopción de decisiones acertadas por parte de los individuos. En esta dirección debe contarse con instrumentos que permitan juzgar el grado de cumplimiento de las funciones de aseguramiento, asunción del riesgo financiero y agencia que cumplen los intermediarios, en este caso, las EPS.

Tanto la elaboración como la existencia de una jerarquización de EPS pueden constituirse en factores que apoyen la cohesión del tejido social y el afianzamiento de criterios de ciudadanía ligados a los derechos sociales. En este sentido un ranking



debe ayudar en la configuración de un sistema que además de proteger las decisiones de los individuos intermedie el proceso de empoderamiento de la sociedad, pues sólo de esta manera se podría producir un sistema cuya principal ocupación sea la prevención del riesgo y no la actuación sobre el riesgo materializado.

Esta circunstancia es particularmente importante cuando las condiciones del mercado no son de competencia perfecta y existen distintas barreras al acceso. Al considerar las restricciones de oferta que se manifiestan en diferentes regiones del país, la disponibilidad de información por parte del individuo puede no resultar suficiente para generar un proceso de garantía de la calidad. De ahí, que establecer las bases de concertación entre los actores sociales puede ser un mecanismo que acompañe a la categorización de las entidades que prestan servicios de salud.

Las EPS han sido diseñadas para cumplir la función de agencia dentro del aseguramiento. Aunque esta teoría no estuvo presente en la expedición de la Ley 100 de 1993, luego de diez años de experiencia esta forma de examinar el sistema de seguridad social se ha impuesto como un elemento irrefutable. Una prueba de ello es que los proyectos de ley que intentan reformar el sistema de seguridad social, de una u otra forma, reivindican el aseguramiento entendido como un proceso de intermediación que permite disminuir los riesgos derivados de la asimetría de información.

En el régimen contributivo la base del contrato de aseguramiento se establece a partir de la relación laboral y por lo tanto las demandas de los afiliados se sustentan en un contrato directo. En el régimen subsidiado (excepto en afiliados bajo la modalidad de subsidios parciales), el Estado tiene a cargo el aseguramiento y el afiliado tiene derecho al aseguramiento por su condición de ciudadano. Por tanto, establecer un ranking de las EPS (ARS) que hacen presencia en el régimen contributivo debe partir de una evaluación de la forma que estas agencias incide directamente en el desarrollo de este concepto de ciudadanía que está ligada a los derechos sociales. Cuando esta no es una guía de acción de las prácticas de las aseguradoras la afiliación se convierte en un terreno abonado para el ejercicio de prácticas políticas no transparentes.

Este proceso se torna aún más decisivo cuando se considera el sistema de salud en el marco más general de la protección social, entendida como una respuesta colectiva contra aquellos riesgos que amenazan la reproducción de la sociedad; es decir, no se trata solamente de la anticipación de un conjunto de riesgos, sino fundamentalmente de afianzar la cohesión social. En esta perspectiva los mecanismos de garantía de la calidad quedan insertos en el sistema de protección social, definido como el conjunto de instituciones a través del cual la sociedad se protege contra los elementos que amenazan su cohesión y ampara a los individuos que la componen frente a los riesgos derivados de su existencia.

La delicada labor de establecer los criterios que hagan posible la construcción de un ordenamiento debe pasar por un proceso de definición de las dimensiones en las cuales se hará el juzgamiento de la forma en que operan las EPS. A partir del trabajo conceptual, la determinación de tales dimensiones se hará recurriendo a la metodología *Balanced scorecard* –BSC, En general, se trata de una herramienta que permite modelar una estrategia, con este instrumento se puede formalizar las hipótesis sobre las que se basa la estrategia y explicarlas mediante un mapa de enlaces causa-efecto. De esta metodología se toma el esquema de definición de dimensiones,



objetivos e indicadores para ser aplicados al caso de las funciones que deben desempeñar las EPS-ARS.



## CAPITULO 1

### EL PAPEL DE LAS EPS EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. MARCO LEGAL Y REVISION DE LA LITERATURA

La elaboración de un sistema de ordenamiento de entidades promotoras de salud – EPS implica conocer el tipo de servicio que se está presentando y las condiciones de mercado en las cuales se desenvuelve.

Sin embargo, dada la especificidad del bien que se está asegurando la caracterización del servicio y del mercado resultan altamente complicadas. Varios son los elementos que concurren a la dificultad, de una parte la definición del bien objeto de seguro, de otra el compromiso de la sociedad en el acceso y la provisión del bien, y finalmente, las condiciones económicas, sociales y políticas que dan lugar a las formas particulares de administración y prestación de los servicios de salud.

Como una primera parte del desarrollo del proyecto de *Elaboración de un ranking (ordenamiento) de EPS*, el presente capítulo se ocupa de presentar un balance de la literatura sobre los temas centrales objeto de evaluación.

Una primera sección estará dedicada a la presentación de la normatividad sobre las entidades promotoras de salud, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993; las dos siguientes se ocuparán de tres funciones que le corresponderían a las EPS: aseguramiento, agencia y manejo del riesgo financiero; posteriormente se abordará el tema del servicio desde la perspectiva empresarial.

#### 1. MARCO LEGAL DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

Con la creación del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se consagró el aseguramiento como la forma de garantizar la salud de los colombianos. Una de las razones que sustenta esta tendencia es que la complejidad de la prestación de los servicios de salud puede generar ineficiencias en los contratos que hacen los individuos con las entidades prestadoras de servicio, toda vez que se trata de un mercado con altas asimetrías de información. En virtud de esta particularidad fue justificada la creación de organismos que desempeñen el papel de intermediarios entre los dos tipos de agentes involucrados en este mercado. En ese marco, las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS) han sido diseñadas para cumplir la función de agencia dentro del aseguramiento.

El modelo con el cual se organizó el SGSSS, definido como pluralismo estructurado, le asigna una importante responsabilidad al Estado como agente regulador del sistema de salud. Así, las actividades realizadas por las EPS y las ARS soportan una restricción directa por parte del Estado, por tratarse de un servicio público dirigido y



regulado por él. En esta dirección, se ha ido configurando un extenso marco legal y reglamentario, que se reseña a continuación<sup>2</sup>.

### 1.1 EL DISEÑO INSTITUCIONAL: LA LEY 100 DE 1993

La Constitución Nacional, en su artículo 48, demandó que la seguridad social en salud se configurará como un derecho irrenunciable, de carácter obligatorio y de universalidad progresiva. Dentro del marco legal que crea, buscó reactivar los mercados en los servicios públicos y fomentar la competencia en la búsqueda de la calidad y la eficiencia. La ley 100/93 se enmarcó en ese contexto e impuso una serie de objetivos, entre los que destacamos: reordenar la demanda de los servicios de salud e integrar a todos los usuarios dentro de un sistema de mercados complementarios –régimen subsidiado, contributivo simple y contributivo complementario– ; ampliar la cobertura de la seguridad social entre los beneficiarios del régimen contributivo, eliminando el monopolio del ISS y posibilitando la competencia y la complementariedad entre las diferentes entidades promotoras de salud; ampliar la cobertura de la seguridad social a los estratos de escasos recursos, a través de subsidios a la demanda; crear un espacio en donde pueda operar el principio de la libertad de elección por arte de los usuarios, entre los diferentes proveedores de protección en salud (EPS) y los prestadores de los servicios de salud (IPS); y preservar la solidaridad propia de la seguridad social mediante la compensación entre regiones, ramas de la producción, grupos sociales y EPS, transfiriendo recursos del régimen contributivo al régimen subsidiado.

Uno de los aspectos más novedosos de la ley 100 en materia institucional es la aparición de las EPS, como resultado del fin de los monopolios en los procesos de afiliación y de la separación entre los sistemas de afiliación y la provisión de los servicios, estos últimos a cargo de las IPS.

La ley en mención define a las Entidades Promotoras de Salud como entidades de naturaleza pública, privada o mixta, responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación (UPC) al Fondo de Solidaridad y Garantía<sup>3</sup>.

Así mismo, en el artículo 178 se establece que las EPS tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

---

<sup>2</sup> Se hará especial referencia a aquellas disposiciones relevantes en la construcción del ordenamiento de EPS, objeto de este trabajo

<sup>3</sup> Libro II, título II, capítulo I, de las Entidades Promotoras de Salud. Artículo 177.



3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

De esta lista se concluye que deben cumplir fundamentalmente dos tipos de funciones: *la gestión del aseguramiento*, que incluye el proceso de afiliación, registro y recaudo de cotizaciones, y *la protección de la salud*, en el sentido de que deben desarrollar un plan de protección de la salud de los beneficiarios que deberá ser garantizado en forma directa o por medio de contratación con terceros.

Para cumplir con las funciones que les asigna la ley, en particular para garantizar el POS a sus afiliados, las aseguradoras pueden prestar directamente o contratar los servicios de salud con IPS y profesionales. La ley establece que cada entidad debe ofrecer a sus afiliados varias alternativas de IPS, salvo cuando la restricción de oferta lo impida. Así mismo, las EPS pueden buscar mecanismos de agrupamiento de riesgo entre sus afiliados, entre empresas o asociaciones, o por asentamientos geográficos.

Algunos de los requisitos que estas entidades deben cumplir, conforme a lo dispuesto en el artículo 180, es disponer de una organización administrativa y financiera que les permita mantener información sobre las características socioeconómicas y del estado de salud de sus afiliados y sus familias; acreditar la capacidad técnica y científica necesaria para el correcto desempeño de sus funciones, y verificar la de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios; y evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos. Además, deben acreditar periódicamente un número mínimo y máximo de afiliados, de forma que se obtengan escalas viables de operación y se logre la afiliación de personas de todos los estratos sociales y de los diferentes grupos de riesgo.

Según lo establece la ley, actúan como Entidades Promotoras de Salud el Instituto de Seguros Sociales; las Cajas, Fondos, Entidades o empresas de Previsión y Seguridad Social del sector público; las entidades que por efecto de la asociación o convenio entre las Cajas de Compensación Familiar o la existencia previa de un programa especial patrocinado individualmente por ellas se han constituido para tal fin; las entidades que ofrecen programas de medicina prepagada o de seguros de salud; las EPS que puedan crear los departamentos, distritos y municipios y sus asociaciones, para lo cual también pueden asociarse con entidades hospitalarias públicas y privadas; los organismos que hayan sido organizados por empresas públicas o privadas para prestar servicios de salud a sus trabajadores con anterioridad a la vigencia de la Ley



100, siempre que se constituyan como personas jurídicas independientes; organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas; y las entidades privadas, solidarias o públicas que se creen con el propósito específico de funcionar como EPS.

Las cotizaciones que recaudan las EPS pertenecen al SGSSS, el cual reconoce a cada EPS un valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación), que se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, que son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En el caso del régimen subsidiado (ARS), estas entidades administran la afiliación de la población del régimen y sus ingresos provienen de la contratación con municipios y departamentos, de modo que las afiliaciones son colectivas y no existe una relación directa con el Fosyga. En ambos casos se debe garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados.

Las EPS están sujetas a algunas prohibiciones contempladas en la Ley 100 de 1993, tales como no poder terminar, en forma unilateral, la relación contractual con sus afiliados; está prohibida la negación de la afiliación a quien desee ingresar al régimen, siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario; existe la prohibición de realizar acuerdos o convenios, así como prácticas y decisiones concertadas que, directa o indirectamente, tengan por objeto impedir, restringir o falsear el juego de la libre escogencia dentro del SGSSS.

Por otra parte, la ley también contempla un sistema de incentivos para obtener un mejor servicio calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud contemplados en ella. Los sistemas de incentivos están dirigidos al control de costos, al aumento de productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo eficiencia. De la misma manera, se aplicarán sistemas de incentivos a la demanda con el fin de racionalizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliar el conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario.

## **1.2 DE SU ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO**

Las normas específicas de las EPS, como administradoras del seguro de salud, se refieren a las condiciones para su ingreso, sus operaciones en términos de seguridad y estabilidad, la cobertura y su relación con los usuarios. Para ingresar al mercado, se necesita la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, organismo ante el cual debe acreditarse el cumplimiento de requisitos como: un estudio de factibilidad que establezca la viabilidad financiera de la entidad; un capital o fondo social no inferior a 10,000 salarios mínimos mensuales; una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la EPS y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio; un listado preliminar de las IPS, grupos de práctica establecidos como tales y profesionales a través de los cuales se organiza la prestación del POS.

Las EPS deben tener un margen de solvencia que les permita responder por las obligaciones adquiridas con terceros, en particular los proveedores. Este margen se



traduce en la capacidad de pago para cancelar, en un término no superior a un mes, las obligaciones adquiridas. Si este término es superado, no podrán realizar nuevas afiliaciones ni continuar con actividades tendientes a obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados, comprar o arrendar con opción de compra bienes inmuebles e inversiones y, por último, utilizar el flujo de ingresos que se originen de la UPC para pagar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.

Están prohibidas todas las prácticas de competencia desleal, como ofrecer estímulos al usuario para cambiar de EPS (tratamientos anticipados o especiales, bonificaciones o pagos de cualquier naturaleza). También están prohibidas preexistencias, de modo que no pueden utilizarse mecanismos de afiliación que discriminan a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud; además, las EPS no pueden terminar unilateralmente los contratos con sus afiliados, ni negar la afiliación a cualquiera que garantiza el pago de su cotización o el subsidio correspondiente, a no ser que haya sido probado que ese usuario ha intentado o ha utilizado los beneficios que ofrece el sistema de mala fe o abusivamente

El Decreto 1485 de 1994 regula la organización y funcionamiento de las EPS. Allí se establecen más precisamente como responsabilidades de las EPS varias funciones que están contempladas en la Ley 100, en términos de promover la afiliación de los colombianos al SGSSS en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario; remitir al FOSYGA la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios; administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema; movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema mediante el recaudo de las cotizaciones; organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en POS, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las UPC correspondientes; organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos profesionales y organizar la prestación de planes complementarios.

Se destaca que uno de los propósitos de las EPS es la garantía de la prestación de los servicios del POS con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, para lo cual estas entidades deben informar y educar a los usuarios para el uso racional del sistema y establecer procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios.

En este decreto existe un capítulo referido al régimen de libre escogencia de EPS. Este derecho a es entendido como la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes EPS, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio. Así mismo, la EPS debe garantizar al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad debe tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar.



En cuanto a los afiliados, las EPS están obligadas a conservar una participación porcentual en su población de personas consideradas como vulnerables: mayores de 60 años (5%), mujeres entre 15 y 44 años (20%). Los beneficios del POS comienzan a ser efectivos cuando el cotizante realiza el primer pago de la cotización, pero la afiliación se entiende efectiva desde el día siguiente en que se inicie la relación laboral, siempre y cuando se entregue a la EPS el formulario de afiliación. Sin embargo, la cobertura durante los primeros treinta días solamente será en servicios de urgencias, y los otros servicios que el POS ofrece solo se brindarán treinta días después si se ha hecho el pago de la cotización respectiva.

Por su parte, el decreto número 723 de 1997 dicta disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades promotoras de salud<sup>4</sup> y los prestadores de servicios de salud. Las entidad promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud podrán convenir la forma de contratación y pago que más se ajuste a sus necesidades e intereses, tales como la capitación, el pago por conjunto de atención integral (protocolos), el pago por actividad, o la combinación de cualquier forma de éstas.

En lo referente a la normatividad existente en cuanto a las obligaciones que tienen las EPS, ARS y entidades adaptadas en relación con actividades, procedimientos e intervenciones de detectar tempranamente enfermedades, se destaca la Resolución 412 de 2000, mediante la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las EPS, Entidades Adaptadas y ARS. Según la resolución, tales entidades no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

Por otro lado, debido a que la resolución 412, que define las Normas Técnicas y las Guías de Atención de obligatorio cumplimiento por parte de EPS y ARS, define algunas actividades, procedimientos e intervenciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, la resolución 3384 de 2000 entra a precisar la responsabilidad de las administradoras con relación a lo no incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

---

<sup>4</sup> Entendiéndose que siempre que se refiera a entidades promotoras de salud, se entenderán incluidas las entidades adaptadas y las administradoras del régimen subsidiado (ARS).



**Relación de las principales disposiciones legales sobre EPS y ARS**

<b>Disposición</b>	<b>Descripción</b>
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. En particular, el Libro II, Capítulo II.
Decreto 1485 de 1994	Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.
Decreto 1070 de 1995	Por el cual se aclaran los términos para traslados de la Instituciones de Seguridad Social a las Entidades Promotoras de Salud y se autoriza temporalmente la prestación del Plan Obligatorio de Salud a trabajadores independientes, cuya base de cotización sea inferior a dos (2) salarios mínimos mensuales legales vigentes, de acuerdo con la recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud contenida en el Acuerdo número 17 de 1995.
Decreto 1609 de 1995	Por el cual se aclara el Decreto 1485 del 13 de julio de 1994.
Decreto 1890 de 1995	Por el cual se reglamentan los artículos 130 y 236 de la Ley 100 de 1993.
Decreto 723 de 1997	Por el cual se dictan disposiciones que regulan algunos aspectos de las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.
Decreto 882 de 1998	Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de la Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.
Resolución 2178 de 1998 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social)	Por medio de la cual se adoptan modificaciones al carné de afiliación a las Entidades Promotoras de Salud.
Resolución 2312 de 1998 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se modifica el artículo 1º de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas.
Resolución 2408 de 1998 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se efectúan unos ajustes al Formulario de Giro y Compensación, al instructivo y se adoptan unos formatos.
Acuerdo 117 de 1998 (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud)	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
Decreto 455 de 1999	Por el cual se adiciona el artículo 3º del Decreto 1771 de 1994.



Resolución 2569 de 1999 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se reglamenta el proceso de calificación del origen de los eventos de salud en primera instancia, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 0047 de 2000	Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones.
Decreto 0330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas.
Resolución 890 de 2002 (Ministerio de Salud)	Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al SGSSS y al sector salud.
Resolución 1474 de 2002 (Ministerio de Salud Pública)	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
Decreto 3023 de 2002	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001.
Decreto 1566 de 2003	Por el cual se reglamenta la intervención de las entidades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Decreto 3085 de 2003	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 1566 de 2003
Decreto 2716 de 2004	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 691 de 2001.
Decreto 3183 de 2004	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2716 de 2004.
Decreto 0515 de 2004	Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.
Resolución 00581 de 2004 (Ministerio de la Protección Social)	Por la cual se adopta el manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado.

Fuente: tomado de <http://www.mininteriorjusticia.gov.co/biblioteca/consulta.htm>

## 2. EL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Una de las estrategias a las cuales han recurrido los estados para garantizar la provisión de los servicios de salud es su administración a través del mecanismo de seguro. Sin embargo, las dificultades para lograr la universalidad en condiciones de equidad y calidad han propiciado una multiplicidad de estudios conducentes a comprender el funcionamiento del sistema y a proveer herramientas para lograr los objetivos que se le imputan.

Las siguientes secciones están orientadas a observar las diferentes aproximaciones al tema del aseguramiento, pero se partirá de señalar las dificultades que se presentan al abordar el tema de la salud o la prestación de servicios de salud, es decir, la definición del bien objeto de aseguramiento.



## 2.1 LA DEFINICION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Uno de los primeros puntos a tratar en el tema del aseguramiento en salud es la especificidad del bien que se pretende asegurar: prestación de servicios de salud.

Varias son las características que se han señalado sobre el sector salud. De una parte, la economía de este sector ha sido calificada de anómala [Hsiao 1995]. Tal calificativo se imputa por tres razones: consta de bienes públicos, casi públicos y privados; los diferentes mercados del sector adolecen de graves fallas; posee interrelaciones complejas entre los diferentes mercados, que dificulta el logro del mayor beneficio para la población en condiciones de mercado puro. De otra, se ha insistido en que es un mercado altamente regulado. Allí se encuentra normatizado desde el ejercicio médico hasta el precio, incluyendo las formas de acceso.

Los bienes públicos no son exclusivos en el consumo, es decir, que un individuo los puede utilizar sin que disminuya el consumo o el beneficio de los demás. Por su parte, los casi públicos procuran mayores beneficios sociales que privados. En estos dos tipos de bienes se generan externalidades, de modo que una actividad produce beneficios o daños incidentales a otros sin que haya compensación proporcionada o indemnización por parte de quien los genera.

Arrow (1963) sostenía que otra especificidad del mercado de los servicios de salud es definida por las características de los bienes que la componen. Son bienes que ocasionan fallas de mercado al punto de provocar ineficiencia en la asignación de recursos si se los deja al libre juego de las fuerzas del mercado. Entre tales características se destacan: la asimetría de información y su condición de demanda derivada.

Respecto a la primera, el desnivel radica en que el manejo de la información se convierte en una ventaja inmediata en el lado de la oferta de servicios. En torno a la segunda, se afirma que en este mercado el consumo no es un fin en si mismo y puede registrar diferentes formas.

Además, la demanda por atención médica no es unidimensional. En principio la demanda estaría ligada a las necesidades y a la utilización efectiva. Pero la demanda es un concepto distinto al de necesidad, y los consumidores podrían solicitar un servicio que no necesitan o necesitarlo y no demandarlo; de igual manera, el servicio ofrecido puede diferir del solicitado o del necesitado. En general, la demanda por servicios de salud sería una demanda inducida por la oferta. [Musgrove 1985].

## 2.2 ENFOQUES SOBRE ASEGURAMIENTO EN SALUD

En general, existe un consenso en torno a la participación del Estado en la búsqueda de las mejoras en la condición de salud de la población. No hay duda, en la actualidad, de que el gobierno, ya sea por intervención directa o a través de la estructura institucional de adopte, debe garantizar el derecho a la salud a los miembros de su comunidad. La discrepancia surge fundamentalmente en torno a las modalidades que debe adoptar esa participación estatal.



Además, estas diferencias van unidas a la manera en que se comprende el aseguramiento social, es decir, su función en la sociedad. Dos tipos de aproximación se destacan en torno al análisis del aseguramiento, de una parte la que se puede aglutinar en análisis del mercado del aseguramiento y, de otra, las que abordan el aseguramiento desde la perspectiva de lucha contra la exclusión social.

### 2.2.1. Análisis del mercado del aseguramiento

Los enfoques de mercado del aseguramiento se convergen alrededor de la idea de que se trata de un mercado con fallas, que resultan del contexto de riesgo, incertidumbre e información asimétrica en el cual opera. Tales fallas redundan en selección adversa por o en contra de la empresa aseguradora, que se presenta cuando una de las partes contratantes no revela toda su información a la otra y ésta, a su vez, no puede obtenerla directamente [Feldstein 1973, Pauly 1968]<sup>5</sup>

A partir de esas proposiciones, otro de los puntos que ha recibido gran atención es el de la regulación estatal.

Desde la perspectiva de administración del sistema de seguro se ha destacado un importante problema: la existencia de cuasimercados. En principio en un sistema de aseguramiento "puro" se espera que las aseguradoras compitan entre si ofreciendo productos y precios diferenciables. Sin embargo, la particularidad del bien que se está asegurando genera fuertes diferencias de funcionamiento respecto al modelo puro de competencia.

En esta dirección se manifiestan condiciones de cuasimercado, es decir, sistemas particulares de relaciones de intercambio económico que se sustentan en principios, marco regulatorio e incentivos. En parte funcionan las reglas de mercado porque hay competencia entre entidades, pero la demanda no funciona como el pago que hace un individuo sino que existe ya sea un presupuesto estatal una empresa encargada de hacerlo. Así, las decisiones de compra están delegadas en una entidad cuyo carácter está determinado por la organización del cuasimercado y por las reglas del juego del aseguramiento [Sojo 2000].

De otra parte, los precios no son libres sino administrados, y la propiedad puede comprender enormes gamas, que pueden estar sometidas a diversas reglas de financiamiento, de allí que no todos los proveedores busquen maximizar la utilidad.

La estructura regulatoria de la organización del cuasimercado determina entre otros aspectos: la tensión entre el proceso de operación de mercado y de control jerárquico, los grados diversos de independencia del proveedor y del comprador, los organismos encargado de la regulación y del control y la definición del papel del gobierno en sus distintos niveles [Walsh 1995].

Como lo afirma Jack (2000), la participación del Estado, además de considerar las fallas de mercado, se ha justificado por criterios de equidad, dado que los gastos en

---

<sup>5</sup> Estos temas serán desarrollados en la sección siguiente de este trabajo, en el marco de la teoría de la agencia.



salud y las pérdidas de trabajo causadas por la enfermedad son el mayor riesgo que corren los individuos y las familias. Expuestos a tales riesgos puede resultar muy costoso para la familia asumir los costos que la atención en salud demanda, especialmente en el largo plazo para las familias pobres. De igual manera, puede haber sensibles desajustes en equidad si las altas necesidades de atención o un alto riesgo de demanda de servicios reduce la disponibilidad de recursos en el conjunto.

Tales costos se pueden afrontar reduciendo la variabilidad de la influencia del riesgo en la población a través de acciones públicas o haciendo un diseño institucional que permita manejar el riesgo.

Las propuestas de intervención operan en varias direcciones. Algunos sugieren la fijación de un seguro uniforme, recurriendo a modelos de optimización [Henried and Rochet 1999]; otros, destacan la importancia de la uniformidad de los precios, aun cuando deban generarse elementos para controlar la presencia de selección adversa [Jack 2000], otros más promueven la regulación institucional, pues en términos de equilibrio general resulta provechosa aun cuando no se disponga de ventajas de información frente a los aseguradores privados [Greenwald y Stiglitz 1986]; por último se podrían señalar los que estudian la relevancia de la redistribución del ingreso, no sólo para sectores con baja capacidad de pago sino también para aquellos que puedan tener un seguro privado en forma complementaria [Besley and Coate 1991].

En una perspectiva más reciente el aseguramiento se aborda más bien como parte del sistema de protección social [Norton y Foster 2001, Tabor 2005]. Según Holzmann y Jorgensen (2003) La protección social consta de intervenciones para asistir a los individuos hogares y comunidades con el fin de manejar el riesgo en mejor forma y prestar apoyo a los pobres en situación crítica. Las intervenciones se harían en diversos campos: políticas laborales, de seguridad social y redes de protección social.

Si bien tales tesis no se separan del análisis de mercado, tanto en términos de fallas como de necesidad de regulación, sí introduce una novedad: la articulación de la seguridad social en un contexto amplio de protección social. También se podría entender este enfoque como una ampliación de los fundamentos del aseguramiento (riesgo) hacia otros campos de las intervenciones gubernamentales y sociales.

## **2.2.2 El aseguramiento y la lucha contra la exclusión social**

En los estudios que han adoptado la perspectiva del aseguramiento como derecho social se ha insistido en la importancia del análisis interdisciplinario para comprender la dinámica del aseguramiento. En esta dirección han resultado de fundamental importancia el concurso de la historia, la sociología, la economía y la política.

Con el concurso del análisis histórico se ha determinado que el desenvolvimiento de las políticas de protección social en la era de la industrialización está ligado a la constitución del Estado social<sup>6</sup>. En sus orígenes el Estado moderno se configuró con base en la propiedad, el principio fundador de esta tendencia radicaba en concebir la

---

<sup>6</sup> A este respecto pueden consultarse: Castel 1997, De Swaan 1992, Donzelot 1984, Esping-Andersen 2000, Ewald 1986 y Rosanvallon 1981



propiedad como la base de recursos a partir de la cual un individuo puede existir por sí mismo sin estar preso de las redes tradicionales de protección y dependencia, pues la propiedad garantiza la seguridad frente a los distintos riesgos que enfrenta la existencia del individuo. Por lo tanto el Estado de derecho tenía la misión de proteger a las personas y sus bienes.

Al configurarse la economía capitalista se produjo la disolución de los antiguos lazos de solidaridad en los que se encontraban inscritos los individuos, si que simultáneamente se procuraran otras formas de protección. La creencia de que la adscripción al mercado laboral sería elemento suficiente para dotar de los ingresos de las personas, de manera que pudieran responder a sus necesidades, no fue comprobada por la realidad. Por el contrario, lo que se observó fue la aparición la pobreza dentro de los segmentos de trabajadores. Así, a la exclusión social producto del marginamiento del mercado laboral se sumó la proveniente de los bajos ingresos que percibían los trabajadores.

A pesar de que la exclusión social es polisémica se podría señalar que aparece como resultado del quebrantamiento de los vínculos sociales y simbólicos –con significación económica, institucional e individual- que unen al individuo con la sociedad. La exclusión acarrea a la persona el riesgo de quedar privada del intercambio material y simbólico de la sociedad en su conjunto [Xiberras 1993], toda vez que existe una correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección que cubren a un individuo ante los riesgos de la existencia. A la inversa, la ausencia de participación en alguna actividad productiva y el aislamiento relacional conjugan sus efectos negativos para producir la exclusión [Castel 1997]

Históricamente, la imposibilidad estatal de llevar a cabo la tarea de protección y la expansión de los sectores de no propietarios dieron lugar a la creación de la propiedad social, a través de la cual se mantiene el principio fundador del Estado de derecho a la vez que se intenta resolver la cuestión social. La propiedad social rehabilita la clase no propietaria procurándole un mínimo de recursos, de oportunidades y de derechos, necesarios para poder constituir, a falta de una sociedad de iguales, una sociedad de semejantes, es decir, una sociedad diferenciada, jerarquizada, pero donde todos los miembros pueden entretejer relaciones de interdependencia porque poseen unos fondos de recursos y de derechos comunes.

En esta dirección la protección social se define como una respuesta social contra aquellos riesgos que amenazan su reproducción [Castel 2003]. A partir de allí, un sistema de protección social se entiende como el conjunto de instituciones a través del cual la sociedad se protege contra todos los riesgos que amenazan su cohesión y ampara a los individuos que la componen frente a los riesgos derivados de su existencia. Con esta perspectiva el análisis del riesgo, no desde el punto de vista individual sino social, es una de las características de estos enfoques [Huesca 2003]

Justamente, estas fueron las premisas que permitieron la creación de los sistemas de seguridad social como parte de los sistemas de protección. El aseguramiento en salud hará parte de las políticas de Estado de Bienestar en las que se conjuga la protección social con las políticas de impulso macroeconómico [Rosanvallon 1981, Navarro 2001].



Así, se argumenta que la creación de un sistema de protección social particular depende de la interrelación entre los diversos órdenes que actúan en la sociedad: político, económico y doméstico. De ahí que, la escogencia de los mecanismos a través de los cuales los individuos acceden a la protección dependerá de la manera como se desenvuelven las relaciones económicas –a través de las cuales se deben satisfacer las necesidades de reproducción de los hogares (orden doméstico), y de la naturaleza que comporta la participación política de los individuos [Marques-Pereira y Theret 2001].

Estas razones explicarían porque existen diversos modelos de aseguramiento, en una gama que va desde la adopción de formas bismarckianas hasta formas Beveridgeanas. En las primeras el aseguramiento tiene como característica el mérito, es decir, el asegurado debe cumplir unos requisitos, y en las segundas el fundamento es la universalidad, con el criterio de ciudadanía [De Swaan 1992].

Por tanto, las formas actuales que adopta el sistema de aseguramiento así como las propuestas de reforma, deben ser comprendidos en el marco de las distintas formas de interacción social y no sólo como una escogencia de mercado realizada por los individuos [Lautier 1999].

### 3. LA AGENCIA Y EL MERCADO DE LA SALUD

Diferentes aproximaciones se han realizado con el fin de entender las funciones que desempeñan las Empresas Aseguradoras en Salud (EPS) o las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en tanto instituciones sobre las cuales recae gran parte de la respuesta que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los ciudadanos colombianos desde la promulgación de la Ley 100 en 1993.

Nos proponemos mostrar en este aparte algunas de las conclusiones a las que se ha llegado mediante la utilización de elementos teóricos, de diverso tipo que apuntan a entender la cuestión mediante procesos de análisis de elecciones de política pública, frente a los principios de eficiencia, equidad y universalización. Estos se encuentran ligados a elementos relacionados con la teoría de los contratos, el proceso de integración vertical entre prestadores de servicios de salud y aseguradores en salud, la operación del mecanismo de libre elección, las funciones de agencia en un sector como el de la salud donde opera una fuerte asimetría de información y la elección que realizan los aseguradores al maximizar su función de producción.

#### 3.1 LA BUSQUEDA DE LA EFICIENCIA NO BASTA

La noción de eficiencia se ha encontrado en el centro de las discusiones sobre las reformas a los sistemas de salud, y con ella de manera paralela, normalmente se llega a al debate sobre la utilización o no del mercado como asignador de recursos. Vale la pena precisar, que en la teoría económica, el término eficiencia tiene dos sentidos, el primero de “*eficiencia técnica, que requiere que no se pueda producir más de un bien sin que se obtenga menos de otro...*”; y “*eficiencia económica*” identificada con la *optimalidad de Pareto, que exige que ninguna persona pueda mejorar sin empeorar la situación de otra persona.*” [Sen 1997, p.39.] Los trabajos más serios sobre este asunto, toman en cuenta la proposición del profesor Sen, quien afirma que ninguna de



las nociones de eficiencia "presta atención a las consideraciones distributivas relativas a la utilidad" [Sen 1997, p.50].

La tradición ortodoxa de la economía ha premiado las nociones de eficiencia. Con la llegada de la imperialista ciencia económica a otras áreas del conocimiento, la idea de mercados y cuasimercados ha aparecido recurrentemente en el campo de la organización de los sistemas de salud. Ver por ejemplo [Sojo,2000], quien desarrolla en su trabajo un análisis de las reformas a los sistemas de salud de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. De manera paralela, se han involucrado discusiones que se relacionan con el problema de la distribución, tales como las reglas de asignación de lo que en Rawls(1971) se considero podrían ser las condiciones para hablar de asignaciones justas, o los trabajos sobre capacidades y libertades a la manera de Sen (1985). Desafortunadamente, los trabajos sobre la distribución se han desarrollado la mayor parte de las veces, sólo acuden a la comparación de algunos indicadores sobre acceso, atención, y equidad en la financiación, respecto a la organización de salud previa a la aparición de la ley 100/93 [Ver por ejemplo Castaño, Arbelaes, Gledion y Morales 2001), (Mora 2000) (Rodríguez y Tokman 2000)].

Sin embargo, al interior del Sistema General de Seguridad en Salud, el problema de la distribución de los beneficios la mayor parte de las veces no ha tenido un tratamiento satisfactorio, se ha supuesto que la operación del mercado es garante de una adecuada asignación entre instituciones dentro del sistema. Basta desde esta perspectiva, con abordar la discusión sobre como proveer condiciones adecuadas para que el mercado funcione a la manera de un modelo competitivo, donde el estado debe regular algunas falencias que se pueden presentar.

### **3.2 EL MARCO DE LA TEORIA DE LA AGENCIA Y EL SECTOR SALUD**

Las EPS y las ARS han sido diseñadas para cumplir la función de agencia dentro del aseguramiento. Estos agentes aseguradores, en teoría, servirían para equilibrar el diferencial de información entre proveedores y consumidores, de modo que el riesgo moral de los primeros estaría controlado por un comprador colectivo que por delegación del Estado manejaría el plan de salud de los afiliados.

Aunque la teoría de la agencia no estuvo presente explícitamente en la expedición de la Ley 100 de 1993, luego de más de 10 años de experiencia esta forma de examinar el sistema de seguridad social se ha impuesto como un elemento irrefutable. Una prueba de ello es que los proyectos de ley que intentan reformar el sistema de seguridad social, de una u otra forma, han reivindicado el aseguramiento con argumentos propios de la relación entre el principal y el agente. En ese contexto, es pertinente hacer una revisión de esta teoría, para identificar las relaciones de agencia que están presentes en el SGSSS en el país, entender los problemas de información que hay inmersa en esas relaciones, y realizar una mejor aproximación a las funciones de agencia que deben cumplir las EPS.

#### **3.2.1 La teoría del principal-agente**

Cuando el desarrollo posterior a la Revolución Industrial creó la actual forma de sociedad capitalista, con concentración de medios y capital, y surgieron las grandes corporaciones que escapaban al control directo del empresario familiar característico



del modo de producción anterior, se hizo evidente la necesidad de separar la propiedad de la conducción/control de la empresa. Incluso cuando un propietario intenta dirigir por sí mismo, ser su propio gerente, se ve enfrentado a la complejidad de las exigencias de capital en una firma moderna (Berle y Means 1932). De hecho, es casi imposible la propiedad única de una empresa y hay que recurrir a multipropiedad, y cada uno de los propietarios intentará maximizar su propia utilidad sacando el máximo de su inversión.

Los propietarios se convierten así en *principales* al contratar gerentes, los *agentes*, para que conduzcan la firma en su lugar. Para aclarar y explicar en lo posible los problemas implicados en esta situación surgió la Teoría de la Agencia, también denominada Teoría del Principal y del Agente que se enmarca en la corriente de pensamiento neoinstitucional en economía. Como otras teorías de esa corriente (por ejemplo, la de los Costos de Transacción, o la de los Derechos de Propiedad) también busca explicar las razones de la existencia de esa institución que es la "Firma" (empresa). En lugar de considerar la firma como un ordenamiento jerárquico de actividades económicas, como ocurre en la teoría de los Costos de Transacción, aquí se la considera sobre todo como una forma especial de aplicación de la institución social que es el *contrato*.

El término agente-principal fue formulado originalmente por Stephen Ross en su artículo *The Economic Theory of Agency: the Principal's Problem*, publicado en 1973. Según este autor, la relación de agencia entre dos partes surge cuando una de ellas, designada como el agente, actúa para, o en nombre de, o como representante de la otra, designada como el principal, en un campo particular de problemas de decisión (Ross, 1973). Ross destaca que este problema es una de las formas más antiguas y comunes de codificar las interacciones sociales y como sus ejemplos son universales. Todos los tipos de arreglo contractual, tales como los que se dan entre empleado y empleador o entre gobernante y gobernado, contienen problemas de agencia. En el contexto de las teorías del equilibrio general, la literatura sobre el riesgo moral, los flujos de información o el caso de los intermediarios financieros son algunos ejemplos.

El núcleo de interés de esta teoría recae entonces sobre la institución del contrato que regula las relaciones y funciones desempeñadas por un mandatario (principal) y un ejecutor (agente). Decidir quién es en esas relaciones el principal y quién el agente, es decir, quién dispone de más competencias o información para el desempeño de una actividad para la que se le contrata, dependerá de las circunstancias. Por ejemplo, un médico puede ser contratado por un hospital o sociedad médica para actuar de agente, pero él mismo puede asumir el papel de principal cuando delega en sus médicos asistentes determinadas tareas.

Para el principal, en ese tipo de delegación contractual, su propia ventaja consiste en poder aprovechar en interés propio las competencias y dominio de informaciones que posee el agente. Pero al mismo tiempo, esa delegación origina un problema: en la medida en que la información poseída por el principal sobre los motivos, posibilidades de acción, y rendimientos efectivos del agente sea más imperfecta, será también mayor el riesgo para el principal de que el agente no sólo oriente su actividad al cumplimiento de los objetivos que realizarían los intereses del principal sino también actúe en provecho propio, incluso en perjuicio de los intereses del mandatario. Por tanto, éste se ve confrontado con el problema de asegurar contractualmente que su agente aporte los rendimientos que mejor respondan a los intereses del principal. Si



fuera posible que todas las partes poseyeran información perfecta y sin costes, entonces no sería necesario recurrir a la función del agente

Este es el problema que constituye el objeto central de la teoría de la agencia: estudiar la configuración contractual entre principal y agente, en que el mandatario delega en su ejecutor competencias de decisión y ejecución, determinándose dicha relación por condiciones de reparto asimétrico de información y de incertidumbre así como por distinto reparto de riesgos. Además, analiza los problemas planteados típicamente en las relaciones de ese contrato y discutirá qué mecanismos (de incentivos, de control, o de sistemas de información) pueden ayudar a manejar más eficientemente estos problemas.

En resumen, la teoría se apoya en varias ideas básicas:

- Un concepto de organización construido desde la teoría de los contratos;
- Un modelo de "comportamientos" que se centra en la maximización de la utilidad, diferencias en los intereses de las dos partes, y actitud ante el riesgo en esas partes, así como en una concepción sobre la "racionalidad económica".
- Una concepción sobre la influencia que conlleva la asimetría en el reparto de información en las partes contratantes.
- Presuponer que la configuración óptima de los contratos de agencia incluye el cálculo sobre los costes de esa agencia.

Adicionalmente, debe destacarse que esta teoría considera las organizaciones y sus relaciones al entorno como "redes de contratos" establecidos entre las partes para regular sus intercambios (transacciones) económicas. Es decir, todo tipo de ordenamiento de actividades económicas que se manifieste como "organizado" (diferente a la forma en que se manifiestan otras interacciones en que no se percibe tipo alguno de regulación) es comprendido con este marco de análisis del "concepto de lo contractual" como una "red" de contratos entre distintas partes. Los contratos vinculan jurídicamente o tácitamente derechos, competencias y obligaciones de las partes contratantes así como el reparto de los beneficios obtenidos. Es decir, son considerados como reglas de juego (Fama/Jensen 1983).

La teoría, en su análisis de las actividades empresariales y económicas, parte del supuesto (aceptado como postulado inicial) de que los individuos que establecen estos contratos se mueven sobre todo por la expectativa de poder maximizar sus utilidades individuales. Como resultado de la tendencia a maximizar utilidades propias, se puede implicar la afirmación de que hay una alta probabilidad de que exista un conflicto de objetivos entre las partes. Mientras que el principal se interesa esencialmente por un resultado favorable, el agente puede orientarse según cálculos de utilidad individual y actitud oportunista incluyendo en ellos la posibilidad de daños para la otra parte.

Una consecuencia lógica de estos supuestos sobre el oportunismo individual, como lo destaca la teoría de esta situación previsible, es la necesidad que tiene el principal de configurar mecanismos de control (o de gobierno) que motiven al agente a actuar en la línea de decisiones favorable a los intereses del principal y no a seguir sus intereses en estrategias oportunistas.



### 3.2.2. El papel de la información

La teoría incluye en sus supuestos básicos la afirmación de un reparto asimétrico de la información entre las partes contratantes, en lo que concierne a la información relevante para la toma de decisiones y ejecución de las tareas delegadas. Esta presunción es considerada como realista, pues se cree que son los conocimientos, competencias y experiencias del agente lo que fundamenta el interés del principal por utilizar los servicios del agente, al tiempo que se constata un déficit de información en el principal con respecto a las posibles conductas del agente: es decir, a la difícil "observabilidad" de las posibles situaciones, intenciones y acciones fácticas del agente. Aparte de que tampoco serían observables perfectamente los resultados de tales acciones, y por tanto también el control sería incompleto. Esa inobservabilidad del otro se traduce a asimetría o desigual distribución de informaciones.

Se considera un caso hipotético en el que todas las partes poseen la misma perfecta información, obtenida además sin coste alguno, en la que la interacción entre los individuos estaría configurada de acuerdo al cálculo de la llamada "primera solución óptima" (*first-best*), de forma que ex ante se especifican todos los estados del entorno posibles y las correspondientes reacciones de las partes que quieren alcanzar esta relación de cooperación concertada, sin dejar lugar a conductas desviadas de lo estipulado. Situación que puede asimilarse al óptimo paretiano en economía. En contraste a tal hipótesis, la teoría de la agencia construye la suposición de que en la realidad, la información y conocimientos de las partes es imperfecta, y distribuida asimétricamente entre ellas.

La obtención de informaciones para mejorar o apoyar las decisiones implica consumos de recursos, es decir, costos de agencia. Tales costos son vistos como la "diferencia" entre la solución óptima –"first best solution" (donde el coste de agencia sería cero)– y la solución fáctica, es decir, el rendimiento efectivo obtenible según las circunstancias de imperfección de la información, "oportunismo" posible del agente, etc. Estos costos de agencia pueden ser de tres tipos (Jensen y Meckling 1976):

1. *Costos de las medidas de supervisión emprendidas por el principal* para establecer y controlar el cumplimiento del contrato de agencia. Estos incluyen los costos de la realización del contrato o acuerdo, ciertos componentes de incentivar al agente, premios a los riesgos asumidos, supervisión y evaluación o control de las actividades realizadas en agencia.
2. *Costes del agente*: costes de su promesa de no actuar en contra del interés del principal –como los originados al tener que responder a las exigencias de control interno impuestas por el principal (gran parte de las actividades de control contable, auditoría interna etc.), o los costes de autocontrol, los de la obtención y proceso de informaciones sobre lo que espera el principal, o los costes de garantía (obligación de indemnizar por posibles daños al principal).
3. *Costes residuales*: son los costes de la pérdida de bienestar a consecuencia de una decisión-acción del agente que no logra para el principal el máximo posible hipotéticamente (se evalúan como equivalente monetario de la reducción de esa reducción de bienestar).

Así, en síntesis, los problemas básicos que observa la teoría de la agencia se restringen a las diferencias en el nivel de información y de orientaciones de los



intereses de las partes que intervienen en las transacciones en la esfera social económica, es decir, en la "inobservabilidad" u observabilidad muy limitada del principal sobre las acciones del agente.

### 3.2.3 Los problemas de agencia en los servicios de salud

Los mercados de servicios de salud se caracterizan por múltiples imperfecciones, en parte derivadas de la incertidumbre y de la información asimétrica entre compradores y vendedores, que son inherentes a la naturaleza de los servicios médicos (Arrow 1963). En consecuencia, las cuestiones del bienestar social deben ser resueltas en el contexto del second-best.

Para algunos autores, los mercados de salud se diferencian de otros mercados principalmente porque su producto es diferenciado (Gaynor and Voght 1999). El cuidado de la salud es un servicio y éstos son, por su naturaleza inherentemente, heterogéneos y no transables. Además, estos productos sólo pueden ser adquiridos por intercambio directo con el proveedor, de tal forma que no pueden ser recomercializados entre consumidores. También, las preferencias son heterogéneas. Por otra parte, estos autores enfatizan también en la naturaleza idiosincrásica del mercado de servicios médicos en particular. Algunos pacientes prefieren extensas explicaciones discusiones sobre sus casos, mientras que otros prefieren saber lo mínimo. Y es precisamente esa combinación de un producto heterogéneo con preferencias heterogéneas la clave que otorga a los proveedores un poder de mercado. Los pacientes escogen aquellos proveedores que producen el tipo de servicio con las características que coinciden con sus preferencias. El hecho de que los pacientes escojan proveedores que les dan un mayor nivel de utilidad les da a los proveedores un poder de mercado, dado que cambiarse a otro proveedor reduce la utilidad del paciente. Entre menos sustituible sea un proveedor, mayor será su poder de mercado, esto es, menor será la elasticidad de demanda a la que se enfrenta.

Es ampliamente aceptado que la estructura de la información es crítica para entender los mercados de atención médica. (Arrow 1963). Lo que es crítico es la incertidumbre y, más importante aún, la información asimétrica. Las asimetrías de información conducen al riesgo moral en el aseguramiento en salud, la selección adversa en los mercados de aseguramiento en salud, y problemas de agencia los mercados de servicios de salud.

#### *i) Riesgo moral en el aseguramiento en salud*

La incertidumbre del consumidor sobre la enfermedad y sus costos asociados lo conducen a demandar aseguramiento en salud. Sin embargo, dado que es difícil verificar la naturaleza exacta de la enfermedad y el tratamiento apropiado, hay una asimetría de información entre el consumidor y el asegurador que conduce a riesgo moral.

De hecho, una de las imperfecciones más importantes de los mercados de atención en salud es el efecto del riesgo moral sobre el debido consumo de aseguramiento en salud. La mayoría de los servicios de salud que son comprados y vendidos son cubiertos por el aseguramiento. Eso significa que el consumidor del servicio paga sólo una pequeña fracción del costo, mientras que la mayor parte es reembolsada por



terceros pagadores. Asegurar a los individuos contra el riesgo reduce el precio que ellos deben enfrentar por cuidados médicos, induciendo así a un posible consumo excesivo. Dado que el riesgo moral induce al consumo excesivo, podría parecer que el poder de mercado sobre parte de las firmas proveedoras de servicios de salud podría reducir el problema al restringir el producto.

Para algunos analistas, una política de aseguramiento dada para la cual hay un exceso de consumo de bienes y servicios de salud al precio competitivo (costo marginal), incrementar el precio de esos bienes y servicios por encima del nivel competitivo, podría incrementar el bienestar. De tal forma que, si el mercado de aseguramiento es competitivo, entonces fijar el precio al costo marginal en el mercado de servicios de salud es siempre un óptimo second-best (Gaynor et al. 1999).

Otra forma de riesgo moral es la disminución de incentivos para los consumidores para buscar el menor precio. Aunque, en general, el aseguramiento puede llevar a los consumidores a buscar más o menos un equilibrio. La presencia del aseguramiento tiende a producir gran dispersión en los precios. Es posible que los consumidores puedan buscar más porque la mayor dispersión en los precios significa que hay un mayor beneficio potencial al buscar, dado que la brecha esperada entre el precio actual y el menor precio es mayor. Sin embargo, de otra parte, dado que los consumidores sólo pagan una pequeña fracción del gasto, el beneficio de buscar puede no ser mayor que el costo de hacerlo. La emergencia de consumidores altamente sensibles al precio, en la forma de planes de manejo de la atención, puede ser pensada como una innovación institucional en respuesta a este problema.

Por otra parte, en los mercados de aseguramiento en salud se puede llegar a que la calidad sea el factor competitivo sobresaliente, especialmente en los casos en los que se tiene una competencia regulada por el precio, como sucede en Colombia. En ese caso, la búsqueda de los consumidores puede enfocarse fundamentalmente en la calidad.

#### *ii) Selección adversa en los mercados de aseguramiento de salud*

Otra forma de información asimétrica entre consumidores y aseguradores es cuando los consumidores son de diferentes tipos de riesgo, conocido por ellos mismos pero no por los aseguradores, generando una selección adversa en estos mercados. El conocido artículo de Rothschild y Stiglitz (1976) muestra que mercados de aseguramiento competitivos pueden fracasar al enfrentar la selección adversa. Cuando los individuos conocen su tipo de riesgo pero los aseguradores no, no existe un equilibrio en el que ambos tipos de individuos son reunidos en un solo contrato de aseguramiento. Puede existir un equilibrio al separarlos en el cual los individuos de alto riesgo compran aseguramiento completo, mientras que los individuos de bajo riesgo compran uno incompleto. Este equilibrio no existirá si hay "suficientemente pocos" tipos de alto riesgo. Stiglitz (1977) analiza el equilibrio de los contratos de aseguramiento ofrecidos por monopolistas para enfrentar la selección adversa. Muestra que un equilibrio al reunirlos a todos no existe tampoco en el caso del monopolio. En el equilibrio separado los individuos de alto riesgo compran el aseguramiento completo, pero los de bajo riesgo pueden comprar un seguro parcial o no asegurarse. Los términos de los contratos de estos individuos son tales que no hay gran diferencia entre asegurarse o no.



La comparación entre los efectos sobre el bienestar de la competencia o el monopolio en los mercados de aseguramiento basados en el análisis de Rothschild-Stiglitz no es clara. La competencia es sub óptima, pero el monopolio no es mejor. Otro asunto es que es posible que el supuesto de Rothschild-Stiglitz de un tipo de riesgo inmutable conocido por el individuo no sea plausible. Las implicaciones normativas de la competencia en el mundo real del aseguramiento en salud no son claras aún.

*iii) Problemas de agencia en los mercados del cuidado de la salud*

El producto en estos mercados no es el típico servicio que los vendedores (médicos y otros agentes) proveen no sólo cuidado médico, o tratamientos, sino también diagnósticos y consejos, tal como ocurre en los servicios de reparación, de asesores financieros o incluso de taxis. Este tipo de servicios han sido analizados en la literatura bajo el nombre de "juegos de persuasión". Tales juegos tienen la siguiente estructura de información: el consumidor observa un síntoma, aunque no conoce la naturaleza del problema. Hay alguna probabilidad de que el problema sea serio y que implique un tratamiento costoso, y alguna probabilidad de que sea un problema menor. El experto puede observar si el problema es serio o menor, y desarrollar un tratamiento costoso o uno barato. El consumidor prefiere el tratamiento apropiado, pero no puede observar el problema. Así, la elección del consumidor sólo puede estar basada en el diagnóstico que el doctor le ha dado. Hay una asimetría de información entre el comprador y el vendedor, y por ende una relación de agencia.

Esto crea la posibilidad de que el proveedor distorsione la naturaleza del problema del consumidor. También existe un incentivo cuando el tratamiento más costoso es más rentable. Este problema se ha tratado en la literatura de la economía de la salud como "demanda inducida" y es otra imperfección frecuentemente mencionada en los mercados de salud. Mientras que deductivamente es posible que los médicos exploten su papel de agentes para inducir la demanda de sus pacientes, no es claro si empíricamente es un fenómeno significativo. La literatura empírica sobre este tópico tiene varias limitaciones que no permiten obtener una conclusión de la magnitud de este efecto.

El problema relevante aquí es si la competencia produce más o menos inducción. Una de las formas más usadas para probar la inducción de la demanda por los médicos toma la forma de una regresión del precio contra el número de médicos per cápita, y de controles. La noción es que si el mercado es competitivo, la presencia de más médicos implica una mayor oferta y de allí menores precios. La demanda inducida, por el contrario, ocurrirá hipotéticamente de la siguiente forma: la entrada de más médicos implica la reducción de demanda por médico en promedio. Los médicos entonces querrán inducir la demanda para incrementar sus ingresos.

Por supuesto, esto sólo resume alguno de los problemas de agencia que han sido tradicionalmente abordados en la literatura económica. Sin embargo, es notable la tendencia a analizar los problemas de agencia presentes en la relación médico paciente, más que en la del asegurador-asegurado, a lo que se suma una propensión a enfocar la atención en las asimetrías de información que desembocan en riesgo moral y selección adversa, en el sentido de la información privada que tiene el agente sobre su estado de salud, siendo escasas las reflexiones encaminadas a analizar los



problemas de información que poseen los agentes sobre la calidad de las empresas aseguradoras.

### 3.3 LA AGENCIA EN EL CENTRO DE LA DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIOS

Es en el marco de este esquema general de análisis teórico, que aparece el proceso de construcción de algunos modelos que intentan entender lo que es la operación de los sistemas de salud. El más importante para el caso colombiano fue el pluralismo estructurado propuesto por Frenk y Londoño(1997), donde se recurre al mercado como estrategia de operación, valiéndose de instrumentos como el aseguramiento para el manejo del riesgo, mediante la llamada competencia regulada, donde se dividen las diferentes funciones. En particular, la función de articulación entre la población y los prestadores, que incluye la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación de los usuarios (Frenk Y Londoño 1997, p. 19) ha resultado particularmente importante, cuando se intenta evaluar el desempeño del sistema y de las EPS/ARS.

Antecedes a la propuesta de Frenk y Londoño los trabajos de Enthoven (1978, 1981, 1990, 1993) sobre competencia regulada, cuyos escritos permiten centrarse más en la órbita del mecanismo de precios como asignador de recursos, en sistemas de salud donde los planes de beneficios en salud no necesariamente son definidos por el estado. En los dos casos, *"se acepta que hay fallas de mercado, pero se conserva el principio de que la competencia es mejor que la no competencia"* (Gonzales, 1998, p.150)

Ha resultado particularmente explicativa del debate reciente, la propuesta de Frenk y Londoño (1997), en tanto introdujo la función de representación de los usuarios ante las IPS por parte de las EPS/ARS, dando cabida a involucrar en la discusión la literatura de agencia, al mismo tiempo que dio una base relativamente sólida para avanzar en la discusión del trabajo de aseguramiento. *"La organización articuladora actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados (así como aquellos de la agencia financiera) operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre."* (Frenk y Londoño 1997, p.20.)

Sin embargo, antecedió a esta discusión el trabajo pionero de Arrow(1963), quien caracterizó las condiciones que operan en el sector salud, mostrando a saber varias consideraciones importantes las primeras sobre las limitaciones que existen en el sector salud acerca de la consecución de los estándares de eficiencia económica, necesarios para hablar de un mercado competitivo. Tal como lo explico Gonzáles, *"la equidad y la eficiencia no son compatibles porque cada una responde a factores distintos. Los óptimos paretianos pueden ser injustos e inequitativos (Arrow 1972). A su vez, la búsqueda de equidad conduce a situaciones que no son Pareto óptimas."* (Gonzáles 1998, p.153)

Así mismo, Arrow (1963) mostró cómo la incertidumbre sobre la calidad de los bienes consumidos por parte de los usuarios de los sistemas de salud condiciona, en gran medida, la estructura que habría de tener este mercado: *"Uncertainty as to the quality of the product is perhaps more intense here than in any other important commodity... Further, there is a special quality to the uncertainty; it is very different on the two sides of the transaction. Because medical knowledge is so complicated, the information*



*possessed by the physician as to the consequences and possibilities of treatment is necessarily very much greater than that of the patient, or at least so it is believed by both parties. Further, both parties are aware of this informational inequality, and their relationship is colored by this knowledge.*" (Arrow 1963, p.26.) Este desarrollo, ha servido para justificar la necesidad de introducir el representante del esquema de Frenk y Londoño, al que nos referimos antes como un comprador cauto de los servicios de salud, campo donde aparecen las funciones de agenciamiento, todo en relación a los desarrollos sobre la teoría de la información, dadas las características de asimetría que existen respecto al bien salud.

Desarrollos posteriores han sido involucrados para explicar el proceso de maximización al que se enfrenta un consumidor del bien salud, en particular los modelos de básicos de selección adversa, ver por ejemplo Macho y Pérez (1997) donde se muestra en relación a al principal y el agente, usuarios de los servicios de salud versus EPS/ARS, que buscan mostrar la aparición de rentas derivadas de la tenencia de información específica que se encuentra en manos del asegurador, quien a su vez se supone agencia los derechos de los principales que han establecido un contrato, ya sea directamente como en el caso del régimen contributivo, o por medio de los entes territoriales como en el caso del régimen subsidiado. Ver a este respecto (Salanié, B 1997).

Estos temores se ven acrecentados, por la imposibilidad de tener soluciones vía mercado, entre otras porque la regulación colombiana, a limitado progresivamente las posibilidades de los usuarios para comportarse como consumidores, en tanto restringe los periodos y/o los procedimientos necesarios para trasladarse de una EPS/ARS a otra. Pero tal vez más, porque es en la necesidad de entender que existen divergencias entre las nociones de eficiencia y distribución, por las cuales no es posible esperar que el mercado por si solo produjera distribuciones al interior del sistema que puedan considerarse eficientes y justas.

### **3.4 EL PROBLEMA DE LA DISTRIBUCIÓN Y LOS ARREGLOS INSTITUCIONALES**

De lo anterior se ha derivado la necesidad de dar respuesta a cómo se llevan a cabo las funciones de representación y agencia por parte de las EPS/ARS. En este sentido, las nociones de eficiencia, justicia y equidad en tanto reglas de asignación permiten avanzar en dar respuesta mas o menos satisfactorias. Se entiende que existen riesgos crecientes respecto a la adecuada distribución de beneficios al interior del sistema general de seguridad social en salud, en particular algunos tratadistas han expresado estos temores así:

*"On the other hand, incentives for cost reduction are also greater in the private sector, but cost control is associated with lower quality. Thus the private sector will always (in the model) produce at lower cost, but could produce higher or lower quality. When one of the ways of reducing costs is to actively select easy-to-treat patients ahead of expensive cases, the social aspects of quality can be severely affected by incentives to control costs."*(William 2000, p. 15)

En el caso del SGSSS, la existencia de las EPS/ARS que interactúan en el mercado, venden pólizas de seguros de salud. Se enfrentan a una función de costos de provisión de servicios de salud, que puede ser diferente para cada EPS/ARS. De la competencia



o en sustitución de ésta, por medio de contratos bien definidos, se espera lograr un nivel adecuado de cubrimiento frente a los riesgos de salud. William (2000, p.8.) afirma que las empresas aseguradoras en salud, se enfrentan a la producción de un nivel adecuado de protección en salud mediante la provisión o contratación de servicios médicos, y al manejo de un portafolio financiero para la producción de rendimientos económicos. Existiendo un trade-off entre estas dos opciones, si se produjera uno solo de estos bienes, se podría cumplir las condiciones de eficiencia expuestas arriba, sin que se consiguiera tener una distribución adecuada de beneficios al interior del sistema. (Cárdenas 2002, p.223.) En este sentido, cualquier intento serio de aproximación a las EPS/ARS a partir de sus funciones, debe necesariamente involucrar el problema de la distribución al interior de las instituciones que confluyen en el sistema.

Los problemas se profundizan cuando el modelo de Frenk y Londoño no opera con separación de funciones, en este caso la representación y prestación de los servicios de salud suelen aparecer en muchos casos confundidos en una misma entidad. Es decir, se manifiesta el fenómeno de integración vertical entre el asegurador- agencia y el prestador de servicios de salud. En este caso nuevamente la relación entre eficiencia y distribución aparece para ser explicativa de los efectos que tienen este proceso. Los trabajos de algunos institucionalistas son particularmente importantes en esta vía de explicación.

El trabajo clásico de Coase (1937) La Naturaleza de la Firma, introdujo las primeras explicaciones al fenómeno de integración vertical, como estrategia de sustitución de las relaciones de mercado, por relaciones administrativas al interior de la organización. Sostiene Coase, que *"A firm, therefore, consists of the system of relationship which comes into existent when the direction of resources is dependent on an entrepreneur."* (Coase, 1937, p.6.) Igualmente el trabajo de Williamson, considera este proceso de integración vertical, como *"la sustitución del intercambio de mercado por la organización interna."* [Williamson 1999. p.15"]. En ambos caso, tanto Coase como Williamson, afirman que este tipo de estrategias obedecen a la necesidad de reducir costos, y por esta vía lograr mejores niveles de eficiencia, al sustituir relaciones de mercado donde existen costos de transacción y opera el mecanismo de precios en la asignación de productos, por decisiones administrativas internas a las firmas.

Las consideraciones distributivas en este caso, apelarían nuevamente a evaluar los modelos donde se supone que las labores de representación se ejercen ante un productor de servicios de salud, y supone que el proceso de agenciamiento elimina la asimetría de la información que existe entre entre el usuario (principal) y el prestador de servicios de salud. Cuando el agente asegurador, el comprador de servicios cautos que representa los intereses del beneficiario es a la vez productor de servicios médicos, las rentas derivadas de tener información privada, no se reducirá sino que se profundizará. ¿Son más eficientes las organizaciones que presentan procesos de integración vertical entre aseguradores y prestadores? Posiblemente la respuesta es si. ¿La distribución del los beneficios sociales es la deseada por la política pública? La respuesta es no.



#### 4. EL TEMA DE LA CALIDAD EN EL SECTOR SERVICIOS

Al estudiar el acceso a los servicios de salud se enfrentan dos campos que tienen que ver con la calidad: técnico y de prestación de servicio. El primero está referido a aspectos como la capacidad médico-científica, el cumplimiento de protocolos, la tecnología, etc. El segundo, por su parte, atiende elementos como la empatía, el ambiente, amenidades, entre otros aspectos. Sin duda uno y otro se deben conjugar para genera una buena atención en salud.

En el proyecto que aquí se desarrolla no se contemplan los aspectos atinentes a la calidad técnica, pues no es el propósito del estudio. No obstante, si entran en juego consideraciones respecto al trato que tanto en la EPS como en la IPS se brinda al afiliado. En esta dirección en las secciones siguientes se hará una revisión de la literatura respecto a la calidad en el sector servicios y los indicadores que se utilizan para medirla.

##### 4.1 DEFINICION DEL SECTOR SERVICIOS

Una de las primeras dificultades para abordar el tema de la calidad del servicio es la naturaleza del producto involucrado. En esta dirección uno de los primeros obstáculos que deben ser sorteados es determinar la especificidad del bien. Para analizar el tema de la calidad del servicio, sería necesario definir el ramo de servicios, no obstante, la discusión es amplia respecto a este punto

Buena parte de la literatura proveniente del marketing ha centrado la atención respecto al concepto de servicio sobre dos elementos, la intangibilidad y la propiedad. En 1960 la American Marketin Association sostenía que los servicios era actividades identificables por separado, esencialmente intangibles que dan satisfacción a deseos y que no están necesariamente ligadas a la venta de un producto u otro servicios, así mismo, producir un servicio podría o no requerir el uso de bienes tangibles y no habría ninguna transferencia de propiedad permanente de estos bienes tangibles.

Una perspectiva similar se aprecia en Kotler (1982) cuando afirma que un servicio es cualquier actividad o beneficio que una de las partes puede ofrecer a otra, que es esencialmente intangible, no produce la propiedad de algo y su producción puede o no estar ligada a un producto físico. En esta dirección como lo afirma Gronroos (1978) la compañía está vendiendo el servicio como núcleo central de su oferta de mercado. Actividad económica que crea valor y provee beneficios a los clientes en un lugar y momento determinado, como resultado de generar un cambio deseado a favor del receptor del servicio [Lovelock y Wrigh 1999]

La intangibilidad ha sido considerada como una de las principales características diferenciadoras de los servicios con respecto a la producción de bienes. Wilson (1972) sostiene que los servicios podrían subdividirse en intangibles puros (p.ej. museos), que agregan valor a un tangible (seguros) y que ponen a disposición un tangible (servicios financieros). Bateson (1977), por su parte, distingue entre intangibilidad palpable e intangibilidad mental, esto es, que es difícil para el consumidor captar mentalmente el servicio.



Shostack (1977) destaca que son contados los casos en que exista una oferta de bienes "puros" o servicios puros", más bien lo que se encontraría es una diferente interacción entre bienes y servicios. Levitt (1981) va a un más lejos y sostiene que no habría industria de servicios, sino que existen industrias cuyos componentes de servicios son mayores o menores que los de otras industrias.

El tema de la propiedad también se asume como una distinción básica respecto a una industria de productos manufacturados. En el caso de los servicios el cliente sólo puede tener acceso o utilizar una facilidad; el pago se hace por el uso, acceso o alquiler de elementos.

Otras características diferenciadoras serían la inseparabilidad, heterogeneidad y carácter perecedero [Cowell 1991]. Respecto a la primera, se afirma que no es posible separar el producto de quien lo vende, así mientras los bienes siguen la línea producción-venta-consumo, los servicios primero se venden, luego se realizan y finalmente se consumen. Además, se trata de una producción en la que resulta muy complicado lograr la estandarización, aun cuando se puedan utilizar sistemas estándar en algunas partes del proceso; no obstante, es difícil asegurar el mismo nivel de producción desde el punto de vista de la calidad y el cliente enfrenta serias complicaciones para juzgar la calidad con anterioridad a la compra. Finalmente, los servicios son susceptibles de perecer, no se pueden almacenar y terminan en el momento que se realizaron.

#### 4.2 DIMENSIONES DEL SERVICIO

Respecto a la definición de servicios se han seguido cuatro caminos: beneficio del consumidor, servicio, oferta del servicio y entrega del servicio.

El primer enfoque se sostiene en la idea de que sólo el consumidor puede percibir la verdadera naturaleza de un producto. Así, para cualquier empresa el concepto de beneficio del consumidor será un conjunto de atributos funcionales, eficaces y psicológicos. De ahí que la oferta de servicios debe basarse en las necesidades y beneficios buscados por consumidores y usuarios [Bateson 1977].

Para Sasser y otros (1978) el servicio es la definición de la oferta en función del conjunto de bienes y servicios vendidos al consumidor más la importancia de dicho conjunto para el consumidor. Por ello, el proceso de creación de un servicio es una dimensión de él mismo y el sistema de entrega tiene que idearse con la presencia del consumidor en la mente.

En la aproximación de oferta del servicio, el concepto se toma en relación con las decisiones gerenciales referentes a los elementos, las formas y los niveles del servicio. En esta dirección, la calidad provoca decisiones que tienen que tomarse sobre el nivel básico de calidad que se suministrará para equipararse al deseado y sobre la variación dentro de un rango de productos de servicio [Kotler 1982, Levitt 1981].

Finalmente, otra concepción señala que el desempeño y el sistema de entrega del servicio crean el servicio. En esta perspectiva se destaca el personal que participa en el desempeño y entrega del servicio, así como la evidencia física, es decir, los recursos físicos y técnicos [Rathmell 1974].



### 4.3 LA BUSQUEDA DE LA CALIDAD EN EL SECTOR SERVICIOS

Los trabajos orientados a la calidad del servicio se han desarrollado a partir del cambio proveniente en los conceptos de marketing, jalonados, a su vez, por el fortalecimiento de la idea de competitividad. En las teorías de la competitividad la calidad, al igual que la innovación y el servicio, se vuelve foco central. Sin embargo, tanto los antiguos conceptos como los nuevos están fundamentados en el cliente, es decir, la importancia de la calidad radica en el crecimiento de la demanda del servicio.

En la postguerra, en el marco de una economía de escasez y de concentración del ingreso, el objetivo de los productores era la ampliación de sus ventas capturando cada vez más compradores. Así, el soporte de las ventas era que los productos fueran comprados con base en la imagen que proyectaban de autoconcepto y estilo de vida.

Las tendencias globalizadoras de la economía, según Webster (1994) han generado un consumidor global que escoge entre una amplia gama de bienes y que está más inclinado a juzgar y seleccionar de acuerdo con el valor que perciben. Este valor puede ser entendido en la relación precio-calidad o beneficios percibidos vs. Costos percibidos.

Esta idea ha sido desarrollada por la teoría de las propuestas de valor, que se basa en agregar valor a los productos, el cual sólo puede darse en los términos que el cliente lo percibe. De ahí que, el posicionamiento del producto sea el proceso de construir y organizar la promesa de valor que será comunicada al consumidor. Esta última puede ser entendida como los atributos que se ofrecen para crear lealtad y satisfacción en los consumidores objetivo: funcionalidad del producto, servicio, precio y calidad [Norton y Kaplan].

Con esta orientación, los análisis de calidad se centran en cómo lograr que la empresa se acerque al cliente de una manera más eficaz [Kotler 1999]. Dado que la relación con los clientes es vital para los negocios, el establecimiento, desarrollo, mantenimiento y optimización de las relaciones de largo plazo entre los clientes y las empresas se conciben como generadores de valor para la organización [Brown 2001]. Con esta perspectiva se asume que el proceso de adquisición, retención y crecimiento de clientes rentables crea una ventaja competitiva. En consecuencia, las tareas realizadas con este propósito, en la medida que logran entender y comunicarse con el cliente existente y encontrar nuevos consumidores, llevan a proveer calidad en los productos de la empresa y un servicio consistente.

Así, el trabajo se ha fundado en la manera de constituir una organización que permita, de una parte la relación entre los procesos operativos y los de mercadeo y, por otra, una orientación hacia el cliente como principal juez de la calidad. En este contexto la calidad es definida como el nivel de excelencia que la empresa ha escogido alcanzar para satisfacer a sus clientes [Horovitz]

Gerencia del servicio es el campo en el que se aglutina las propuestas y es entendido como un método organizacional total para hacer del mejor servicio la fuerza motriz del negocio [Albrecht y Zemke 1987]. Como lo afirma Albrecht (1989) para diseñar cualquier estrategia de gerencia del servicio deben existir unas condiciones



organizacionales básicas, una cultura del servicio y una manera de vivir organizacional que esté orientada hacia el servicio.

Con esta premisa se afirma que los clientes deberían tratarse como activos de la empresa y por lo tanto ser valorados, hacerles seguimiento protegerlos contra alguna pérdida como parte valiosa de la compañía del negocio, asegurarse de que sus necesidades están siendo satisfechas y darles regularmente mantenimiento para que regresen una y otra vez [Albrecht y Bradford, 1998]

En esta dirección, la labor empresarial incluye conocimiento del consumidor, el producto y la competencia; diseño y seguimiento de una estrategia; educación de la organización y del cliente; evaluación de la calidad y monitoreo del servicio.

El conocimiento del producto tiene que ver con la definición de los ciclos de servicio y los momentos de verdad [Carlzon 1989]. Los primeros corresponden a las diferentes etapas que conforman una cadena de producción; los segundos son los diversos contactos que tiene el cliente con la organización y que le causan la sensación de satisfacción o insatisfacción respecto a la calidad del servicio recibido. En la medida en que los momentos de verdad plasman los sentimientos del consumidor, son estas etapas del proceso las que deben recibir atención prioritaria tanto en la estrategia empresarial como en la evaluación de la calidad.

Todos los encuentros que el cliente tiene con la organización le generan una percepción bien positiva o negativa de esta y de la calidad del servicio que se le presta. Los diferentes factores de influencia que entran en un momento de verdad son: el contexto en el que se presta el servicio, el marco de referencia del cliente y el marco de referencia del empleado, es necesaria la compatibilidad para lograr un resultado positivo

#### **4.4 DISEÑO DE INDICADORES EN LA GERENCIA DE SERVICIO**

Según este enfoque la satisfacción del consumidor es el resultado esperado de una compra y mide el grado en que el producto cumple con las expectativas del cliente y que sea considerada la mejor opción en el mercado. En cuanto a la calidad del servicio los clientes están evaluando todo el tiempo el producto de acuerdo a cuatro factores: proceso de compra, uso del producto, proceso postcompra y la disposición del producto. La insatisfacción se genera en fallas en la prestación del servicio principal, fallas en el manejo de los momentos de verdad, precio, inconveniencia, respuesta a los errores, atracción de los competidores, comportamientos éticos y cambios involuntarios [Hawkins y otros 2001]

Para Eiglier y Langeard (1981) el cliente evalúa tres aspectos: Imagen corporativa, calidad técnica y calidad funcional. Berry y Parasuranam (1993) por su parte, señalan que la evaluación del cliente recae sobre cinco aspectos: a) confiabilidad, es decir, la capacidad de prestar el servicio prometido con seguridad y correctamente; b) recursos tangibles, o sea, los recursos materiales, equipos, personal y materiales de comunicación; c) diligencia, que involucra la voluntad de ayudar a los clientes y de prestar el servicio rápidamente; d) garantía, que contempla los conocimientos y la cortesía de los empleados y su capacidad de infundir confianza; e) empatía, concebida como la capacidad de prestarle a los clientes atención individual y cuidadosa.



La medición del servicio al cliente no sólo se trata de encuestas sino de organización de índices que permitan hacer un seguimiento a través del tiempo para reconocer mejor a los clientes y su cambio en gustos y necesidades, el método se basa en conocer la opinión de los clientes "escuchar la voz del cliente" enfocándola no sólo medir cada uno de los servicios individuales que la empresa ofrece sino el conjunto de los servicios que permitan medir la calidad del servicio [Serna 2001].

A partir de estas premisas el procedimiento para evaluar la calidad parte de diseñar las fases del ciclo del servicio, que se representa a partir de un diagrama de flujo, y establecer los momentos de verdad.

El siguiente paso es la toma de información que puede realizarse a través de encuestas y cuestionarios estructurados, entrevistas cortas a la salida del servicio, teleauditoría, encuestas por correo, entrevista personal, grupos focales y entrevista a profundidad. Sin embargo, sólo las técnicas que arrojan datos cuantitativos permiten la construcción de índices, sean estos perceptivos, reales, por procesos, de competencia y de lealtad. El índice, por tanto, es un parámetro que se calcula de acuerdo a la escala utilizada para cada momento de verdad.

#### **4.5 SELECCIÓN DE INDICADORES A PARTIR DE LAS TEORIAS DE LA ORGANIZACIÓN**

En la misma perspectiva de lograr mayor competitividad de las empresas, mencionada en la sección anterior, las teorías de la organización han insistido en la necesidad de adoptar modelos de planeación. En esta visión, la nueva estrategia de los negocios debe comprender todo lo relacionado con la orientación y filosofía de la empresa, que vincula no sólo el desarrollo de la tecnología, sino también al perfeccionamiento de los procesos administrativos, los cuales están referidos a los aspectos tanto internos como a la percepción que tienen los clientes de la firma y de los servicios que presta [Baena 2004].

En esta dirección se afirma que la empresa será evaluada no sólo a partir de la venta del producto o del servicio sino de la cadena de valor que logre integrar, más la atención servicio que preste al cliente, y el aprendizaje interno que le sirve como herramienta de retroalimentación.

Las distintas tesis que abordan la planeación se han incluido en el campo de la gestión estratégica. Dos grandes enfoques se pueden distinguir respecto al contenido de la gestión estratégica, de una parte quienes la consideran como conjunto de elementos y quienes la analizan como sistema.

Bruyne (1990) considera la gestión, desde el punto de la administración, como la utilización, el empleo, la consecución y la combinación de recursos. En este sentido la gestión se equipara con management y se circunscribe a lo rutinario y lo cotidiano. Pallu (1998) la define como el conjunto de procesos puestos en marcha y orientados por la adopción de decisiones que determinan la actividad de la firma.

Otras teorías entienden la gestión como un sistema que incluye estrategia, objetivos, tecnología, estructura, procesos organizativos, cultura empresarial y personalidad de



los miembros de la organización. En esta perspectiva la gestión no se agota en la coordinación y administración de una empresa, dados unos objetivos de producción y competencia, sino que involucra en un todo dinámico unos objetivos y un direccionamiento estratégico, la forma de adaptación al entorno, una estructura y unas prácticas directivas y la cultura y la personalidad en que se basa la organización [Pacheco y Castañeda sf.].

Como parte integral de este sistema se encuentran los indicadores de gestión. Con ellos se pretenden sustituir las apreciaciones subjetivas de los administradores por medidas objetivas de desempeño. Los indicadores son la descripción cuantitativa de los resultados reales de una actividad o conjunto de actividades en un periodo de tiempo determinado; su empleo permite conocer el grado de cumplimiento de lo planeado o de lo encomendado y garantizar que lo ejecutado esté de acuerdo con lo planeado.

Si los objetivos de las organizaciones son sociales e institucionales los indicadores de gestión son de dos categorías: sociales o de logro de objetivos con cliente externo, e institucionales o de logro con cliente interno. Para alcanzar los objetivos se generan productos sociales y productos institucionales, en los primero se procura el desarrollo de la sociedad y en los segundo el de la institución [Dominguez 1998].

Un indicador no es solamente un dato estadístico pues está asociado al alcance de la gerencia y de la organización. Es sistémico, o sea que se debe considerar como el producto de observar la empresa como un microsistema compuesto por subsistemas que impactan a otros según produzcan un buen resultado o no; además, agrega valor a la empresa debido a su papel de retroinformación. El indicador es una relación de observaciones y cifras que pueden compararse y ser objeto de mejoría para los procesos. De ahí que, el indicador engloba la definición de gestión como sistema, la cual impulsa el conocimiento tanto de la responsabilidad como de la interdependencia entre los distintos elementos del sistema [Pacheco y otros s.f.]

En 1996, en el marco del cambio en las teorías de la organización los profesores, David Norton y Robert Kaplan desarrollaron una herramienta de planeación y gestión denominada Balanced scorecard - BSC o cuadro de mando integral, el cual busca unir el control operativo de corto plazo de la empresa con la visión y estrategia de largo plazo.

Varias perspectivas fueron situadas como focos de análisis en esta metodología: financiera, de proceso interno, de cliente, de aprendizaje y crecimiento. La metodología BSC traduce los objetivos estratégicos en términos que puedan ser comprendidos, comunicados y entendidos por todos los miembros de la organización, y que puedan ser puestos en operación. Así, el BSC permite observar el desempeño de todas las áreas desde distintas perspectivas. Por su parte, el tablero de control relaciona metas, objetivos e indicadores así como porcentajes de logro.

Las etapas que deben cumplirse en el proceso de construir el BSC son: definir el sector, su desarrollo y el papel de la empresa; establecer o confirmar la visión de la empresa; determinar las perspectivas; identificar los factores críticos; desarrollar los indicadores; definir las causas y los efectos y establecer un equilibrio; configurar el



BSC, desglosarlo con indicadores por unidad organizativa, formular metas, ejecutarlo y generar sistemas de monitoreo.

## **5. BALANCE DE LOS ESTUDIOS SOBRE EVALUACION Y CONSTRUCCION DE ORDENAMIENTOS DE LAS EPS-ARS**

La definición de los aspectos metodológicos y conceptuales en el ordenamiento de EPS-ARS, que se propone desarrollar el Grupo de Protección Social del CID, se nutrió de la revisión de los trabajos previos realizados en esta vía. El propósito de este documento es caracterizar aquellos elementos que han sido utilizados en las evaluaciones y ordenamientos de los organismos que participan en el sector.

Para el cumplimiento de la meta citada se tomaron en cuenta trabajos que presentan diversos orígenes, los cuales involucran desde la academia hasta políticas gubernamentales que propenden por iniciativas de este tipo. En particular, fueron revisados los trabajos de Cárdenas (2004), Muñoz (2001), Profamilia (2001), Defensoría del Pueblo (2003), ACHC (2003,2005), CID (1998-2000 y 2001), Encuesta de Calidad de Vida –ECV (2003) y Office of Patient Advocate Home -OPA (2004).

En este grupo de trabajos los de Cárdenas, Defensoría del Pueblo, OPA y ACHC abordan directamente la construcción de un ranking de empresas aseguradoras en salud. Los tres primero tienen como base una encuesta a los usuarios, mientras que en el último se encuesta a las IPS integradas en la asociación.

Los demás estudios señalados, si bien no tienen como propósito la construcción de un ordenamiento, se fundamentan en encuestas a los afiliados y beneficiarios del Sistema de seguridad social en salud. Así que, varios de los temas que hacen parte de la elaboración de un ranking son sujeto de investigación a partir de tales encuestas. En esta dirección es preciso tomarlos en cuenta a la hora de definir los elementos componentes de un ordenamiento.

El documento que aquí se presenta está construido sobre seis aspectos relacionados entre sí: áreas temáticas involucradas, las variables en que éstas fueron expresadas, las fuentes de información, el tipo de preguntas formuladas y las técnicas estadísticas utilizadas. Este balance más que una recopilación de propósitos, metodologías y resultados de los diferentes trabajos, contiene un análisis transversal de los temas propuestos.

### **5.1 AREAS TEMATICAS**

#### **5.1.1. Información para la escogencia**

El análisis sobre el cual se sustentan las propuestas objeto de este balance, suele constituir una guía central respecto al tipo de expectativas que se tienen de las evaluaciones y ordenamientos realizados. En algunos trabajos los modelos teóricos son explícitos, mientras que no lo son en los otros; sin embargo, siempre es posible ligar creencias y propuestas teóricas con los propósitos enunciados por los autores.



Una primera característica que se deriva de la revisión de los trabajos mencionados es la presencia, en distintos grados, de la discusión en torno a la importancia de la información para la toma de decisiones en el sector salud. Se intenta crear herramientas que permitan superar las dificultades de información que existen en el sector, y proveer información acerca de las cualidades de las empresas aseguradoras en salud.

Se parte de la idea de que los vacíos de información existentes generan asignaciones no óptimas en el mercado, en tanto que las elecciones que analizan los ciudadanos no premian la calidad en la prestación de los servicios, tal como se señala en el trabajo de Cárdenas (2004). En una situación similar se encontrarían los entes territoriales, para el caso del Régimen Subsidiado; no disponen de suficiente información sobre el desempeño de las aseguradoras, de manera que puedan guiar sus procesos de contratación, seguimiento y control, y renovación de los contratos de aseguramiento.

Buena parte de la reflexión que se adelanta en esos trabajos se refiere a teoría de la agencia, asimetrías de información y costos de transacción. En esta perspectiva se recurre a trabajos como los de Arrow (1963), Enthoven (1993), Londoño y Frenk (1997) y Rodríguez (2002).

Al reconocer la presencia de asimetrías de información entre los usuarios, las IPS y las aseguradoras en salud, en torno a la valoración de la atención en salud, en los estudios se introducen las nociones de agencia, en particular las propuestas por Arrow (1963 y 1972). La diferencia con respecto a este teórico es que las relaciones estudiadas no son entre médico y paciente sino entre usuario y asegurador. Como lo señala Cárdenas (2004: 13) "A partir de la existencia de asimetría de información en el mercado de salud propuesta por Arrow (1963), el presente artículo extiende dicha característica teórica, para el caso colombiano, a las relaciones entre usuario y empresas administradoras de régimen subsidiado en el sistema de seguridad social en salud y por ende, propone el diseño de un instrumento para superarla".

Dada la existencia de la asimetría en la información la pregunta es cuáles serían los mecanismos para superar esa falla del mercado. Una posibilidad sería el Estado como agente de los usuarios, que represente sus derechos ante el asegurador, que a la vez también actúa como agente de los usuarios ante la IPS; sin duda sería una vuelta muy larga y probablemente costosa.

La otra posibilidad es intentar la supresión de las barreras que afectan la cantidad y calidad de la información que tiene un ciudadano en el momento de enfrentarse a la elección de una EPS o ARS. Los mecanismos podrían ser la construcción y divulgación de la información por parte de otro agente, más o menos ajeno a la relación principal-agente (usuario-asegurador). Una alternativa (Muñoz 2001) es llenar los vacíos de información que existen en el cumplimiento de los contratos de aseguramiento y otra opción es realizar "consultas y pronunciamientos masivos que involucren a los usuarios, con el fin de que se puedan establecer niveles o "índices" de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud, como medida objetiva de calidad en la promoción y prestación de la atención médica" (Defensoría 2003: 1).



Para el cumplimiento de esos propósitos el Estado podría desempeñar un trabajo significativo, tal como se puede apreciar en las propuestas de Enthoven (1993) y Londoño y Frenk (1996), respecto al papel del Estado en el mercado. Aquí el Estado actuaría como regulador en la medida que puede establecer las condiciones básicas de operación de los organismos que participan en el sector y contribuir a la provisión de la información necesaria para la toma de decisiones de aseguramiento.

A este respecto se observa que, como lo afirma Cárdenas (2004:22): "De acuerdo al pluralismo estructurado y los decretos 1256 de 1995 y 1890 de 1999, las acciones inherentes a la función de articulación de las administradoras del régimen subsidiado son las siguientes: Representación de los usuarios, administración del riesgo y generación de incentivos para los hospitales públicos a ser eficientes".

Dado que -a diferencia de lo que sucede con las evaluaciones realizadas por las asociaciones que aglutinan a los organismos vinculados al sector, como por ejemplo la ACHC-, los usuarios no disponen de mecanismos que le permitan establecer criterios de comparación, en gran escala, sobre los ofrecimientos de las aseguradoras, el Estado podría, a través de sus programas, generar los mecanismos para llevar a cabo dichas valoraciones.

Por su puesto que las evaluaciones y ordenamientos realizados por entidades particulares también constituyen una fuente importante de información para el usuarios, tal como se señala en el estudio realizado por la Asociación de clínicas y hospitales - ACHC (2003:2): "Como en años anteriores los hallazgos de esta investigación son de alta relevancia para el Sistema de Seguridad Social en Salud. A los usuarios del sistema y ciudadanos en general les permite tener una herramienta para evaluar el comportamiento de las EPS, de tal manera que les permite a su juicio y en forma más consiente la movilidad en el sistema; al gobierno le permite apreciar de manera cualitativa y cuantitativa cuál es el clima general que existe en las relaciones entre dos de los más importantes actores del sistema, inclusive conocer los aspectos cruciales de las calificaciones y su evolución".

### **5.1.2. Impacto de las políticas públicas**

Existe otro tipo de estudios, que si bien no están directamente orientados a generar una evaluación o un ordenamiento de entidades aseguradoras en salud si dan cuenta de elementos centrales que deben ser contemplados con ese propósito. Entre ellos se podrían citar ENDS (2000), ECV (2003) y CID (2001).

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud se busca identificar el impacto general de las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en aspectos como afiliación por regímenes, calidad de los servicios de hospitalización y acceso. A través de la encuesta se puede diferenciar tal impacto por edad, sexo, zona geográfica, nivel educativo y actividad económica.

Como parte del proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado en Salud, el equipo del CID de la Universidad Nacional de Colombia realizó un encuesta a los hogares urbanos de los estratos socio-económicos 1, 2 y 3 de servicios públicos domiciliarios, sobre temas relacionados con el estado y funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud. En particular se estudiaron temas como cobertura, afiliación, equidad,



percepción de la ventaja del aseguramiento, morbilidad, utilización de los servicios y participación comunitaria.

Una temática similar ya había sido desarrollada por el mismo equipo en las dos fases del proyecto Municipio Centinela (1998-2000). En las encuestas realizadas a los hogares se insistía en temas como cobertura, acceso –tanto al aseguramiento como a la atención- y participación comunitaria.

El enfoque utilizado por el equipo del CID parte de reconocer que el Régimen Subsidiado se diseñó para garantizar a la población pobre el derecho a la salud. De ahí que sus recomendaciones estaban orientadas a señalar mecanismos que permitieran el avance hacia el aseguramiento universal, que tiene la ventaja de superar prácticas políticas no transparentes y seguir el camino hacia la configuración de un nuevo concepto de ciudadanía centrado en el ejercicio de los derechos sociales.

Si bien en la investigación se recurrió a elementos pertenecientes al enfoque de agencia, esta línea no fue un elemento exclusivo de análisis, puesto que una peculiaridad del estudio realizado por el equipo del CID fue la aproximación interdisciplinaria. En estas circunstancias el análisis de las entidades aseguradoras desborda la idea de intermediación entre el usuario y las IPS.

Por su parte, la Encuesta de Calidad de Vida (2003), que no corresponde a una evaluación, brinda elementos que permiten identificar características del funcionamiento del sistema y de las EPS-ARS. En esta encuesta se contemplaron preguntas respecto a afiliación, acceso a los servicios de salud y atención médica.

## 5.2 ASPECTOS MEDIDOS EN LOS ESTUDIOS

Varios son los ejes temáticos que se encuentran en las investigaciones objeto de este balance: las funciones que se derivan de la representación de los afiliados (Cárdenas 2004), la calidad de la oferta de servicios (OPA 2004), acceso y percepción de bienestar (Muñoz 2001), percepción sobre áreas médica y de gestión (ACHC 2003) y funcionamiento del Régimen Subsidiado (CID 1998, 2000, 2001).

Las variables analizadas en los diferentes estudios podrían agregarse en áreas temáticas tales como: 1) garantía en el acceso, 2) calidad del servicio, 3) divulgación de la información, 4) diseño de mecanismos de pago a la red prestadora, 5) administración eficiente del riesgo y 6) generación de mecanismos de control.

### 5.2.1. Acceso

En general, en los estudios analizados se busca determinar variables indicativas o trazadoras sobre los temas de evaluación. En términos de acceso se encuentran dos subtemas: tiempos y trámites e información y empoderamiento.

#### *Tiempos y trámites*

En este capítulo se elaboran preguntas en torno a tiempos de desplazamiento, así como trámites y requisitos.



Respecto al primer tema se indaga de dos maneras, una tiene que ver con estricta percepción del usuario y otra con rangos de tiempo o distancia establecidos por los investigadores. Otras preguntas con el mismo propósito de determinar acceso se refieren a la existencia de contratos de prestación de servicios, a períodos de entrega de carnés y la posibilidad de acceso sin tenerlo y pago de cuotas o copagos.

Un tema que también podría hacer parte de acceso tiene que ver con el cumplimiento de los programas de promoción y prevención. A este respecto las preguntas tienen que ver con la participación en alguno de los programas (definidos por edad y sexo) y la periodicidad.

### *Información y empoderamiento*

Difundir información sobre las entidades, mecanismos, requisitos y trámites para acceder a los servicios de salud y a los programas de promoción y prevención, es uno de las tareas que en forma recurrente son evaluadas en estas investigaciones. Tal componente resulta bastante útil toda vez que se constituye en un paso básico para poder acceder a los servicios.

La hipótesis utilizada por Muñoz, Cárdenas y la Defensoría del Pueblo, resulta importante en el momento de construir un ordenamiento. Parten de la premisa de que es una obligación de la ARS transferir la información necesaria para superar las barreras de acceso derivadas del desconocimiento; además, que el acceso a los servicios de salud puede ser bloqueado no sólo por la estructura administrativa sino por la falta de conocimiento sobre los derechos, trámites y momentos oportunos para solicitar y recibir la atención médica.

En el trabajo de la Defensoría del Pueblo (2003) se elaboró un módulo denominado acceso a la información, para la evaluación de las aseguradoras, en el que se incorporaron preguntas como: ¿conoce la red de servicios?, ¿le han informado los servicios a que tiene derecho?, ¿lo han invitado a programas de promoción y prevención?

Otro campo de indagación, particularmente desarrollado en las investigaciones del CID, es la participación comunitaria y el control social. Por esta vía, las preguntas sobre si conoce los organismos de participación, ha participado, en qué tipo de organizaciones y cuáles las acciones desarrolladas, permiten observar la medida en que efectivamente las entidades están contribuyendo a lograr el empoderamiento de los usuarios.

Un componente significativo en esta área es el de quejas y reclamos. Mientras que en el trabajo de Cárdenas dicho componente hace parte de la evaluación de la calidad, en las investigaciones del CID bien podrían considerarse en el capítulo de información y empoderamiento, dado que determina la capacidad de interacción entre el individuo y el sistema. Para esta sección se busca determinar los mecanismos existentes, la agilidad con que operan, el grado de respuesta que logran y su capacidad para programar soluciones de conjunto.



### 5.2.2. Calidad en la atención

La mayor parte de los estudios ha intentado involucrar aspectos relacionados con calidad de los servicios médicos. En torno a la medición de este aspecto figuran básicamente dos estrategias, de una parte la utilizada por OPA que recurre a la verificación de procedimientos médicos por medio de las historias clínicas y reportes, con el fin de determinar si los tratamientos recibidos estuvieran acordes con los estándares esperados. De otro lado, se encuentran las encuestas a los usuarios que intentan captar percepción de la calidad.

En este último grupo se aglutinan casi todos los estudios señalados. Las preguntas formuladas tienen que ver con tipo de institución a la que se asiste, atención, entrega de medicamentos y calificación del servicio.

Para abordar este aspecto resulta importante tener en cuenta el origen de la información involucrada para la evaluación. Si bien el acceso parece ser un área que puede evaluarse a partir de la repuesta de los afiliados a una aseguradora, no pasa lo mismo cuando éste debe evaluar la pertinencia y calidad de los servicios médicos proporcionados por una IPS, en el tratamiento de cualquier enfermedad. Es precisamente a esto a lo que se refiere Arrow (1963) cuando afirma que respecto a este bien, existe una gran asimetría de información, que no permite una adecuada percepción por parte del usuario o comprador.

En el caso de la evaluación de las HMO de California se busca una fuente más adecuada, que supere esas asimetrías de información que presenta el bien salud. Se recurre a la utilización de las historias clínicas de los pacientes y a los registros de servicios brindados a los afiliados. Se conformaron subconjuntos, que definieron nuevos marcos muestrales para evaluar la pertinencia del tratamiento o procedimiento médico. Este resultado es particularmente significativo, en tanto la salud es un mercado de medios y no de resultados, donde la oferta de servicios de salud es inelástica para muchas enfermedades, a saber se podrían generar dos tipos de situaciones: 1- No siempre el tratamiento adecuado conduce a una mejoría en el estado de salud del paciente. 2- El resultado esperado en algunos casos, esta solamente relacionado con aspectos paliativos, sin que la plena salud del paciente pueda ser restaurada.

La estrategia utilizada en el caso de OPA (2004) para puntuar la atención medica adecuada, fue centrarse en algunos aspectos que a su parecer resultaban de suma importancia como variables trazadoras y en los cuales los tratamientos recibidos estuvieran acordes con los estándares esperados: medicamentos para el asma, pruebas de detección de glucemia, pruebas de colesterol, pruebas de detención de cáncer cervical, pruebas de detención de cáncer de mama y vacunación infantil. La información encontrada en, las historias clínicas y reportes de atención, puede ser contrastada contra los estándares definidos para su atención, por lo cual se elimina gran parte de las subjetividades.

Otro elemento a considerar es la imposibilidad técnica o factual de acceder a lo que podrían considerarse fallas en la atención médica y errores de procedimiento, a través de los cuales se podría también percibir la calidad.



### 5.2.3. Oportunidad

La oportunidad en la atención fue utilizada en el estudio de la Defensoría del Pueblo (2003) como uno de los componentes para la construcción del ranking de ARS y EPS. A este mismo componente se recurrió en las investigaciones de Cárdenas y el CID para evaluar el funcionamiento del Régimen subsidiado, en el primer caso involucrado en el tema de calidad y en el segundo como un tema específico. Cárdenas como la Defensoría consideró que las variables relacionadas con oportunidad, en diferentes aspectos, podrían dar pistas sobre la calidad de los servicios.

En dirección a capturar indicadores de oportunidad las preguntas se refieren al tema de la espera para la atención: se indaga sobre tiempo para la solicitud de cita, período de otorgamiento de ésta, demora en la atención y tiempo para entrega de medicamentos.

Para el análisis de este campo, sin embargo, habría que tener precauciones, en especial cuando la base es la percepción de los usuarios. En sentido estricto los distintos niveles de complejidad de las necesidades de atención pueden permitir tiempos de asignación de citas de manera diferenciada, por ejemplo un contraste sería entre un chequeo médico y la atención oncológica. Nuevamente, como ya se había señalado en el tema de calidad, es preciso distinguir entre oportunidad y percepción de la oportunidad.

### 5.2.4. Satisfacción

El tema de la satisfacción del usuario es otro de los de mayor referencia en los estudios. En este campo las preguntas están dirigidas a una calificación por parte del usuario y a determinar sus preferencias. Para ese último propósito se realizan preguntas como si se cambiaría de entidad aseguradora, o si, en caso de necesitarlo, volvería a utilizar los servicios de esa IPS.

Aquí, habría que estar alerta particularmente en la interpretación de los resultados, pues podría caerse en una asimilación directa entre la opinión del encuestado y la calidad de los servicios.

No se puede asumir en forma directa que los afiliados a las aseguradoras en salud tienen un conocimiento adecuado para evaluar factores como la pertinencia de un examen y el tiempo en el que se le practica, o si la remisión al especialista resultó adecuada y en el tiempo necesario. Construir un ordenamiento con esta base no permitiría superar las asimetrías de información, pues se está indagando sobre áreas que el usuario no maneja; por el contrario podría profundizar la asimetría, en tanto la información que se provee como guía para la elección de los beneficiarios, no corresponde con lo que estas instituciones proveen.

## 5.3 ORDINALIDAD Y CARDINALIDAD EN EL CENTRO DEL DEBATE

Particular relevancia tiene constatar que buena parte de los trabajos, a los cuales tuvimos acceso en este caso, se sustentan en una aproximación teórica propia del individualismo metodológico. Por ello, se realiza un símil con la revelación de preferencias individuales propia del equilibrio parcial Marshalliano, en el que supone



que a partir de la agregación de las preferencias individuales pueden construirse las elecciones del mercado.

Sin embargo, este tipo de aproximaciones tiene una limitante difícil de sortear cuando se intenta construir evaluaciones institucionales a partir de opiniones de los individuos. Nos enfrentamos a canastas de elección inconmensurables unas respecto otras. ¿Qué amerita el calificativo de bueno, regular o malo, que hace un afiliado a una aseguradora? Ya que esta valoración dependerá de la ponderación particular que haga cada uno de los individuos, desconociendo a que se refiere una adecuada atención en salud, la agregación de estas respuestas no necesariamente puede considerarse acertada y aún útil para construir un ordenamiento o una evaluación. Este aspecto es particularmente relevante al evaluar que tan adecuada resultan o no determinados tipos de preguntas.

La dificultad de poder agregar ciertas respuestas, en medio de canastas de preferencias inconmensurables, puede generar fuertes complicaciones en este tipo de investigaciones. Ya nos referimos a las categorizaciones como Bueno, Regular o Malo u otras, sin embargo aparecen otras categorías tales como fácil o difícil, que suelen ser utilizadas en algunos casos.

Categorías como fácil o difícil, oportuna o demorada, proviene de la tolerancia que tenga una persona a la realización de líneas de espera, su preferencia respecto a los desplazamientos y otro tipo de elementos. Así, lo que para el sujeto A es fácil, puede representar una dificultad término medio o alto para otro. ¿Es posible agregar las respuestas de A y B? pues una puede estar representando 5 horas de espera para la asignación de una cita y ser calificada como buena, mientras que la otra tan sólo 2, y ser calificada como mala.

En estos casos puede resultar favorable formular las preguntas a partir de estratos de tiempo, costo del transporte, medidas de distancia; correspondería entonces al equipo de especialistas adjudicarle el adjetivo de cerca o lejos. En esta dirección también se puede recurrir a estándares. Una estrategia de esa naturaleza se siguió en los estudios del CID (1998, 2000) para las preguntas referentes a acceso y oportunidad.

## **5.4 METODOLOGIA ESTADISTICA**

### **5.4.1. Trabajos que demuestren la relación**

En el desarrollo de los trabajos, no se encuentra evidencia de estudios que apoyen la evidencia de correlación entre elección de aseguradores en salud por parte de los ciudadanos afiliados al sistema de salud y niveles de información. Esto se apenas entendible, en tanto no ha habido en el país experiencias de medición y divulgación de resultados consistente a través de los años que ha venido funcionando el sistema después de 1993. Pero también, porque en la practica el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud, mediante su reglamentación y el establecimiento de tiempos mínimos por afiliado a cada asegurador, no ha permitido que operen mecanismo de mercado.



#### 5.4.2. Sistemas de ordenamiento o priorización de las variables

Respecto a las técnicas o modelos estadísticos utilizados para la priorización y el ordenamiento de las variables, que aparecen en el análisis, se encuentra un alto grado de recurrencias en los modelos estadísticos utilizados. Sin embargo, la posibilidad de encontrar diferencias será siempre valiosa, en el trabajo de Cárdenas (2004) se hace explícita la utilización de componentes principales para jerarquizar las variables a ser utilizadas en el proceso de construcción del índice, metodología similar se sigue en el estudio de la ACHC, mientras que en los otros estudios no se contempla este tipo de ordenamientos.

#### 5.4.3. Métodos de Recolección de Información

##### *Encuesta en el hogar*

Los métodos de recolección de la información pueden tener incidencia sobre la calidad de ésta. En particular es importante garantizar que este proceso resulte homogéneo en relación a todas las Aseguradoras en Salud que son objeto del ordenamiento que nos proponemos llevar a cabo.

En el caso del trabajo de Cárdenas 2004, se llevó a cabo el diseño a partir de los listados de afiliados a las Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), el cual fue circunscrito a la localidad de Kennedy en Bogotá. La encuesta se realizó por hogares, previamente georeferenciados, la autora sugiere que las entrevistas se realizaron en los hogares y no a la salida de los servicios médicos para evitar el sesgo que esto ocasionaría a la muestra. Fenómeno que, precisamente, ha sido objeto de múltiples críticas al trabajo que desarrolló la defensoría del pueblo, por cuanto las encuestas se realizaron a la salida de las IPS introduciendo sesgos a la muestra, ya que la probabilidad de ser incluido resultaba nula si no había demandado servicios de salud.

##### *La Encuesta Telefónica*

La probabilidad que tiene un individuo, afiliado a una HMO en el estado de California, ser excluido del universo muestral cuando la encuesta se realiza por teléfono probablemente es baja, dada la extensión generalizada de la red telefónica. Sin embargo, este tipo de encuestas tienen una severa restricción en términos del tiempo de aplicación, el número de preguntas que se puede formular puede resultar considerablemente bajo para lograr un ordenamiento de entidades. Quizá podría tratarse como un componente de una estrategia multimodal de información para el cálculo de indicadores o calificaciones.

##### *Encuestas en centros de concentración poblacional*

Otra forma de obtener información, utilizada en los trabajos del CID, es el recurso a los sitios de concentración poblacional. Esta estrategia puede tener ventajas en términos de tiempo y costo, pero siempre se debe estar alerta con el fin de respetar el diseño muestral.



**ANEXO 1. Cuadro comparativo de los estudios recientes sobre ordenamientos de ARS y EPS**

	<b>Defensoría 2005</b>	<b>Defensoría 2003</b>	<b>Desempeño Institucional de EPS a través de acciones de P y P - 2005 – MC Peñalosa</b>	<b>ACHC - 2005</b>
<b>Tipo de muestra</b>	Urbana	Urbana	No aplica	IPS afiliadas a las Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales
<b>Ciudades</b>	16	11	No aplica	No aplica
<b>Tamaño de la muestra</b>	4859 – Validos 4799 Usuarios	3586 - Validos a 3456 Usuarios	No aplica se toma el universo de información reportada	97 IPS. 19 públicas y 78 privadas. 6 de nivel I, 33 de Nivel II y 58 de Nivel III y IV.
<b>Unidad de análisis</b>	Usuario de EPS o ARS que se encontraba solicitando servicios en la sede de autorizaciones de la respectiva entidad aseguradora de salud	Usuario de EPS o ARS que se encontraba solicitando servicios en la sede de autorizaciones de la respectiva entidad aseguradora de salud	Indicadores de cumplimiento e indicadores centinela de calidad reportados por las EPS	EPS con las que cada IPS evaluadora tuvo contrato en el 2002
<b>Distribución selectiva</b>	Tuvo en cuenta el número de afiliados de EPS y ARS en cada una de las ciudades escogidas, el cual sirvió como ponderador	Tuvo en cuenta el número de afiliados de EPS y ARS en cada una de las ciudades escogidas, el cual sirvió como ponderador	No aplica	No aplica



<b>Modelo de muestreo</b>	Aleatorio estratificado con asignación Proporcional	Aleatorio estratificado con asignación proporcional	No aplica – se toma el universo de información reportada	No aplica – Se les pregunta al 100% de las IPS afiliadas a ACHC y se construye con el 71,3% de los formularios que fueron respondidos.
<b>Nivel de confianza</b>	95%	95%	No aplica	Sin información
<b>Margen de error</b>	1,2%	1,8%	No aplica	Sin información
<b>Índice global</b>	Índice global de satisfacción: 67,69/100	Índice global de satisfacción: 60,9/100	No	No aplica
<b>Índice por institución</b>	Si	Si	Si	Si
<b>Evaluación técnica de los servicios prestados</b>	No	No	No	No
<b>Evaluación de acciones de protección, detención temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública</b>	Parcialmente en tanto este aspecto no es tan detalla	Parcialmente	Parcialmente en tanto no hay constatación de ningún tipo sobre su ocurrencia	No
<b>Evaluación de las EPS a partir de la percepción de las IPS</b>	No	No	No	Si
<b>Evaluación de los Servicios A partir de la percepción de Usuarios</b>	Si	Si	No	No

Fuente: Grupo de Protección Social – Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID- Universidad Nacional de Colombia con base en información de cada estudio.



## CAPITULO 2

### METODOLOGIA PARA DETERMINAR LAS DIMENSIONES DEL ANALISIS EN EL ORDENAMIENTO DE EPS

El sistema de seguridad social puede ser visualizado como una construcción dirigida a atenuar los peligros que entraña la generalización de la exclusión social. Aunque la exclusión social es polisémica, se puede concebir como el resultado de un quebrantamiento de los vínculos sociales y simbólicos –con significación económica, institucional e individual- que unen al individuo con la sociedad. La exclusión acarrea a la persona el riesgo de quedar privada del intercambio material y simbólico con la sociedad en su conjunto. En esta perspectiva, cobran relevancia las políticas de inserción e integración como soluciones apropiadas para luchar contra la exclusión social

En la Constitución colombiana la seguridad social fue definida como un servicio público a cargo del Estado. Pero en la misma Carta se estableció su delegación, así en el artículo 48 se consigna que la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas. Esta intención se reafirmó en la Ley 60 de 1993 (artículo 29) cuando se señaló que las entidades competentes (nación, departamentos, distritos y municipios) en desarrollo de sus funciones, podrán con recursos fiscales contratar con personas naturales o jurídicas la compraventa de bienes o la contraprestación de servicios en beneficio propio o de terceros, y de acuerdo con los criterios de focalización previstos en la misma Ley, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos sociales, económicos y culturales consagrados en la Constitución.

A través del artículo 4 de la Ley 100 de 1993 se estableció que la dirección, coordinación y control de la seguridad social estaría a cargo del Estado y que sería prestada por las entidades públicas o privadas en los términos definidos por la Ley. Igualmente, se afirma que el sistema de seguridad social comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

En el sistema de seguridad social en salud la delegación recayó en las entidades promotoras de salud –EPS. Con la Ley 100 de 1993 se estableció que las EPS serían responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía, y que su función básica sería organizar y garantizar la prestación del plan obligatorio de salud.

Si bien existe la función delegada la responsabilidad primaria sigue siendo del Estado. En esta dirección resulta importante tener presente el artículo 154 de la Ley 100 de 1993, en el que se fija la forma de intervención del Estado en el servicio público de seguridad social y se sitúa como garante de los fundamentos de ese servicio público: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.



Con esta perspectiva la reflexión sobre las dimensiones del análisis para construir un ordenamiento de EPS debe considerar las funciones que le han sido delegadas en el marco de los propósitos y fundamentos del sistema de seguridad social.

## 1. EL BALANCE SCORECARD COMO HERRAMIENTA PARA DETERMINAR LAS DIMENSIONES DE ANALISIS

Una herramienta como el balance scorecard –BSC permite diseñar un modelo del sistema de salud, en el que se establecen las funciones que pueden ser medidas a través de indicadores agregados, con el fin de encontrar uno o más indicadores agregados que permitan ordenar. Es decir, se emplea un instrumento que en su difusión y generalización se aplica a organizaciones individuales, como sistemas, lo cual significa que cada función de las EPS en relación con los usuarios es calificada y permite una evaluación multidimensional agregada.

En esta sección se presentará la fuente de donde proviene el modelo de Balance Scorecard y la manera como se aplica al propósito de construir un ordenamiento de EPS.

### 1.1. ANTECEDENTES

En los últimos diez años se ha puesto en duda el papel de los sistemas contables de gestión tradicional para dar información relevante y para centrar la atención en los factores críticos de éxito del direccionamiento estratégico<sup>7</sup>. Tales informes contables tienen una antigüedad de varios miles de años, Pacioli creó hace más de quinientos años la partida doble, hace 150 años se crearon las bases de la contabilidad de gestión la cual fue un sustituto para los precios de mercado en los sectores monopólicos o regulados<sup>8</sup>; en los primeros años del siglo XX y estrechamente vinculada a la acción de Taylor la Empresa Du Pont definió como indicador básico de gestión el ROI o retorno sobre la inversión global<sup>9</sup>.

Uno de los primeros modelos numéricos empleados por el control de gestión fue el de la empresa Du Pont de Nemours, el cual data de 1907. Al respecto dice Lorino "Fue en 1907 cuando Donaldson Brown inventó la fórmula que relaciona el índice de rentabilidad del capital (ROI), el índice de rentabilidad de la explotación y el índice de rotación del capital" (Lorino 1993:7) <sup>10</sup>. Constituyendo el edificio integrado: contabilidad general-contabilidad analítica-control de operaciones a través de los costos-control de inversiones a través de la rentabilidad; proceso monitoreado y apoyado por Taylor porque completaba sus acciones preliminares de búsqueda de un mayor control de gestión por el empleo de la estandarización y la contabilidad de costos.

---

7 JOHNSON Y KAPLAN. La Contabilidad de Costes. Plaza y Janes. Barcelona. 1988. Pag 20.

8 Ibid. Pag 24

9 Ibid. Pag 77.

10 LORINO, Philippe. El Control de Gestión Estratégico. Alfaomega. México. 1993. Pag 7.



Los sistemas de gestión de costos en los últimos cincuenta años acompañaron los procesos de planeación estratégica de las grandes empresas, constituyéndose en la segunda gran etapa de tales procesos. En general se acepta que la contabilidad financiera busca informar a terceros interesados externos, mientras la contabilidad de gestión originada en Japón está enfocada a los miembros de la organización<sup>11</sup>.

En los años setentas las empresas japonesas empezaron a vincularse al mejoramiento de procesos como mejoramiento de costos<sup>12</sup>, la contabilidad de gestión generada puede dividirse en cinco áreas<sup>13</sup>: precios, presupuestos, medición de rendimientos y resultados, integración con cuentas financieras y análisis de inversiones. Estas innovaciones consolidaron en los ochentas algunas tendencias como la reducción de costos en las fases de planificación y diseño de productos y servicios.

Entre tales tendencias se destacan<sup>14</sup>: la adopción de un sistema financiero centrado en la contabilidad de costos basada en estimaciones; y la adopción de dos sistemas de costos, uno incorpora tanto la función de reducción como la de control de costos y el otro consiste en la función de reducción de costos basada en el mejoramiento de procesos.

Los japoneses recogiendo prácticas no generalizadas de empresas europeas y norteamericanas empezaron a utilizar en los años ochenta una variedad de tipos de medidas de resultados adicionales a las medidas de rentabilidad norteamericanas. Tal tendencia originó la utilización de sistemas complejos y articulados de indicadores de gestión como mecanismo idóneo para garantizar el despliegue de las políticas corporativas y monitorear el desenvolvimiento de los planes.

Estos sistemas de indicadores poseían entre otras las siguientes características<sup>15</sup>: 1) Se relacionaban con la estrategia de la organización, 2) empleaban mediciones de datos no financieros, 3) variaban de acuerdo a las características locales, 4) eran dinámicas de acuerdo a la evolución organizacional, 5) eran simples y fáciles de emplear, 6) facilitaban una retroalimentación rápida a los operarios y directivos y 7) estimulaban la mejora permanente de los procesos y no simplemente el monitoreo de los mismos.

Los indicadores responden a dos principios básicos de gestión: "Lo que no es mensurable no es gerenciable" y "el control se ejerce a partir de hechos y datos". Para controlar es necesario poseer indicadores que permitan evaluar el desempeño de los procesos y dentro de estos se encuentran los de control y los de verificación.

---

<sup>11</sup> MASKELL, Brian. *Sistemas de Datos de Industrias de Primer Nivel Mundial*. Productivity, Madrid. 1995. Pag 46.

<sup>12</sup> MONDEN, Yasuhiro. *El Sistema de Gestión de Costes totales*. En MONDEN Y SAKURAI. *Métodos Japoneses de Contabilidad*. Productivity, Madrid. 1992. Pag 22.

<sup>13</sup> MASKELL, Brian. *op cit*. Pag 48.

<sup>14</sup> MAKIDO, Takao. *Tendencias Recientes en las Prácticas Japonesas de Gestión de Costes*. En MONDEN Y SAKURAI. *Métodos Japoneses de Contabilidad*. Productivity, Madrid. 1992. Pag 22.

<sup>15</sup> MASKELL, Brian. *op. cit*. Pag 22.



Los primeros buscan desencadenar una acción correctiva, para que la actualización se ajuste a lo planeado. Los segundos investigan las causas de las desviaciones, identifican diversas alternativas de acción, mantienen un registro histórico, que posibilita una visión evolutiva de los resultados y convierten la planeación en objeto de crítica mediante la confrontación de las premisas y los criterios de actuación, con los hechos observados durante la ejecución.

Tradicionalmente los datos financieros han sido la única manera de medir el desempeño organizacional<sup>16</sup>, recientemente se afirma que la primera regla de medición del rendimiento es lograr el cien por ciento del entendimiento en todos los miembros de una organización de los objetivos, metas y plazos<sup>17</sup>.

Kaplan y Norton desarrollan un proyecto denominado "La Medición del Resultado en la Organización del Futuro". Uno de los resultados de ese proyecto fue el lo Balanced Scorecard (BSC), como un sistema integral de indicadores que permite desde la "Idea de Emprendimiento" atrás descrita, desplegar tanto los grandes propósitos, como comunicar las estrategias y también alinear los distintos niveles y áreas con las estrategias (Norton y Kaplan, 1997:9); promoviendo el aprendizaje organizacional.

Existen varios modelos similares al del BSC<sup>18</sup> por ejemplo el Cuadro de Mando Integral de Maisel que coincide con el nombre y las cuatro perspectivas planteadas por Kaplan y Norton; de igual manera existe La Pirámide de Resultados de McNair, la cual muestra una organización en cuatro niveles diferentes; también se encuentra el EP2M de Adams y Roberts y los denominados Signos Vitales de Hronec de Arthur Andersen.

El Balanced involucra la estrategia de largo-plazo en el sistema de gestión a través de un mecanismo de medición. La visión describe el propósito de largo plazo, mientras la estrategia es un acuerdo compartido acerca de cómo alcanzar la meta, conformando un sistema de QUÉS Y CÓMOS. El Balanced Scorecard suministra un medio para desplegar la visión en un conjunto claro de objetivos.

## 1.2. BALANCED SCORECARD ORGANIZACIONAL INTERNO

En el enfoque del Balanced Scorecard existen cuatro perspectivas de análisis. En la primera se mantienen los indicadores financieros como una síntesis crítica del desempeño gerencial y del negocio (Kaplan y Norton 2000:60), pero incorpora un conjunto de indicadores generales integrados que establecen un proceso recursivo donde el usuario, los procesos internos, el empleado y el sistema de desempeño afectan y son afectados por el éxito financiero a largo plazo.

En la segunda perspectiva o del usuario del Balanced Scorecard, se identifican los usuarios, así como los indicadores de desempeño de los segmentos de mercado

---

<sup>16</sup> Ibid. Pág. 25.

<sup>17</sup> HRONEC, Steven. Signos Vitales. Arthur Andersen. Madrid. 1995. Pág. 8.

<sup>18</sup> OLVE, ROY Y WETTER. Implantando y Gestionando el Cuadro de Mando Integral. Gestión 2000. Barcelona. 2000. Pág. 34.



escogidos<sup>19</sup>. Esta perspectiva incluye normalmente varios indicadores núcleo o genéricos de los resultados exitosos de una estrategia bien formulada e implementada. Los indicadores núcleo de resultado también incluyen la satisfacción del usuario, la retención del usuario, adquisición de nuevos usuarios, la rentabilidad del usuario, y la participación del mercado en los segmentos objetivo. Los impulsores de los resultados para un segmento de los usuarios representan esos factores que son críticos para que los usuarios cambien o permanezcan fieles.

La tercera perspectiva del proceso interno de la empresa se establece a partir de la definición de la cadena de valor<sup>20</sup>. Aquí existen dos diferencias fundamentales entre los enfoques tradicionales para la medición del desempeño basado en lo financiero y el Balanced Scorecard. Los enfoques tradicionales intentan controlar y mejorar los procesos existentes, el enfoque del Scorecard, en cambio, identifica nuevos procesos en los cuales debe ser excelente una organización para reunir los objetivos financieros y de los usuarios.

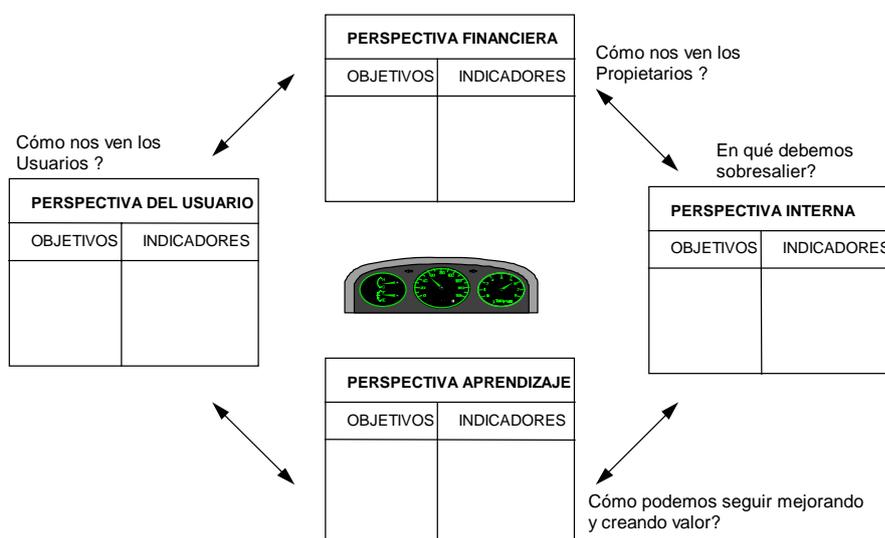


Gráfico 1. Perspectivas del proceso de gestión

La cuarta perspectiva del Balanced Scorecard, aprendizaje e innovación, identifica la infraestructura que la organización debe construir para crear un crecimiento y un progreso a largo plazo, impulsando el desarrollo de nuevas capacidades y competencias. Esta perspectiva tiene en cuenta que las organizaciones están lejos de replantear objetivos a largo plazo usando tecnologías y habilidades actuales. Uno de los indicadores de desempeño de esta perspectiva puede ser el porcentaje de ingresos generados por los nuevos servicios o actividades.

Otro concepto novedoso del enfoque del Balanced Scorecard es la necesidad de contar con objetivos estratégicos que estén relacionados entre sí y que describan y

<sup>19</sup> Ibid. Pág. 76.

<sup>20</sup> Ibid. Pág. 111.



desagreguen la estrategia de la compañía por medio de un mapa de enlaces causa-efecto. El Balanced Scorecard se compone de 7 objetos conceptuales básicos, los cuales deben manejarse al desarrollar un BSC, el único objeto opcional es el del vector estratégico.

Tabla 1. Objetos conceptuales del balanced scorecard:

PERSPECTIVA	Aspecto clave para la formulación de la estrategia	DIMENSION
OBJETIVO ESTRATEGICO	A dónde queremos llegar, lo que queremos lograr, lo que estamos persiguiendo	LOGRO
MAPA DE ENLACES CAUSA-EFECTO	Los objetivos interconectados y mostrados gráficamente	ENLACES
INDICADOR ESTRATEGICO	hemos alcanzado el objetivo estratégico Mide el nivel de logro qué tanto	NIVEL DE LOGRO
META	Valor del indicador de un tiempo dado	VALOR
VECTOR ESTRATEGICO	Un conjunto de objetivos estratégicos del mapa de enlaces	RAMAL / SEGMENTO
INICIATIVAS	Programa, proyecto o esfuerzo adicional al del día a día que apuntará el logro de uno o más objetivos	ESFUERZO EXTRA

El BSC se desarrolla a partir de la definición del conjunto de enlaces de relaciones recursivas empleando los denominados mapas estratégicos<sup>21</sup> que establecen la estructura genérica para determinar los medios para desplegar la estrategia. Estos mapas estratégicos clarifican las relaciones recursivas mediante la determinación de vínculos que indican algún tipo de relación causa-efecto; lo mismo que definen la interacción entre los inductores o indicadores anticipados y los resultados buscados o indicadores retrasados (Kaplan y Norton 2001:79)<sup>22</sup>, empleando la misma lógica de los indicadores de control o resultado y los indicadores de verificación o de procesos. Pero también permiten volver evidente el fenómeno Holográfico de las estrategias y los indicadores a lo largo del nivel prospectivo, estratégico, táctico y operativo.

Se requieren hoy en día indicadores relacionados (cruzados) contruidos entre todas las dimensiones en forma consensuada, buscando siempre negociar los trade-offs, no permitiendo que un área sobresalga a costa de otra u otras áreas y que respondan a objetivos estratégicos.

## 2. DEFINICION DE LAS DIMENSIONES PARA EL ORDENAMIENTO DE EPS

<sup>21</sup> KAPLAN Y NORTON, Cómo Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Gestión 2000. Barcelona. 2001 Pág. 79.

<sup>22</sup> Ibid Pág. 86.



El modelo con el cual se organizó el SGSSS en Colombia le asigna una importante responsabilidad al Estado como agente regulador del sistema de salud. En esta dirección el Ministerio de la Protección Social ha ido configurando un marco legal y reglamentario para promover e incentivar los procesos institucionales dirigidos a mejorar la calidad tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios. En este ámbito uno de los campos de acción es la búsqueda de la calidad de los servicios prestados por los aseguradores, encargados de garantizar el acceso, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud al conjunto de la población colombiana.

Sin duda uno de los elementos neurálgicos en el proceso de garantizar la calidad en la prestación de los servicios de los distintos agentes involucrados en el sistema (EPS-IPS) es la disponibilidad de información. Así, es de trascendental importancia que la información, efectivamente, sea un bien público, de ahí que la configuración de un ordenamiento (ranking) de EPS sea una labor que el Estado debe desarrollar para dotar a los agentes de herramientas que le permitan la libre escogencia y por esta vía garantizar una mejor calidad y un mejor servicio.

Por su parte, para las entidades prestadoras, el ordenamiento de las entidades contratantes, de acuerdo con criterios de desempeño y resultados, es fundamental para afinar los instrumentos de la contratación y puede servir como un incentivo para mejorar la calidad de sus procesos con miras a lograr mejores resultados en el ejercicio de sus funciones. Para el gobierno es una herramienta de evaluación que da lugar al incremento del grado de eficiencia en la regulación del sistema. En fin, para los usuarios es un medio para escoger el agente de su aseguramiento, contrarrestando las asimetrías de información que los ponen en desventajas.

La delicada labor de establecer los criterios que hagan posible la construcción de un ordenamiento debe pasar por un proceso de definición de las dimensiones en las cuales se hará el juzgamiento de la forma en que operan las EPS. La determinación de tales dimensiones se hará recurriendo a metodologías, que a la vez permitan establecer la ponderación de cada factor en el cálculo de un puntaje de ordenamiento.

La metodología a ser adoptada tomará en consideración aspectos que se refieren directamente a las funciones que, según la legislación colombiana, debe cumplir una aseguradora en salud. En este punto uno de los elementos que es preciso considerar es la contribución de las EPS al proceso de fortalecimiento de la participación de los ciudadanos, en particular de los afiliados al régimen subsidiado, pues en el régimen contributivo la política reside en el contrato de trabajo, mientras que en el subsidiado el contrato debe estar sustentado en la construcción de derechos de ciudadanía con base en el ejercicio de los derechos sociales.

El BSC es una metodología que permite que permite modelar las funciones de las EPS en tanto dimensiones que corresponden al logro del objetivo estratégico: derecho a la salud. Este instrumento ayudar a formalizar las hipótesis sobre las que se basa la estrategia mediante un mapa de enlaces causa-efecto, además de comprobarla a través del vínculo entre los objetivos estratégicos y la relación entre los indicadores de resultados y los de guía o impulsores del resultado, o más exactamente de proceso.

En primer lugar se presentará este modelo en el marco del sistema general de



seguridad social, posteriormente se abordarán las dimensiones y las relaciones causales cuando la evolución se hace desde la perspectiva de los usuarios.

## 2.1. MODELO GENERAL DE PERSPECTIVAS

El Grupo de Protección Social de la Universidad Nacional, como resultado de un proceso de construcción conjunta de conocimiento y de la formulación de su programa de investigación, ha situado como objetivo central del SGSSS el Derecho a la Salud. En el primer artículo de la Constitución de 1991 se estipuló que Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas, y en la prevalencia del interés general.

Entre las principales características de los estados sociales de derecho se encuentra la de procurar un mínimo existencial asociado con el respeto a la dignidad humana, es decir, el Estado tiene como deber primordial ser gestor de toda clase de prestaciones, servicios y asistencias destinadas a asegurar las condiciones fundamentales de la existencia humana. De este rasgo hacen parte los sistemas de seguridad social, con garantía y coadministración estatal, los cuales tienden hacia la disminución de los riesgos sociales de la población.

Otro de los principios fundadores de esta clase de Estado son los llamados derechos fundamentales. Una primera aproximación a esta temática es la de considerar estos derechos como derechos humanos. Entre estos derechos se podrían mencionar los de libertad, igualdad, seguridad social, derecho a la salud al saneamiento ambiental. Sobre estos últimos es específico el artículo 49 de la Constitución: “La atención a la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...)”. Tal derecho se ejerce a partir de la garantía del aseguramiento y del acceso a la prestación de los servicios de salud. A su vez estos dos elementos requieren del diseño y la selección de las redes de atención por las EPS, a partir de criterios de calidad técnica, así como de un adecuado manejo del riesgo que busque la estabilidad financiera (ver gráfico1).



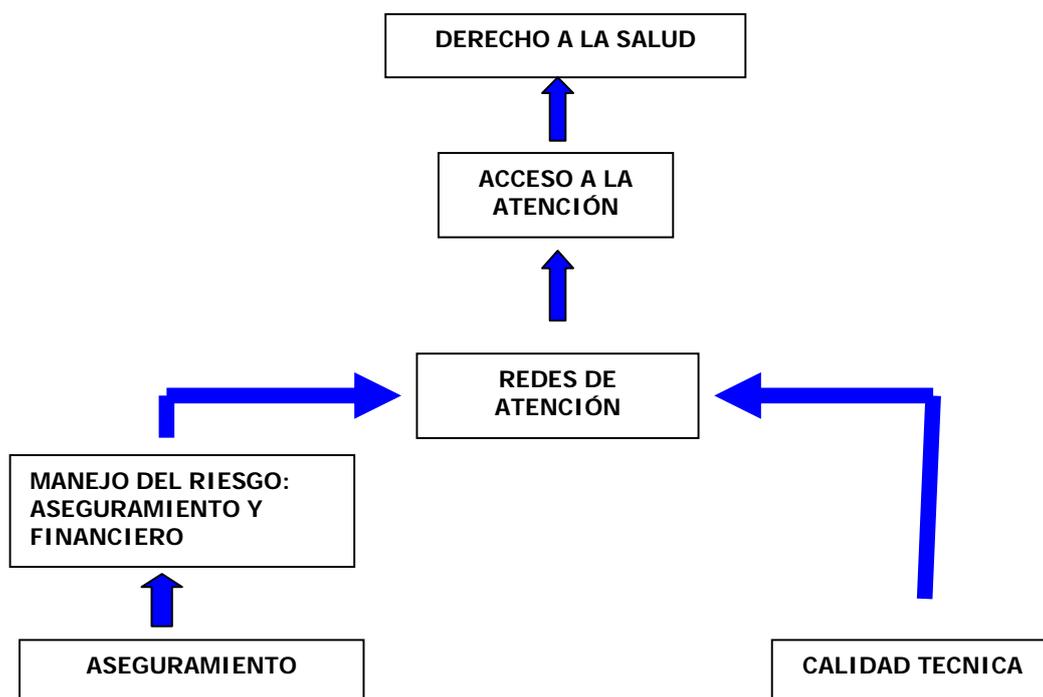


Gráfico 2. Modelo general de perspectivas

### 2.1.1 Perspectivas y criterios para garantizar la atención en salud

El SGSSS tiene como finalidad garantizar la atención en salud para todos los colombianos, promoviendo el logro de la cobertura universal en el aseguramiento. En esta dirección las dimensiones que deben ser contempladas en un análisis para ordenar las EPS a través de su desempeño, tiene que considerar el objetivo último del SGSSS y las funciones que se deben realizar para cumplir con tal propósito.

Tabla 2. Perspectivas y objetivos

ACCESO A LA ATENCION	AC1. Demanda satisfecha en condiciones de calidad
RED DE SERVICIOS	RS1. Disponibilidad de la oferta en condiciones de calidad técnica y del servicio
ADMINISTRACION DEL RIESGO	AR1. Diseño institucional apropiado a la cobertura universal AR2. Equilibrio financiero AR3. Desempeño organizacional AR4. Control efectivo AR5. Representación del usuario
DERECHO AL ASEGURAMIENTO	DA1. Cobertura universal
CALIDAD TECNICA	CT1. Impacto CT2. Estatus funcional CT3. Control



### 2.1.2. Modelo de los enlaces

En el modelamiento se profundiza la reflexión sobre lo que se requiere y demanda el usuario en su relación con las Empresas Promotoras de Salud. Estableciendo unos criterios que permiten desagregar las distintas dimensiones que se relacionan con el acceso efectivo a la utilización de los servicios de atención en salud.

Aquí se busca representar ciertos encadenamientos que permitan establecer relaciones de causalidad no necesariamente lineal, que mejoren el entendimiento acerca de las relaciones multicausales y multidimensionales que contribuyen a concretar el acceso efectivo de los usuarios de las EPS, concentrándose en las condiciones previas a validar para acceder efectivamente a los servicios, como desarrollo de las funciones de aseguramiento y representación que adelantan las EPS con relación con los afiliados al sistema.

En este mapa se destacan como dimensiones a considerar y medir de manera multidimensional: el aseguramiento, la administración del riesgo, la calidad técnica, la red de servicios y el acceso a la atención.

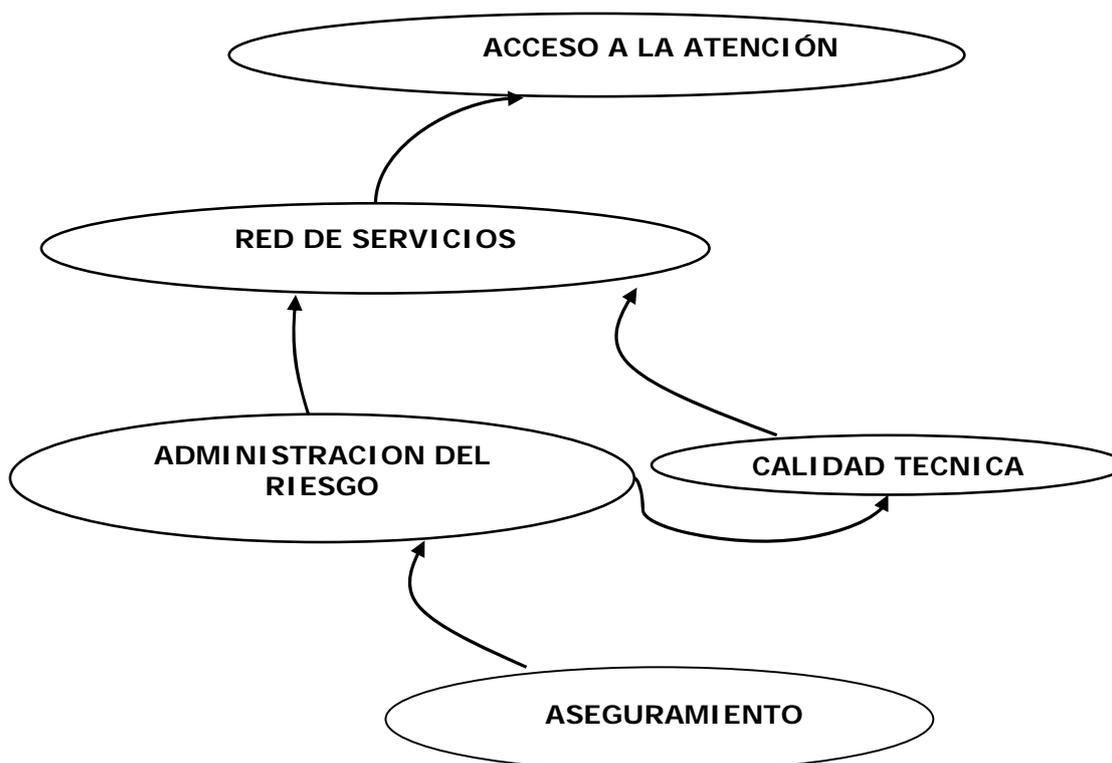


Gráfico 3. Enlaces de relación

### 2.1.3. Funciones de las EPS y fuentes de evaluación

Continuando con la revisión multidimensional se describen las dimensiones, algunos objetivos de estas y la fuente natural donde tal objetivo debe ser evaluado, llevando



implícita tal representación que tales fuentes deben construir metas alrededor de los objetivos y las dimensiones.

Tabla 3 Dimensiones, objetivos y fuentes

DIMENSION	OBJETIVO	FUENTE DE EVALUACIÓN
ACCESO	DA1. Cobertura universal	Administración pública
RED DE SERVICIOS	RS1. Habilitación	Administración pública
ADMINISTRACION DEL RIESGO	AR1. Diseño institucional apropiado a la cobertura universal AR2. Equilibrio financiero AR3. Desempeño organizacional AR4. Control efectivo AR5. Representación del usuario	Administración Pública Afiliados Aseguradores Prestadores
CALIDAD TECNICA	CT1. Impacto CT2. Estatus funcional CT3. Control	Prestadores
ASEGURAMIENTO	AC1. Demanda satisfecha AC2. Oportunidad AC3. Continuidad	Afiliados Aseguradores

La evaluación de la manera como las EPS desempeñan sus funciones implica recurrir a diferentes fuentes para la obtención de datos, de manera que se puedan cotejar los resultados y percepciones entre los distintos agentes que participan en el proceso.

## 2.2. DIMENSIONES PARA UN ORDENAMIENTO DESDE EL AFILIADO A LA EPS

El proyecto de consultoría para el diseño de un ordenamiento (ranking) de entidades promotoras de salud tiene como base la elaboración de una encuesta a los usuarios. En esta dirección la idea eje tiene dos sentidos: por una parte la encuesta a usuarios es un componente central en la configuración del ordenamiento y, de otra, es la adopción de la perspectiva del usuario para enlazar los distintos elementos que participarán en la creación del ordenamiento.

Como se mencionó en párrafos anteriores el enfoque seleccionado es el de que el SGSSS tiene como objetivo principal el derecho a la salud. Así que se deben tomar en cuenta aquellos factores que contribuyen a que el afiliado a la EPS logre el acceso efectivo a los servicios de salud. De ahí que las dimensiones consideradas tienen que ver con las funciones que la Ley le ha establecido a las EPS con el fin de garantizar la atención en salud a todos los asegurados, en el marco de los fundamentos del sistema de seguridad social. Estas funciones pueden agregarse en cuatro grupos: aseguramiento y promoción del aseguramiento, representación del usuario, promoción del empoderamiento y promoción de la salud.



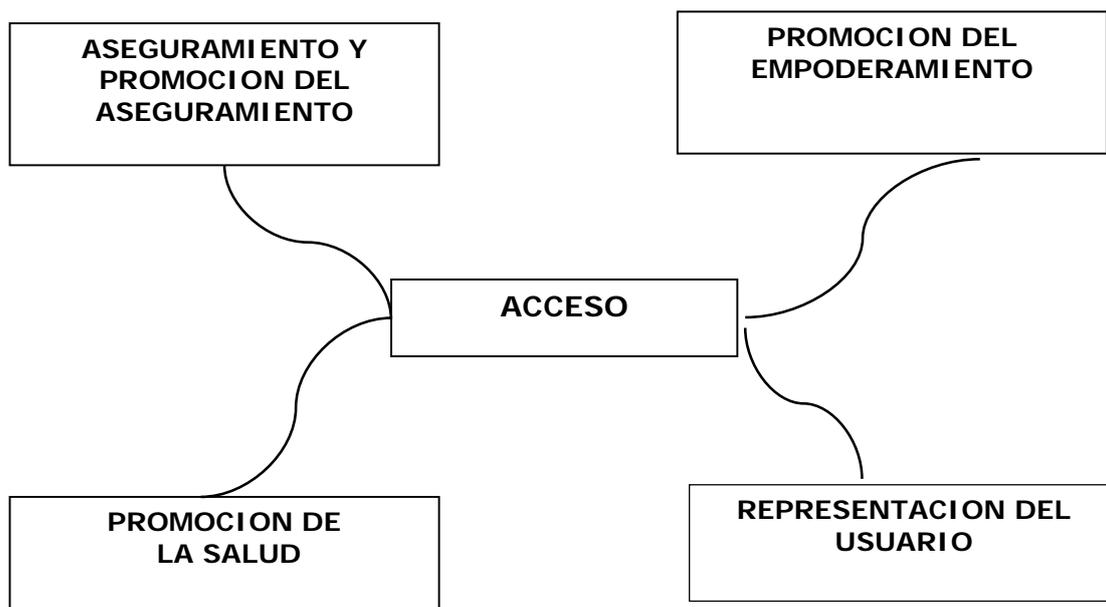


Gráfico 4 Dimensiones desde la perspectiva del afiliado

### 2.2.1. Aseguramiento

El sistema de aseguramiento es un mecanismo a través del cual se puede incidir en la resolución de la cuestión social. En esta dirección el seguro social representa la ejecución de un contrato en el cual los ciudadanos y el Estado están igualmente implicados. Así, "el seguro social funciona como una mano invisible que produce seguridad y solidaridad sin que intervenga la buena voluntad de los hombres. Por construcción el seguro atañe a las poblaciones: al hacer cada uno la parte de un todo, hace interdependientes los individuos"<sup>23</sup>.

La propuesta de aseguramiento es el instrumento idóneo para llevar a cabo el principio de solidaridad, y genera la base para introducir el concepto de ciudadanía, ya no sólo como el ejercicio de los derechos políticos y civiles, sino también los sociales. La técnica del aseguramiento, además de diluir el riesgo, permite un manejo eficiente de la política de salud. Por tanto, en las políticas de largo plazo se debe buscar el aseguramiento universal y auscultar los mecanismos para llevar a cabo esa política en un país en donde el mercado laboral está caracterizado por la informalidad.

Universalizar el seguro de salud es uno de los objetivos centrales consignados en la Ley 100 de 1993. Con este fin a las EPS como delegatarias se les estableció como funciones, en lo atinente a la relación directa con los afiliados: Aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley, y promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.

La forma en que debe ser materializada esta proposición se encuentra tanto en la Ley 100 de 1993 como en el decreto 1485 de 1994. Allí se consigna que las tareas de

<sup>23</sup> Rosanvallon, Pierre. La nueva cuestión social. Buenos Aires, Manantial, 1985, p.23



aseguramiento están referidas a la afiliación y a la creación de condiciones para el acceso a los derechos que da el contrato (POS), así que las EPS deben recaudar, afiliar, contratar, compensar, atender al usuario y crear un sistema de información que permita reconocer el derecho de afiliación.

<b>ASEGURAMIENTO</b>	Referido básicamente a los aspectos relacionados con la afiliación y al espacio para el acceso a los derechos que da el contrato (POS).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recaudar</li> <li>• Afiliar</li> <li>• Contratar</li> <li>• Compensar</li> <li>• Atender al usuario</li> <li>• Sistema de Información</li> </ul>
----------------------	---	---

La labor señalada se deriva en lo fundamental de las siguientes disposiciones, establecidas como funciones de las EPS:

- i. Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.
- ii. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
- iii. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
- iv. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
- v. Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

### **2.2.2 Representación de usuarios**

La existencia de un intermediario entre el usuario de los servicios de salud y el prestador ha sido justificada por las características que reviste el mercado de la salud: posee bienes público, semi-públicos y privados; existe incertidumbre sobre la calidad de los bienes consumidos; la demanda por servicios de salud es una demanda derivada y puede ser inducida por la oferta, y registra fuertes asimetrías de información. Con estas particularidades en el mercado de servicios de salud a un consumidor promedio le resultaría imposible realizar una eficiente elección de servicios, de modo que es necesario contar con un comprador informado si se quiere mejorar la eficiencia y la distribución en este mercado.



Como delegataria de un servicio público la EPS tutela un derecho de los usuarios, y su objetivo como comprador calificado y planeador de los servicios de salud es la ganancia del estado de salud de esos usuarios. En ese sentido, podría decirse que la EPS cumple un papel de **agencia**, en el sentido que le ha dado al término la teoría económica estándar<sup>24</sup>. En particular, se podría seguir la definición propuesta por Frenk y Londoño (1997: 20) en la que "la organización articuladora actúa como el agente informado de los consumidores y representa sus intereses agregados (así como aquellos de la agencia financiera) operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre". Para estos autores la función de articulación entre la población y los prestadores, que deben cumplir las EPS, incluye la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación de los usuarios, en tanto actúan para reducir las asimetrías de información entre los usuarios y las IPS.

- Así que, la representación del usuario será entendida, en tanto dimensión de análisis en este proyecto, como las labores que debe desarrollar el asegurador para garantizar que el afiliado reciba en condiciones de calidad los servicios de salud que requiera. Es decir, se integraría el conjunto de acciones conducentes a garantizar el acceso efectivo a la prestación de los servicios, tales como las señaladas por Ovretveit (1995):
- Planear la compra de servicios
- Coordinar la compra de servicios entre diferentes prestadores.
- Gerenciar el proceso de contratación: negociación y monitorización.
- Proveer soporte para los anteriores ítems (reclutamiento de personal, capacitación, etc.)

Desde la perspectiva de la legislación esta tarea de representar al usuario se podría observar a través de funciones como:

- i. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud.
- ii. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos

---

<sup>24</sup> La relación de agencia entre dos partes surge cuando una de ellas, designada como el agente, actúa para, o en nombre de, o como representante de la otra, designada como el principal, en un campo particular de problemas de decisión. Todos los tipos de arreglo contractual, tales como los que se dan entre empleado y empleador o entre gobernante y gobernado, contienen problemas de agencia. En el contexto de las teorías del equilibrio general, la literatura sobre el riesgo moral, los flujos de información o el caso de los intermediarios financieros son algunos ejemplos. Para el principal, en ese tipo de delegación contractual, su propia ventaja consiste en poder aprovechar en interés propio las competencias y dominio de informaciones que posee el agente. Pero al mismo tiempo, esa delegación origina un problema: en la medida en que la información poseída por el principal sobre los motivos, posibilidades de acción, y rendimientos efectivos del agente sea más imperfecta, será también mayor el riesgo para el principal de que el agente no sólo oriente su actividad al cumplimiento de los objetivos que realizarían los intereses del principal sino también actúe en provecho propio, incluso en perjuicio de los intereses del mandatario. Véase, entre otros, Ross (1973).



en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

- iii. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

### **2.2.3. Promoción de la salud**

Uno de los elementos diferenciadores de la adquisición de un seguro de salud en el ámbito comercial de uno referido al campo de la seguridad social, es que en el primero define un paquete de servicios con una prima determinada, mientras que en el segundo, además de definir el plan de atención y la prima, organizan la promoción de los estados de salud de la población a su cargo, por ello adquieren funciones de orientación y definición de criterios de atención para garantizar el mejoramiento de las condiciones de salud de dicha población.

Como parte de la administración del riesgo y de la planeación de la compra de servicios antes señalada los aseguradores deben realizar acciones de promoción de la salud. En esta dirección como parte del proceso de planear la compra de servicios el asegurador debe incluir tareas como: realizar una valoración de necesidades de los usuarios, entender las causas o factores que influyen en el proceso salud – enfermedad, atender la voz del usuario respecto a cuáles son sus necesidades, atender la voz de los prestadores sobre las necesidades de la gente, entender cómo se pueden influenciar condiciones y comportamientos en el mejoramiento de la salud y cómo cada uno de los servicios de salud puede contribuir a la ganancia de salud [Ovretveit 1995]. De esta manera, el asegurador podrá inducir la demanda en función del perfil epidemiológico de su población afiliada.

En la legislación esta labor queda consignada como: Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema. Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro.

Además, en lo referente a las obligaciones que tienen las EPS, ARS y entidades adaptadas en relación con actividades, procedimientos e intervenciones orientados a detectar tempranamente enfermedades, se destaca la Resolución 412 de 2000, mediante la cual se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las EPS, Entidades Adaptadas y ARS. Según la resolución, tales entidades no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas y tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

### **2.2.4. Empoderamiento**



Desde un enfoque etimológico empoderamiento es la acción de aumentar poder, el que se gana y, por lo tanto, también es susceptible de perderse, en un proceso. El empoderamiento no es un lugar, o un estado de cosas al que llegado algún día se conserva para siempre, no asegura su perpetuidad, necesita recrearse de manera permanente, rehacerse en la acción; por tanto, podría afirmarse que el empoderamiento es el proceso a través del cual se acumula poder de manera permanente.

Si bien el término refiere al potencial que tiene cada cual de aumentar las capacidades de realización de intereses, generalmente se expresa respecto de: otros actores, circunstancias y necesidades, condiciones institucionales, regulaciones y sistemas de relaciones. De aquí se deriva una concepción relacional del concepto de empoderamiento, es decir, como balance de relaciones de poder en un sistema.

El concepto se corresponde con la concepción de políticas públicas de las que partimos: Negociación, transacción de intereses entre grupos en contextos determinados. También está en correspondencia con la concepción de la seguridad de salud que se tiene, es decir, el reconocimiento como sistema. Dos características específicas merecen resaltarse aquí: la multiplicidad de actores institucionales que participan plenamente del régimen subsidiado y la afectación sistémica que ciertas regulaciones tienen sobre el conjunto de actores y los resultados en calidad:

- Multiplicidad de instituciones que participan
- Todos los niveles del Estado
- Sector estatal, privado y social

El régimen de seguridad social en salud es un sistema en el que participan multiplicidad de actores con capacidad diferente de empoderarse, es decir, de usar las normas o la carencia de ellas para acumular poder de manera propia o en alianza sistémica con otros o contra otros.

Por lo tanto, la propuesta de ordenamiento debe develar grados de empoderamiento de las entidades estatales, privadas y sociales a diferentes niveles territoriales, de manera tal que mediante puntaje se sancionen actores, regulaciones y circunstancias que cohiben la realización de los derechos de los beneficiarios, por una parte y, por la contraria, estimule todo hecho que acreciente el poder de realizar derechos y fortalecer capacidades de los beneficiarios y cualquier actor cuyo comportamiento así lo permita.

Para garantizar la capacidad de empoderamiento se han explorado dos vías, que están en conexión con las formas de organización del sistema de seguridad social: la relación salarial y la garantía de un ingreso mínimo.

La universalización de la relación salarial es considerada como un mecanismo que permite que la sociedad esté protegida contra el riesgo que significa la inseguridad sobre la percepción de ingresos. Un sistema de seguridad social basado en la relación salarial garantiza el acceso a los mecanismos de protección contra los riesgos de salud y vejez, muerte o invalidez de los perceptores de ingresos y por su intermedio a mantener el nivel de vida del hogar.



Situar la protección en el marco de la relación salarial conduce a generar un derecho de representación, negociación e incidencia sobre: regulación de la relación laboral a nivel micro (empresa) o macro (salario mínimo, estabilidad laboral, etc.), más no estratégico: modelo de desarrollo.

En tal dirección el requerimiento de equidad es generalizar relación laboral de manera que de lugar a una concepción y práctica de empoderamiento en tanto:

- Reconocimiento del trabajo
- Organización gremial y política propia
- Representación en negociaciones micro, macro y estratégicas
- Incidencia sobre regulaciones

Sin embargo, la relación salarial y la realización del empoderamiento que en ella se construyó están en crisis. Su crisis aparece de manera más visible por la fuerza del capital que tiende a disolver toda capacidad de empoderamiento del trabajo, para ser materia no solo disponible y flexible, maleable también desorganizada y sin representación sino incluso prescindible.

Cuando el problema se aborda desde los ingresos mínimos, necesarios para no ser dependiente de la asistencia y garantizar la sobrevivencia, se presentan al menos tres enfoques, en los que el empoderamiento estaría referido a características distintas:

Ciudadanía. Aquí la equidad no es un asunto exclusivo de lo político, sino que también involucra lo social y el mercado. El acceso a los servicios de salud, por ejemplo, no dependen de la disponibilidad de ingreso (o precio al que esté dispuesto a pagar), ni de su posición en el mercado laboral, sino de su condición de ciudadano. La sociedad mercantil excluye del acceso a millones de la capacidad de gozo y la satisfacción de necesidades que se adquieren vía precios. Por lo tanto, se requiere construir condiciones de posibilidad de acceso a bienes y servicios como *derecho a la igualdad*. De ahí que el poder proviene del ejercicio de sus derechos y la capacidad de participar como ciudadano en el desenvolvimiento de las políticas sociales.

Libertad: como principio fundamental de la vida en sociedad se expresa como la capacidad de optar según preferencias, es decir, la posibilidad de ser y hacer de manera autónoma. En este enfoque la discusión reside en cómo maximizar la libertad, no obstante, habría al menos tres caminos que expresan concepciones diferentes:

- Otorgar bienes y servicios: en esta ruta el interés es brindar una base material equivalente para todos los individuos, de modo que ninguno de quienes conforman la colectividad esté impedido de su participación por ausencia de bienes básicos
- Activos para que cada cual decida que hacer: en esta dirección de lo que se trata es de dotar a los individuos de capacidades para que cada quien pueda agenciar su destino
- Ingreso básico universal: en esta opción se trata de garantizar unos recursos con los cuales los individuos puedan adquirir aquello que consideran fundamental para su desempeño vital.

Finalmente, se puede encontrar una perspectiva en el que la protección se entiende como el acceso a un conjunto de bienes y servicios, de modo que el individuo es considerado, en lo fundamental, como un consumidor. De modo que el mecanismo privilegiado es promover los subsidios a la demanda con múltiples oferentes y libertad



de decisión sobre la compra. En esta interpretación lo más importante es la capacidad de interacción del mercado que tenga el individuo en tanto consumidor.

No obstante, para lograr el empoderamiento de la población es necesario acciones estratégicas como universalizar el acceso, no discriminar los paquetes de servicios y construir espacios públicos para la discusión de las políticas públicas en salud. Aun así se pueden encontrar condiciones instrumentales para el ejercicio del empoderamiento tales como la disponibilidad de información, las formas de representación (organización, normas, instituciones), la incidencia sobre el bien, la administración de los bienes y sobre el sentido mismo de las necesidades (la salud, la equidad, el bienestar), y la repartición de beneficios.

La legislación colombiana ha promovido varios de esas formas instrumentales que contribuyen a generar empoderamiento. Entre ellas se encuentran las consignadas en la Ley 100 de 1993, en la que se afirma que el sistema de seguridad social en salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del sistema en su conjunto y las EPS tendrán como función. Adicionalmente, con el decreto 1757 de 1994 se dictaminan las formas de participación social tanto individuales como colectivas que incluían representación en Copacos, asociaciones y alianzas de usuarios, juntas directivas de entidades públicas, y sistema de quejas y reclamos. En esta norma la participación fue entendida como el ejercicio de los deberes y derechos del individuo para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria, y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

### 2.3. DIMENSIONES Y FUENTES DE LA CONSTRUCCION DEL ORDENAMIENTO

Como se estableció en la sección anterior la unidad de evaluación es la EPS. Cada una de ellas será evaluada en relación con su papel dentro del sistema de seguridad social en salud para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud de los afiliados, en el espacio de sus competencias.

En esta dirección la función última es garantizar el acceso, con calidad y oportunidad, a los servicios de salud. De modo que las funciones que deben cumplir las EPS para lograr ese objetivo se convierten en las dimensiones de análisis para el ordenamiento. Así, en la base se encuentra el aseguramiento, toda vez que éste es la puerta de entrada al sistema; se continúa con la representación del usuario que es la expresión de las condiciones en las cuales el afiliado obtiene la prestación de servicios; parejo a esa dimensión se encuentra la de promoción de salud, que engloba el propósito de anticipar la manifestación de los riesgos en salud; por último, está el empoderamiento, como un elemento que hace posible una mejor interacción del afiliado en el sistema.



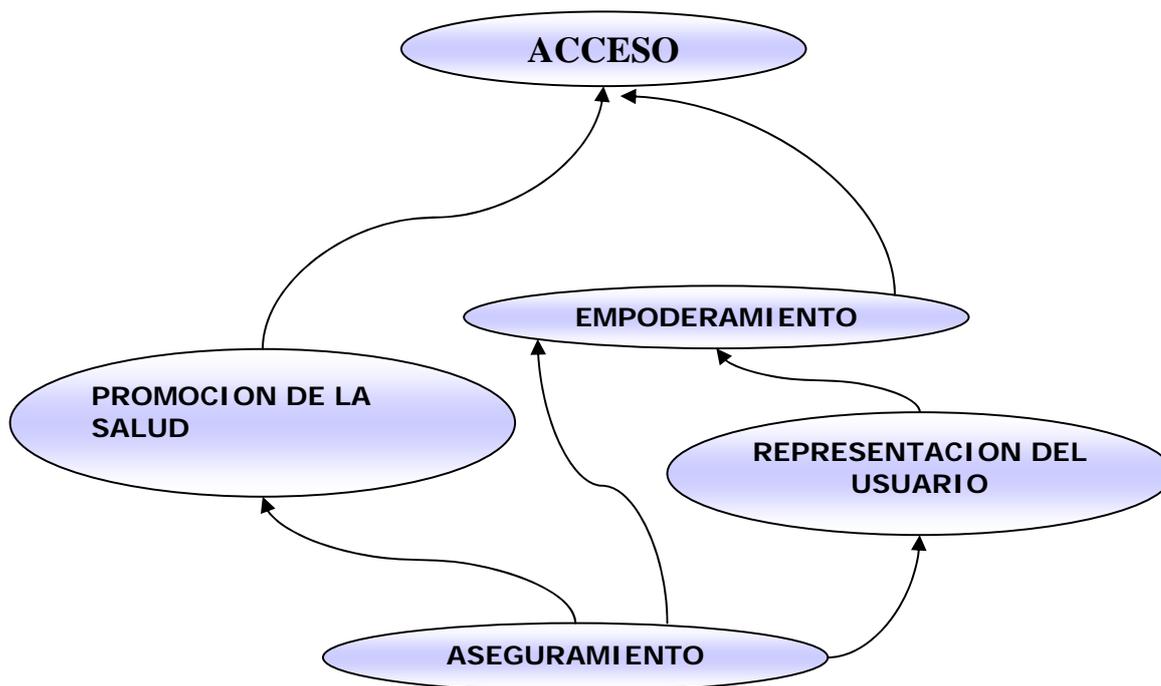


Gráfico 5. Mapa estratégico de las dimensiones desde el afiliado

Dentro del alcance de los trabajos tendientes a este objetivo, que se ha especificado en los términos de referencia y la propuesta técnica, se evalúa un conjunto de características, desempeños y resultados que pueden ser examinados a través del análisis financiero, una encuesta a las EPS, una encuesta a los usuarios y los registros de promoción y prevención del Ministerio.

Tabla 4. Dimensiones, objetivos y fuentes desde la perspectiva del afiliado

DIMENSION	OBJETIVO	FUENTE DE EVALUACIÓN
EMPODERAMIENTO	AR1. Afiliado informado AR2. Ejercicio de la participación	Encuesta de afiliados Información de EPS
PROMOCION DE LA SALUD	PS1. Desarrollo de programas de promoción de la salud	Encuesta de afiliados Información de EPS Registros del Ministerio
REPRESENTACION DE USUARIOS	RS1. Demanda satisfecha RS2. Red de servicios habilitada RS3. Calidad del servicio de atención en salud	Encuesta de afiliados Estados financieros Información de EPS
ASEGURAMIENTO	AC1. Reconocimiento del derecho AC2. Oportunidad AC3. Calidad en el servicio de aseguramiento	Encuesta de afiliados Estados financieros Información de EPS

La síntesis de los temas tratados según las fuentes es:



a. Contenidos de la encuesta de afiliados

<b>Dimensión</b>	<b>Tema</b>
Aseguramiento	Garantía en el acceso Divulgación de la información
Representación de usuarios	Oportunidad y calidad en la prestación de servicios
Promoción de la salud	Desarrollo de programas de promoción y prevención
Empoderamiento	Empoderamiento individual
	Empoderamiento colectivo

b. En términos del análisis financiero se consideran:

<b>Dimensión</b>	<b>Tema</b>
Aseguramiento	Garantía financiera del aseguramiento
Representación de usuarios	Eficiencia en la representación comercial y financiera

c. En las encuestas a las EPS se tiene en cuenta:

<b>Dimensión</b>	<b>Tema</b>
Aseguramiento	Afiliación y promoción de la afiliación
Representación de usuarios	Resultados en prestación de servicios Procedimientos de garantía de la calidad
Promoción de la salud	Resultados en promoción y prevención
Empoderamiento	Atención y participación de usuarios

Del trabajo desarrollado en cada uno de los campos señalados se estableció una matriz de resultados de la siguiente manera:

Dimensión	Encuesta a los afiliados	Encuesta a las entidades	Análisis financiero	Registros de p y p
Aseguramiento	●	●	●	
Representación de usuarios	●	●	●	
Promoción de la salud	●	●		●
Empoderamiento	●	●		

Cada uno de los campos tiene un dato que corresponde al indicador agregado de esa dimensión en esa fuente. Desde esta perspectiva se podrán llevar a cabo distintas sumas que generen indicadores para diversas aplicaciones. Por ejemplo, se puede configurar un indicador por fuentes o unos indicadores por dimensiones, de esta manera los usuarios del ordenamiento podrán contar con distintos elementos de comparación. Desde el punto de vista de una EPS, los resultados le permitirán determinar en cuales funciones tiene ventajas respecto de sus homólogas, y en cuáles desventajas, situación que le puede inducir a adoptar los correctivos pertinentes, es decir, le brinda posibilidad para orientar la asignación de sus recursos.



El trabajo se realizó a partir del cálculo de indicadores por dimensiones en cada una de las fuentes. Por ejemplo, para la encuesta a los afiliados/usuarios se determina un indicador para afiliación, otro para representación de usuarios, uno más para promoción y prevención y finalmente uno para empoderamiento. Este procedimiento se sigue en cada fuente. La fuente "registros de promoción y prevención" se trabajo inicialmente por separado, pero luego se integró al capítulo de P y P de la encuesta de las entidades, considerando que, en última, provienen de la misma fuente, pues tales registros se construyen con la información que proporcionan las entidades.

Dado que las unidades en que se producen los indicadores son distintas en cada una de las fuentes se procedió a generar un proceso de estandarización a con el cual cada resultado fuera comparable con los otros. Este proceso se basó en la unificación de la escala de medición, tomando como parámetro la escala de 0 a 100. El procedimiento es calcular para cada dato, obtenido en el indicador, su posición en la nueva escala, por medio de la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X - X \text{ mínimo}}{X \text{ máximo} - X \text{ mínimo}}$$

Donde Z es la nueva posición en la escala, X el dato que se quiere cambiar de escala, X mínimo, es el menor de los datos de indicador en la serie constituida por el conjunto de las EPS y X máximo el dato más alto obtenido en la misma serie.

Una vez convertidos a la misma escala, se puede hacer la combinación que se ha comentado al presentar la matriz de fuentes y dimensiones. Se puede lograr un ordenamiento por dimensión, uno por fuente y otro global. De otra parte, este procedimiento significa que no se está contrastando cada EPS con respecto a un ideal, sino que la medición es con respecto al conjunto, es decir se trata de una medida relativa el desempeño global de las entidades.



## SEGUNDA PARTE

### EL ORDENAMIENTO DE EPS A PARTIR DE LA ENCUESTA A LOS AFILIADOS

La encuesta a los afiliados es el fundamento del ordenamiento objeto del contrato de consultoría. Como se ha afirmado en otras secciones de este informe, uno de los propósitos del Ministerio es brindar herramienta para que las entidades promotoras de salud se sientan estimuladas a adoptar procesos de mejoramiento, una guía en ese camino puede ser la percepción que de ellas tienen los afiliados.

Como se especifico en la primera parte se busca determinar a través de la percepción de los afiliados a las EPS-ARS el desempeño de cada una de ellas en un grupo de funciones determinadas por la ley y en cumplimiento de los principios constitucionales. Además de esta consideración se espera que la gestión realizada por las entidades tenga en cuenta los elementos específicos de la calidad en la prestación de servicios, no sólo en el sentido de un trato humanitario, sino también de uno acorde con una buena gestión empresarial en entidades que se inscriben en el sector servicios. En esta dirección en la encuesta de los afiliados/usuarios se retomaron los elementos conceptuales de protección social, teoría de la agencia y enfoques de garantía de calidad en el sector servicios, explicados en el primer capítulos.

En este parte se explicarán los procedimientos que se siguieron para realizar el ordenamiento con base en esta fuente. El primer capítulo se refiere tanto la delimitación de los temas y atributos dentro de ellos (subtemas), sobre los cuales se interrogó a la población en la encuestada, como a la confección del formulario. En el segundo se especifica el diseño de la muestra, la prueba piloto, el trabajo de campo y la configuración de la base de datos. En el tercero se expone el procedimiento estadístico para la confección de los indicadores con los que se establecieron los ordenamientos y se presentan los resultados.

#### CAPITULO 1 ESTRUCTURACION DE LA ENCUESTA A LOS AFILIADOS

##### 1. DISEÑO DE LA ENCUESTA

La selección de variables y definición de *item* y *categorías* a ser consideradas, guardar correspondencia con el conjunto de funciones de las EPS, que pueden ser analizadas desde las experiencias de los afiliados.

Como marco de referencia para llevar a cabo estas operaciones se partió de la delimitación de las funciones de las EPS, que precisa las dimensiones a ser tomadas en cuenta. Con este fundamento, se definieron los aspectos que pueden ser



aprehendidos por los usuarios y las categorías que permiten captar estados o características relacionados con una gradación en la calidad.

Fueron evaluados y medidos los desempeños y características de las empresas promotoras de salud con el fin de categorizar el cumplimiento de sus funciones. En una perspectiva operativa se distinguen las siguientes funciones de las EPS: aseguramiento, representación de usuarios, promoción de la salud y empoderamiento<sup>25</sup>, como se explicaron en la primera parte de este informe.

### 1.1. DIMENSIONES, TEMAS Y VARIABLES

Teniendo como fundamento las dimensiones establecidas se conformó un grupo de expertos provenientes del grupo de Protección Social del CID, quienes tuvieron a su cargo la tarea de determinar los temas de análisis y su posterior desagregación en variables. La propuesta del grupo fue sometida a la discusión con los miembros de equipo de Apoyo a la Reforma, del Ministerio de la Protección Social. El resultado de este proceso se presenta en la tabla siguiente:

Dimensión	Tema	Variables
Aseguramiento	Afiliación, contratación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad en trámites para afiliación</li> <li>• Oportunidad en la entrega de carnés</li> <li>• Distancia de IPS asignadas, del sitio de residencia</li> </ul>
	Información que garantice el derecho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de información para acceso a los servicios y aspectos administrativos de la afiliación</li> <li>• Conocimiento de IPS donde se prestan servicios</li> </ul>
	Atención al usuario	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma de respuesta de las EPS a las inquietudes y demandas de los usuarios</li> </ul>

<sup>25</sup> Dentro de las funciones de agencia se incluyen las relativas a la promoción de la afiliación a la seguridad social y a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que en trabajos anteriores del CID se presentaron como funciones diferenciadas. Véase Martínez Félix, 2002, "Análisis de la contratación en el régimen subsidiado", en *La seguridad social en la encrucijada*, Arévalo Decsi y Martínez Félix (editores), Tomo I, Universidad Nacional, Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Bogotá, pp. 358 y ss. En el contexto del trabajo de evaluación de las EPS, a partir de las repuestas de los usuarios, esta separación no tiene la importancia que adquiere en el análisis de las EPS (ARS) en sus interrelaciones con otras instituciones que intervienen en el sistema de aseguramiento. Desde este enfoque tampoco aparece como significativo la distinción entre funciones de aseguramiento y agencia.



<b>Representación del usuario</b>	Acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiempo para obtener citas con el médico general</li> <li>• Cumplimiento en consultas al médico general</li> <li>• Cumplimiento y oportunidad en entrega de medicamentos.</li> <li>• Cumplimiento y oportunidad en realización de exámenes clínicos</li> <li>• Tiempo para obtener cita con especialista</li> <li>• Cumplimiento en consultas al especialista</li> </ul>
	Calidad del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción sobre calidad en consulta al médico general</li> <li>• Percepción sobre calidad en consulta al especialista</li> <li>• Percepción sobre calidad de servicio de personal paramédico y administrativo de las IPS</li> <li>• Percepción sobre instalaciones y equipamientos de IPS</li> </ul>
<b>Promoción de la salud</b>	Actividades de promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acciones de medicina preventiva por grupos de edad</li> </ul>
<b>Promoción del empoderamiento</b>	Empoderamiento individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de servicios a que se tiene derecho</li> <li>• Información y sistemas de quejas y reclamos: oportunidad y calidad</li> <li>• Actitud frente a permanencia o cambio de EPS</li> <li>• Forma de selección de la EPS</li> </ul>
	Empoderamiento colectivo	Promoción de espacios de organización de los usuarios

## 1.2. PREGUNTAS EN EL FORMULARIO A LOS AFILIADOS

Las variables definidas en la sección anterior se tradujeron en preguntas con el fin de confeccionar el formulario. Tres características fueron fundamentales a la hora de seleccionar las preguntas que se introducirían en la encuesta. La primera que efectivamente dieran cuenta del fenómeno que se quería estudiar; la segunda que fuera una preguntara que permitiera discriminar entre EPS, es decir, distinguir el comportamiento de una con respecto a las otras, en otras palabra, que las respuestas para cada entidad no fueran homogéneas; la tercera, que no diera como resultado faltantes de información, o sea que para cada EPS hubiera un resultado. Así, en el cuestionario se formularon preguntas discriminadoras de diversas situaciones, que permitieron ordenar las EPS por sus diferentes funciones y para el conjunto de todas ellas.



La encuesta a afiliados, por limitaciones de recursos, debió tener un mínimo de preguntas, de fácil respuesta, con un máximo de información discriminante sobre el desempeño y calidad de las EPS. La elaboración del formulario requirió aplicar un principio de economía, que minimizara los tiempos de respuesta y permitiera obtener información de calidad.

Adicionalmente, se incluyeron las preguntas correspondientes a la identificación. También se encuentran en el formulario preguntas de flujo, que no son sujeto de medición, pero que es necesario introducir para que la encuesta sea comprendida por el encuestado. El contenido del formulario tiene la siguiente estructura.

### **Capítulo 0. Identificación de la encuesta**

- Datos geográficos y de localización
- Dirección y teléfono

### **Capítulo 1. Identificación del encuestado**

- Nombre del encuestado, edad y sexo
- Nombre de la entidad promotora de salud

### **Capítulo 2. Información**

- Información sobre red de servicios
- Reconocimiento del derecho a la prestación de servicios
- Distancia al lugar de atención
- Información sobre trámites
- Trato que le da el personal
- Desempeño en la resolución de trámites
- Información sobre derechos

### **Capítulo 3. Prestación de servicios**

- Autorizaciones
- Consulta médica, acceso, oportunidad
- Acciones de promoción y prevención
- Urgencias, acceso, oportunidad
- Exámenes, acceso, oportunidad
- Atención del servicio: médico y administrativo

### **Capítulo 4. Participación comunitaria**

- Quejas y reclamos
- Información sobre organización comunitaria

Luego de elaborado el cuestionario final que se les aplicó a los afiliados de las EPS en estudio, se procedió a la elaboración de los respectivos instructivos de diligenciamiento, así como también de los criterios de verificación de la consistencia de la información (ambos documentos hacen parte de los anexos).



## CAPITULO 2 PROCEDIMIENTOS PARA LA CAPTURA DE INFORMACION

### 1. DISEÑO DE LA MUESTRA

Teniendo en cuenta que el objetivo es establecer un ordenamiento de EPS con base en una calificación realizada por parte de los afiliados a cada una, tratar de cumplir este objetivo de forma censal implica recoger información, grabar y procesar cerca de doce millones de cuestionarios, lo que constituye una tarea costosa y seguramente con muchas inexactitudes derivadas de las múltiples fuentes de error en operativos censales de tal magnitud.

El método que propone la teoría del muestreo consiste en tomar una muestra o subconjunto de personas que den su calificación y utilizar esos juicios para estimar la opinión de todos los cotizantes. Esa muestra debe ser tomada siguiendo estrictas normas técnicas para configurar una muestra probabilística. Para ser considerada probabilística los elementos deben ser seleccionados de un marco de muestreo, siguiendo un algoritmo que corresponde a probabilidades positivas y conocidas antes de la selección. Un marco de muestreo es un dispositivo (lista, mapa, directorio, etc.) que permite identificar y ubicar cada uno de los elementos del universo de estudio.

Para el caso del presente estudio se podría seguir esta ruta si se cuenta con un listado con identificación y ubicación de los afiliados aptos para responder la entrevista. Como no se pudo tener acceso a un listado de ese tipo se procedió a un muestreo en etapas. El proceso de muestreo de varias etapas consiste en establecer una partición del universo de afiliados, por ejemplo de empresas. Los subconjuntos que forman la partición se denominan, para el muestreo, conglomerados primarios de muestreo. Se selecciona una muestra probabilística de esos conglomerados y se aplica un nuevo plan de muestra al interior de cada conglomerado escogido en la primera etapa.

El objetivo fue escoger una estrategia muestral a fin de producir, a bajo costo, un intervalo de confianza tal que exista una alta probabilidad de que la "verdad" esté cubierta por él. Así como una muestra de varios afiliados entrega una estimación de la calificación, otra muestra, conformada por otros afiliados arroja una estimación diferente, en general, para cada muestra, de la inmensa cantidad teórica de muestras posibles, se tiene una calificación estimada diferente. En ese contexto de todas las estimaciones diferentes, cada una asociada a su muestra que a su vez tiene una determinada probabilidad de ser extraída, se define confiabilidad como la suma de las probabilidades de las muestras cuyo intervalo de confianza cubre el valor real.

Una vez garantizado un cierto nivel de confiabilidad, el muestreo busca reducir el tamaño del intervalo de confianza a fin de poder entregar resultados útiles. En el caso particular de la evaluación que aquí se trata, la tarea era producir intervalos con un error de subestimación no superior a tres puntos, es decir, que si la calificación estimada es, por ejemplo, 74, entonces se espera que con un 95% de probabilidad la verdadera calificación no sea superior a 77 puntos.

Después de considerar varias estrategias muestrales se seleccionó la estratificación de municipios. Con base en la información suministrada por el Ministerio de la Protección Social acerca de la cantidad de afiliados por EPS y por municipio fue posible reducir la



magnitud del país. Para determinar la muestra se tuvieron en consideración los cotizantes y no el conjunto de afiliados en razón de las posibilidades de ubicación. La selección realizada permitió determinar los municipios en los que se concentra casi el 96% de los afiliados y sobre ese conjunto construir dos estratos de selección muestral. El primer estrato conformado por 61 municipios agrupados en 33 áreas metropolitanas, en este estrato se reúne el 82% de los afiliados a las EPS. El segundo estrato contiene otros 250 municipios, y la unión de los dos estratos comprende para el total el 94.4% de los afiliados a las EPS del país, ninguna EPS a excepción del Seguro Social tiene cobertura inferior al 91%. Los restantes municipios, 700, contienen escasamente el 5,6% de los afiliados y no serán tenidos en cuenta en este estudio

EPS	Cantidad total de municipios	Cantidad de municipios con presencia	Estrato 1		Estrato 2		Porcentaje acumulado
			33 áreas metropolitanas		250 municipios		
			Cantidad de afiliados	Porcentaje	Cantidad de afiliados	Cantidad acumulada de afiliados	
Colseguros	2.209	1	2.209	100%	0	2.209	100%
Cruz blanca	539.466	3	539.466	100%	0	539.466	100%
Susalud	872.447	28	866.454	99,3%	5.993	872.447	100%
Comf-Valle	205.549	77	198.157	96,4%	6.516	204.673	99,6%
Compensar	498.650	115	498.203	99,9%	151	498.354	99,9%
SaludCol	12.220	124	5.808	47,5%	5.477	11.285	92,3%
Comf- Ant	226.594	140	186.898	82,5%	38.944	225.842	99,7%
Reg humana	18.419	148	13.598	73,8%	3.298	16.896	91,7%
Colpatria	72.391	161	71.728	99,1%	490	72.218	99,8%
Occidental	408.647	181	322.461	78,9%	58.173	380.634	93,1%
Cafesalud	738.347	193	683.824	92,6%	46.359	730.183	98,9%
Colmena	342.848	280	339.056	98,9%	1.934	340.990	99,5%
Salud Total	954.015	369	927.333	97,2%	23.273	950.606	99,6%
Saludvida	35.712	383	21.348	59,8%	11.804	33.152	92,8%
Solsalud	192.151	384	113.149	58,9%	61.360	174.509	90,8%
Famisanar	763.383	467	728.062	95,4%	12.792	740.854	97,0%
Cooomeva	1.750.114	468	1.344.411	76,8%	314.532	1.658.943	94,8%
Caprecom	27.949	480	22.426	80,2%	4.117	26.543	95,0%
Sanitas	562.706	610	538.865	95,8%	18.496	557.361	99,1%
Saludcoop	3.098.124	615	2.021.413	65,2%	817.858	2.839.271	91,6%
Humana	419.767	710	308.667	73,5%	77.322	385.989	92,0%
ISS	2.779.555	1036	2.137.911	76,9%	301.564	2.439.475	87,8%
<b>Total</b>	<b>14.521.263</b>	<b>6.973</b>	<b>11.891.447</b>	<b>81,9%</b>	<b>1.810.453</b>	<b>13.701.900</b>	<b>94,4%</b>



Al considerar el diseño del formulario se encontró que el número de formularios que debía ser diligenciado dependía del menor número de respuestas en la dimensión de representación de usuarios, que contienen lo referente a prestación de servicios. Esta circunstancia generaría un tamaño de muestra que superaba la disponibilidad presupuestal. En consecuencia se decidió separar los formularios y modificar la muestra teórica, el resultado fue establecer un formulario que se aplicaría a los afiliados independientemente de si había tenido o no consulta médica, el otro formulario era exclusivo para quienes recibieron servicios médicos, es decir, para usuarios.

En la aplicación de los formularios se escogieron dos modalidades

- a) Para los cotizantes en el régimen contributivo la encuesta se aplicó tomando como unidad de selección el establecimiento donde laboraban, es decir, en sus sitios de trabajo. La encuesta fue autodiligenciada en los establecimientos de más de 20 trabajadores, previa una etapa de información y sensibilización. En los establecimientos con 20 o menos trabajadores la información se recolectó a través de encuestadores.
- b) Para los afiliados de ARS se hicieron encuestas directas en los hogares.

## **2. PRUEBA PILOTO**

Teniendo en cuenta que la muestra se confeccionó en forma separada para ARS y EPS la prueba piloto se llevó a cabo en dos etapas, en la primera, realizada en junio 4, el cuestionario se aplicó a los afiliados a las ARS y en la segunda, llevada a cabo el 14 del mismo mes, se entrevistó a los afiliados de las EPS.

### **2.1 PRUEBA PILOTO A AFILIADOS DE ARS**

La prueba Piloto se diseñó para ser aplicada en seis manzanas de estrato 1 y 2 de los barrios Ciudad Bolívar, Usme y Suba (dos manzanas en cada barrio) esperando un total de 80 encuestas (40 Encuestas a Afiliados a ARS y 40 a Usuarios de ARS). La prueba se inició a las 8:00 a.m. en Ciudad Bolívar y se terminó a las 8:00 p.m. en Suba.

En total se aplicaron 80 encuestas en 75 hogares: 35 a Afiliados (formulario A) y 45 a Usuarios (formulario B).

#### **Tiempo promedio por encuesta:**

Formulario a Afiliados (A): 10 minutos

Formulario a Usuarios (B): 8 minutos

#### **Sistema de recolección:**

Se utilizó el sistema barrido con 5 encuestadores usando un listado de las viviendas y los hogares en las manzanas seleccionadas.



Nota: teniendo en cuenta que el objetivo era aplicar la encuesta a personas afiliadas a ARS, en Suba y Usme fue necesario aplicarla en dos manzanas diferentes a las listadas, puesto que en las originales las personas estaban afiliadas a EPS.

**Observaciones generales:**

- En términos generales la encuesta tuvo buena aceptación por parte de las personas entrevistadas y las preguntas son claras y de fácil comprensión por las personas.
- Casi la totalidad de las personas encuestadas respondieron "No" a las tres últimas preguntas de la Encuesta a Afiliados (Formulario A).
- Previo al trabajo de campo es necesario definir con mucha precisión a qué persona en el hogar se le aplica la encuesta, cuando hay varios afiliados a la misma o a diferentes ARS.
- Se presentaron siete casos de personas que están afiliadas a una ARS y nunca han tenido consulta con el médico general (pregunta 4 del formulario a Usuarios)

**Observaciones específicas por preguntas:**

- El "Tipo de Subsidio" (Pleno o Parcial) de la pregunta No. 3 de los formularios a Afiliados y a Usuarios no lo saben responder las personas.
- En la pregunta 23 de la Encuesta a Afiliados: ¿Ha tenido necesidad de presentar quejas o reclamos ante la EPS (ARS) en los últimos 6 meses? Sería conveniente cambiar "ha tenido necesidad" por expresiones como "ha tenido la intención", "ha querido", etc.
- Se propone cambiar "obtuvo la cita" por "le dieron la cita"
- La pregunta No. 7 de la Encuesta a Afiliados: ¿Es fácil obtener información y realizar trámites en la EPS (ARS)? Está planteada para que se responda SI o NO, por lo tanto es necesario modificarla para que quede acorde con las opciones de respuesta actuales.
- En la pregunta No. 12 de la Encuesta a Afiliados: ¿A cuáles de los siguientes servicios tiene derecho en la EPS (ARS) a la que está afiliado?, la expresión "tiene derecho" no es muy clara para las personas, sería más conveniente preguntar si la EPS (ARS) le ofrece esos servicios.
- Se sugiere que si a la pregunta No. 10 de la Encuesta a Usuarios: ¿Reclamó los medicamentos?, la respuesta es "NO", se introduzca una pregunta sobre la razón para no reclamarlos.
- Sería conveniente que la pregunta No. 16 de la Encuesta a Usuarios: "Califique cada uno de los siguientes aspectos en su última consulta con el médico general",



quedara a continuación o se integrara con la pregunta No. 9, pues tienen la misma formulación.

## **2.2 PRUEBA PILOTO A AFILIADOS DE EPS**

Esta prueba se aplicó a los empleados de la empresa TOYS CAN, situada en la avenida Ciudad de Cali, No. 15-08, Teléfono 2922582.

La prueba fue aplicada por 3 encuestadores que realizaron un total de 21 encuestas: 10 Encuestas a Afiliados (Formulario A) y 11 a Usuarios (Formulario B): Igual que en la prueba a afiliados de ARS el tiempo promedio de encuesta fue de 10 minutos para el formulario A y de 8 minutos para el formulario B.

El trabajo se inició a las 10:00 a.m. y se terminó a las 10: 50 a.m.

Los propietarios de la empresa en forma amable prestaron toda la colaboración para que la prueba de la encuesta se desarrollara en las mejores condiciones.

Los empleados respondieron la encuesta sin problemas y en todo momento fueron receptivos hacia los encuestadores.

### **Observaciones Generales:**

- Se encontraron algunos flujos equivocados en las preguntas de los dos cuestionarios. Esto se debió a algunos ajustes que se hicieron a los formularios después de la prueba piloto del 4 de junio. Sin embargo, los encuestadores tuvieron cuidado de aplicar las preguntas de manera correcta.
- Los encuestadores encuentran que el fraseo de algunas preguntas es un poco largo, lo cual dificulta su lectura y la comprensión por parte de las personas que responden.

## **2.3 AJUSTES A LOS FORMULARIOS**

Con la experiencia de las pruebas pilotos del 4 y el 14 de junio y atendiendo las observaciones de los encuestadores y de la supervisora se hicieron ajustes al fraseo de algunas preguntas y opciones de respuesta; se aumentaron opciones de respuesta; se unieron las preguntas 9 y 16 del formulario A; se incluyó en el formulario B una pregunta sobre el motivo para no reclamar los medicamentos.

Igualmente, a raíz de la reunión con el equipo del Ministerio de la Protección Social se incluyeron cuatro preguntas en el formulario B sobre libertad de los usuarios para escoger IPS y médico, tanto en la consulta general como en la consulta con el especialista.

Más adelante, en desarrollo del proceso de concertación planteado en la propuesta del CID, se llevó a cabo un conjunto de reuniones con representantes de diversos organismos, en especial con las agremiaciones de los asegurados. Se hizo inicialmente una presentación global del trabajo en las instalaciones del Ministerio de la Protección Social, posteriormente se realizaron dos sesiones de trabajo, una en las



oficinas de GESTARSALUD con funcionarios de las ARS, y otra en la sede de ACEMI con ejecutivos de las EPS. En dichas sesiones se revisaron las preguntas y se cambió el fraseo de algunas, con miras a lograr mayor claridad y ajuste a la normatividad.

Al incluir estos cambios se produjo el formulario definitivo que fue aplicado a los afiliados y se procedió a la corrección correspondiente en los instructivos de diligenciamiento y en los criterios de consistencia.

### 3. OPERATIVO DE CAMPO DE LA ENCUESTA A AFILIADOS A LAS EPS

Para el diseño del trabajo se realizaron simulaciones del operativo de la Encuesta, en donde se evaluaron todos los aspectos metodológicos, técnicos y operacionales (logísticos) del diseño de la misma y nos permitió dimensionar un diseño que tuviera en cuenta aspectos como:

- **Recopilación de Documentación y Experiencias Pasadas:** encuestas de Hogares, ingresos y gastos, condiciones de vida a nivel nacional e internacional;
- **Alcance:** variables a investigarse ;
- **Conceptos y Definiciones Operacionales:** de las variables a investigarse;
- **Instrumentos de Investigación:** Cuestionario y formularios auxiliares, manuales de instrucciones, plan de tabulación, etc.;
- **Diseño de Muestreo:** procesos de selección y estimación, marcos de muestreo, etc.;
- **Recolección de los Datos:** programa de entrenamiento del personal de campo, organización de campo, metodología de recolección, etc;
- **Procesamiento de los Datos:** diseño y programación del sistema, archivo del material, crítica-codificación, captura, validación automática, producción de tablas, etc.;
- **Análisis de los Datos:** cobertura, respuesta, diseño y construcción de los indicadores y sus errores de muestreo, etc.;
- **Control de Calidad Total:** preparación de la encuesta, supervisión y coordinación de la recolección de los datos, procesamiento y análisis de los resultados, etc.

En esta etapa se determinaron específicamente los municipios y las empresas a visitar según la muestra seleccionada de la base de datos de afiliados al Régimen contributivo con corte a junio de 2005 que fue suministrada por el Ministerio de la Protección Social

El operativo de campo tiene su base central en cada capital de departamento con el objeto de contar con un responsable por cada una de las regiones planteadas en el diseño de la muestra. En dichas ciudades reclutaron los profesionales encargados se hacer la recolección, supervisión y demás controles del operativo de campo

#### 3.1. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

- **Tipo de entrevista**

La encuesta se aplica en las empresas seleccionadas en la muestra, mediante la técnica de autodiligenciamiento a aquellas personas que se encuentren afiliadas a la EPS seleccionada para evaluación en esa empresa.



- **Conformación de los grupos y cuotas de trabajo**

Los grupos de trabajo en campo, están conformados por un supervisor que se encargará de realizar el trabajo de distribución y recolección en diez empresas. A su vez, se ha definido un (1) crítico-codificador y un (1) digitador por cada tres grupos de trabajo.

Para los desplazamientos, en desarrollo del trabajo de campo, el grupo contará con el apoyo de un vehículo contratado específicamente para tal fin, durante cuatro horas al día. El supervisor debe coordinar la debida utilización del vehículo, distribuir el tiempo y determinar los desplazamientos para atender los requerimientos de recolección de información

Las encuestas que resultan a diario en desarrollo de la recolección, son objeto de la correspondiente supervisión y las encuestas supervisadas con resultado definitivo, se critican, codifican y procesan, también a diario, en forma simultánea en la medida que se cumpla con las cuotas de recolección, para así mismo, balancear y armonizar el trabajo del grupo como tal.

- **Selección de personal**

Para realizar el trabajo de campo, se consultó la base de datos de hojas de vida con que cuenta el CID, de donde se preseleccionaron los candidatos teniendo en cuenta la experiencia profesional en actividades relacionadas con el sector salud, el tiempo laborado y la formación académica. Luego, mediante entrevista personal se seleccionaron las personas que cumplirían con la función de **coordinadores-multiplicadores** departamentales o zonales, teniendo en cuenta la idoneidad y la capacidad demostrada al momento de la entrevista.

- **Capacitación de personal:**

El proceso de capacitación se considera clave para obtener una buena calidad del trabajo en terreno: Para ello se ha diseñado un proceso de capacitación con una metodología de taller- práctico, en donde se han desarrollado guías y material de instrucción soportado con aplicativos multimediales e interactivos. Para la capacitación (por lo menos tres días) se desarrollaron los siguientes módulos:

**Módulos de Capacitación**  
**Centro de investigaciones para el desarrollo – CID-**

MODULOS	TEMAS	METODOLOGÍA
MODULO I	Objetivo del proyecto Documento conceptual y alcances del proyecto Conceptualización general sobre salud	*Clase Magistral *Prueba escrita sobre comprensión de conceptos * Refuerzo de conceptos y técnica de entrevista, teniendo en cuenta los vacíos detectados en las pruebas.



MODULOS	TEMAS	METODOLOGÍA
MODULO II	Manejo De Formatos Y Formularios	* Clase Magistral Y Talleres Prácticos * Prueba escrita sobre comprensión de conceptos * Refuerzo de conceptos y de diligenciamiento de formatos y formularios, teniendo en cuenta los vacíos detectados en las pruebas
MODULO III	Control De Calidad En Campo Y Análisis Preliminar De Datos	* Clase Magistral Y Talleres Prácticos * Prueba escrita sobre comprensión de conceptos. * Refuerzo de conceptos y de diligenciamiento de formatos y formularios, teniendo en cuenta los vacíos detectados en las pruebas.
MODULO IV	Preselección	*Exclusión de participantes de bajo rendimiento
	Trabajo De Campo Simulado	* Prueba piloto: diligenciamiento y conceptos
	Evaluación Del Trabajo De Campo Selección Definitiva De Personal	* Evaluación
MODULO V	Ejercicios Prácticos Simulados sobre posibles Escenarios a encontrar en Campo	* Prueba piloto: escenarios y Contingencias

En el proceso de capacitación se busca la intervención activa de los participantes por medio de ciclos de preguntas y respuestas orales, ejercicios de prueba, entrevistas simuladas y de práctica.

Así mismo, se emplearon materiales homogéneos y estandarizados. Para ello se cuenta con el "manual de campo" que contiene los conceptos, procedimientos, técnicas de entrevista y las instrucciones de diligenciamiento de formatos, entre otros.

Se realizó una evaluación a los participantes del curso, para determinar en qué medida cada uno de ellos ha dominado el conocimiento de los elementos esenciales. Esta evaluación se realizará mediante la calificación de ejercicios prácticos, series de preguntas y ejercicios simulados. La selección final de los coordinadores se realizó a través de la calificación de tres aspectos así:

- \* Antecedentes y revisión de estudios y experiencia certificada: 20%
- \* Evaluación de conceptos y técnicas de entrevista recibidas en el curso 60%
- \* Entrevista 20%

Es importante resaltar que se efectúa este proceso tan riguroso de capacitación, dado que las personas seleccionadas como coordinadores departamentales tienen la función de replicar la capacitación en cada una de las zonas y de tomar decisiones en campo.



### 3.2 LOGÍSTICA DEL TRABAJO DE CAMPO

En cada uno de las zonas definidas en la muestra se seleccionó un equipo de trabajo, que luego fue capacitado, evaluado y puesto en operación. Cada grupo quedó compuesto por un coordinador, supervisores, crítico-codificadores y digitadores, como se puede observar en el gráfico siguiente.

Antes de iniciar el operativo, a cada coordinador se le entregó el número suficiente de formatos para levantamiento de información, manuales de recolección y supervisión y demás formas de control, cartas de presentación a los entrevistados, carné de identificación, diarios de campo, listados de muestra de establecimientos a visitar, viáticos y transporte terrestre.

Previo al operativo de campo se realizó un proceso de concertación telefónica con cada una de las empresas a visitar, en donde se le explicará al jefe de personal o al encargado de relaciones industriales el objeto de la encuesta y la metodología a utilizar.



### 4. DISEÑO DEL SOFTWARE

Para la sistematización de la información se diseñó un software de captura en un entorno de desarrollo Visual Fox- pro 7.0 con Service Pack 6. Un manejador de base de datos SQL Server 2000. El software es de manejo sencillo. Contiene dos menús principales en los que se desarrolla todo el proceso de sistematización, uno que permite la captura de la información, un menú del usuario puede generar e imprimir



los reportes correspondientes por EPS municipio y departamento. Es importante anotar que se desarrollaron módulos separados para la captura y validación de los cuestionarios A y B.

La información consignada en los formularios aplicados a las empresas seleccionadas en la muestra se capturó en cada una de las zonas y se efectuó de manera simultánea a la realización del operativo de campo

- **Mecanismos de verificación y control de la calidad**

Las diferentes actividades que conlleva el proceso de trabajo de campo: recolección, revisión inicial en campo, análisis preliminar, remisión o reporte, captura y corrección de inconsistencias, se llevarán a cabo en forma simultánea, en la medida que avance la recolección.

Las ventajas de abocar en forma simultánea las diferentes etapas del proceso, garantizan un seguimiento diario y mejoran la calidad final de la información, estos aspectos se resumen en los siguientes puntos:

- \* Los formularios diligenciados en las empresas, fueron revisados de manera preliminar en campo, por cada coordinador de departamento.
- \* Al ser capturada la información se corrió un programa de validación con el fin de detectar las inconsistencias en los formularios, no reportadas en el proceso de crítica. Con esta revisión y verificación se logra que:

Los errores se detecten oportunamente, en forma inmediata, a medida que avanza la recolección identificando la etapa, el tipo de error y el responsable.

Los errores se corrigen directamente en la fuente, evitando imputaciones o ajustes que puedan distorsionar los datos reales.

Mejora la calidad de la información, y los resultados del estudio estarán disponibles en un corto tiempo, en razón a que la información prácticamente será depurada en terreno.



### CAPITULO 3 METODOLOGIA Y RESULTADOS DEL CALCULO DE INDICADORES

Varias etapas se llevaron a cabo para establecer el ordenamiento de EPS en la encuesta a los afiliados. La primera fue determinar un sistema de calificación para cada una de las respuestas derivadas de la aplicación de los formularios, el segundo la confección de un programa de cálculo y por último el tratamiento estadístico de los puntajes obtenidos en cada uno de los temas objeto de análisis.

Para definir el sistema de calificaciones y la posterior calificación de los resultados, se conformó un grupo de expertos, provenientes del grupo de Protección Social del CID. De la discusión realizada, en varias sesiones, se determinó como criterio fundamental aplicar un sistema de calificación numérica para cada una de las opciones resultante que oscilaría entre 0 y -4. Es decir, para cada pregunta o combinación de preguntas, en cada uno de los formularios, se produce una calificación que debe estar en ese rango. Nos referimos a combinación de preguntas, en tanto en la confección de las preguntas del formulario se tuvo en cuenta la idea de proceso, un ejemplo de ello es la atención médica, se indaga si solicitó consulta, si se la dieron, si asistió, etc.; por tanto, lo que importa es valorar el total de la secuencia.

Esta elección del sistema de calificación tuvo como base dos consideraciones, en primer lugar el hecho de que el fundamento del ordenamiento era evaluar el desempeño de las EPS en el cumplimiento de las funciones, establecidas en la norma, conducentes a garantizar la prestación de servicios a los afiliados; en segundo término, las preguntas fueron formuladas, en general, de manera que el primer distractor fuera el requisito establecido en las normas. En consecuencia, cuando la respuesta de la pregunta o la combinación de preguntas refleja estar en consonancia con la norma se califica con cero, mientras entre más distante límite normativo más baja será su calificación, hasta -4, que es, en general, el mayor número de distractores que se cuenta, con una sola excepción.

Un caso particular es el de las preguntas orientadas a determinar la gestión en la dimensión de empoderamiento. Para ese capítulo en particular la legislación es explícita en el caso de las labores que debe realizar la ARS, no así en las EPS. Por esta razón, en consonancia con la propuesta conceptual, se decidió que las preguntas pertinentes en este campo se calificarían con el método determinado en los formularios de afiliados-usuarios de las ARS, pero se calificaría entre 0 y 2 en los formularios de EPS, en tanto se concibe que como una acción positiva que debe ser reconocida.

En las tablas siguientes se presentan los puntajes asignados en cada uno de los formularios.

Posteriormente, se elaboró un programa informático que se combinó con la base de datos y se produjeron los puntajes respectivos. Para obtener ese resultado se sumó el puntaje que se obtenía por cada pregunta (o combinación de preguntas) en cada uno de los formularios de la EPS, ponderados por el número de formularios en los cuales aplicaba la pregunta. Este proceso de agregación continúa para determinar una sumatoria para cada tema de la encuesta y luego para cada dimensión.



Con los datos así obtenidos, se procedió a normalizar las series con el fin de realizar el ordenamiento, pero además, como mecanismo para poder encontrar datos que fueran comparables con los resultantes de las otras fuentes.

### 3.1. CALIFICACION DE LAS RESPUESTAS FORMULARIO DE AFILIADOS

DIMENSIONES DE ANALISIS	TEMA	INDICADOR	PUNTAJE	PREGUNTAS		
ASEGURAMIENTO Según la Ley: recaudar, afiliar, contratar, compensar, atender al usuario, sistema de información	Afiliación e información	Sumatoria de puntaje		P.3. ¿le han informado donde puede ir en caso de urgencia o consulta médica?		
			0	Si		
			-4	No		
			P.4 ¿Ha tenido problemas para que la IPS lo reconozca como afiliado?	-4	Si	
				0	No	
				0	No ha hecho uso	
				P.5 ¿Cuántos minutos se demora en llegar a la IPS?	0	Menos de 20 minutos
					-1	Entre 20 y 40 minutos
					-2	Entre 41 y 60 minutos
		-3	Más de una hora			
			P.12 ¿Necesitó autorización de la EPS?	0	Si consulta médica. demora 1 día	
				-2	entre 2 y 3	
				-3	entre 4 y 5	
				-4	Más de 5	
				0	Si hospitalización y cirugía. demora 1 día	
				-2	entre 2 y 3	
				-3	entre 4 y 5	
				-4	Más de 5	
				0	Si exámenes. demora 1 día	
				-2	entre 2 y 3	
				-3	entre 4 y 5	
				-4	Más de 5	
				0	Si medicamentos demora 1 día	
				-2	entre 2 y 3	
	-3			entre 4 y 5		
	-4			Más de 5		
	0			No consulta médica		
	0	No hospitalización y cirugía				
	0	No medicamentos				
	Atención al usuario - calidad del servicio	P.6. Obtener información y realizar trámites es	1	Muy fácil		
			0	fácil		
			-2	difícil		
			-3	muy difícil		
0			no sabe			



		filtro	filtro	P.7. En qué forma solicita información (filtro). Personalmente, por teléfono, por escrito, por internet
				P.8. El trato que le da la EPS es
			1	Muy amable
			0	amable
			-2	desatento
				NS/NR
				P.9. En qué forma resuelve la EPS las preguntas y consultas
			1	Muy satisfactoria
			0	satisfactoria
			-2	insatisfactoria
				NS/NR
				P.22. y P.23 ¿En este momento considera cambiar de EPS?
			-2	si por Descontento con la atención
			-4	si por Descontento con los servicios
			-3	si por Otros motivos relacionados con la EPS
	0	si por Motivos personales		
	0	No		
PROMOCION DE LA SALUD	Programas de promoción y prevención			P.18. ¿Le han practicado los siguientes exámenes?
			0	Si. Mamografía
			0	Si citología vaginal
			0	Si exámen de próstata
			0	Si prevención odontológica
			-3	No mamografía
			-3	No citología vaginal
			-4	No exámen de próstata
			-2	No prevención odontológica
				P.20. Ha sido invitado a participar en actividades educativas
	0	Si		
	-3	No		
EMPODERAMIENTO	Empoderamiento individual			P.10. ¿Ha recibido información sobre los derechos?
			0	Si al momento de la afiliación
			0	Si a través de campañas de la EPS
			-1	Si, cuando solicitó información
			-4	Nunca
				P.11. ¿A cuáles de los siguiente servicios tiene derecho?
			0	Si cirugía
			0	Si atención odontológica
			0	Si lentes para gafas
			0	Si medicamentos
			-3	No cirugía
			-3	No atención odontológica
			-3	No lentes
			-3	No medicamentos
			-2	NS/NR
		P.21. ¿le han informado cómo poner una queja?		
	0	Si		



	Colectivo	-3	No		
			P.24. ¿Ha recibido información sobre organizaciones de afiliados?		
		2	Si		
		0	No		
			P.25. ¿Ha sido invitado a participar?		
		2	Si		
		0	No		
			P.26. ¿Participa en alguna organización?		
		2	Si		
		0	No		
		REPRESENTACION DE USUARIOS	Acceso y oportunidad		P.13, 14, 16, 15, 17. Ha solicitado consulta a médico general
				0	Si solicitó, si le dieron, lo atendieron cumplidamente
-1	Si solicitó, si le dieron, lo atendieron con retraso				
0	Si solicitó, si le dieron, no asistió				
-4	Si solicitó, si le dieron, no lo atendieron				
-2	Si solicitó, no le dieron porque no llevó carné				
-2	Si solicitó, no le dieron porque no tenía dinero				
-3	Si solicitó, no le dieron porque ...admon EPS?				
0	No solicitó porque no ha tenido necesidad				
-1	No solicitó porque no tenía dinero				
-1	No solicitó porque tiene otros médicos de confianza				
-2	No solicitó porque los sitios quedan muy lejos				
-2	No solicitó porque no es buena la calidad de los servicios				
-2	No solicitó porque hay que hacer muchos trámites				
-2	No solicitó porque ... admitivas EPS?				
	P.19 ¿Ha tenido dificultades para citas médicas o urgencias estando fuera del municipio?				
-4	Si				
0	No				
0	No ha pedido citas				

### 3.2.CALIFICACION DE LAS RESPUESTAS FORMULARIO DE USUARIOS

DIMENSION DE ANALISIS	TEMA	INDICADOR	PUNTAJE	PREGUNTA	
REPRESENTACION DEL USUARIO	Acceso y oportunidad			P.3, P.6, P.7	
			0	Si ha tenido consulta, si lo atendieron cumplidamente	
			0	Si ha tenido consulta, lo atendieron con menos de 15 minutos de retraso	
			-1	Si ha tenido consulta, lo atendieron entre 15 y 30	
			-2	Si ha tenido consulta, lo atendieron entre 30 y 45	
			-3	Si ha tenido consulta, lo atendieron entre 45 y 1 hora	
			-4	Si ha tenido consulta, lo atendieron con más de 1 hora	
				P.5 ¿Pudo escoger libremente?	
			0	Si	
			-1	No porque sólo hay un médico general	
			-3	No por otras razones	
			Flujo	Flujo	P.9 le recetaron medicamentos
					P10, P11, P12.



		0	si los reclamó, se los entregaron todos
		-2	si los reclamó, le entregaron una parte
		-4	si los reclamó, no se los entregaron
		-2	no los reclamo por muchos trámites
		-2	no los reclamo porque muy lejos
		-2	no los reclamó porque mucho tiempo de espera
	Filtro	Filtro	P13, ¿Le ordenaron exámenes de laboratorio? Si , No
			P14, P15.
		0	si se los hicieron todos, oportunamente
		-2	le hicieron algunos, oportunamente
		-2	si le hicieron todos, no oportunamente
		-4	le hicieron algunos, no oportunamente
		0	Si le ordenaron pero no fue a que se los practicasen
		-4	Si le ordenaron, no se los practicaron por otro..?
	Filtro	Filtro	P.17 Ha solicitado consulta con especialista?
			P18, P20, P21
		0	si la dieron, en fecha oportuna, lo atendieron cumplidamente
		-1	si la dieron, en fecha oportuna, lo atendieron con retraso
		0	si la dieron, en fecha oportuna no asistió a la cita
		-4	si se la dieron, en fecha oportuna, no lo atendieron
		-2	si la dieron, en fecha no oportuna, lo atendieron cumplidamente
		-3	si la dieron, en fecha no oportuna, lo atendieron con retraso
		-1	si la dieron, en fecha no oportuna no asistió a la cita
		-4	si se la dieron, en fecha no oportuna, no lo atendieron
		-4	Si ha solicitado, no se la dieron
			P.19. En la cita con especialista pudo escoger libremente
		0	Si
		-1	No por solo un especialista
		-3	No por otras razones
Atención al usuario - calidad del servicio			P8. Califique los siguientes aspecto en consulta médica
		0	Médico escuchó en forma buena
		-1	Médico escuchó en forma aceptable
		-2	Médico escuchó en forma mala
		0	Médico explicó enfermedad en forma buena
		-1	Médico explicó en forma aceptable
		-2	Médico explicó en forma mala
		0	Médico explicó tratamiento en forma buena
		-1	Médico explicó tratamiento en forma aceptable
		-2	Médico explicó tratamiento en forma mala
			P8. Califique aspecto de la última consulta
		0	Servicio de personal paramédico bueno
		-1	Servicio de personal paramédico aceptable
		-2	Servicio de personal paramédico malo
		0	Servicio del personal administrativo bueno
		-1	Servicio del personal administrativo aceptable
		-2	Servicio del personal administrativo malo
			P.16 Las instalaciones de la IPS SON



		0	Son cómodas
		0	Son aseadas
		0	Son acogedoras
		-1	No son cómodas
		-1	No son aseadas
		-1	No son acogedoras

#### Tareas en representación de usuarios

Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional

Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras

Definir procedimientos para garantizar el libre acceso

Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad

### 3.3 RESULTADO DEL ORDENAMIENTO EN LAS EPS

Aquí se presentan los resultados por cada una de las dimensiones en las encuestas a los afiliados/usuarios de las EPS. Hay que recordar que la recolección de la información se hizo a través de dos formularios, uno a afiliados y otro a usuarios de los servicios de salud, es decir, este último específico para la dimensión de representación de usuarios. Los datos que se presentan en el cuadro siguiente se producen luego de la articulación de los dos formularios.

Asegurar	Representar	P y P	Empoderar
COMFENALCO VALLE	RED SALUD EPS	COMFENALCO VALLE	COMFENALCO VALLE
SUSALUD EPS	SOLSALUD EPS	HUMANA VIVIR EPS	SALUDCOOP
SALUDVIDA EPS	SUSALUD EPS	SALUDCOOP	HUMANA VIVIR EPS
RED SALUD EPS	SALUDCOOP	CRUZ BLANCA	SALUD COLOMBIA
SOS EPS	SALUD TOTAL EPS	SUSALUD EPS	RED SALUD EPS
COMPENSAR EPS	SALUDVIDA EPS	SALUDVIDA EPS	SANITAS EPS
SALUDCOLPATRIA	COOMEVA EPS	FAMISANAR EPS	SALUD TOTAL EPS
SALUD TOTAL EPS	SALUDCOLPATRIA	COMPENSAR EPS	SOLSALUD EPS
SANITAS EPS	COMFENALCO VALLE	SALUD TOTAL EPS	SUSALUD EPS
COOMEVA EPS	CRUZ BLANCA	COOMEVA EPS	COOMEVA EPS
HUMANA VIVIR EPS	HUMANA VIVIR EPS	RED SALUD EPS	COMPENSAR EPS
COLMEDICA	COMPENSAR EPS	CAFESALUD EPS	CRUZ BLANCA
SALUDCOOP	CAFESALUD EPS	SALUDCOLPATRIA	FAMISANAR EPS
CRUZ BLANCA	SALUD COLOMBIA	SANITAS EPS	COLMEDICA
FAMISANAR EPS	SANITAS EPS	SOLSALUD EPS	SOS EPS
SOLSALUD EPS	SOS EPS	SOS EPS	CAFESALUD EPS
CAFESALUD EPS	FAMISANAR EPS	COLMEDICA	SALUDCOLPATRIA
SALUD COLOMBIA	COLMEDICA	SALUD COLOMBIA	SALUDVIDA EPS

Estos resultados mostrarían que la entidad que ocupa la primera fila resultó la mejor calificada por los afiliados/usuarios. Ello no significa que sea la EPS ideal, pues como ya se ha explicado la calificación de los distintos atributos se hizo con base en los mínimos esperados según la legislación, lo que quiere decir dicho resultado es que respecto de las demás EPS, la primera de la fila, con base en la percepción de los afiliados/usuarios, desarrolla mejor esas tareas. En contrapartida la entidad que ocupa la última fila registra las más bajas calificaciones. Adicionalmente, solo por razones de



ilustración, se configuraron 3 grupos. Dado que los indicadores obtenidos por las entidades van de 0 a 1, el grupo de color rosado estaría conformado por las entidades que obtienen un índice igual o inferior a 0.33, el grupo amarillo estaría entre 0,331 y 0,66, finalmente, el grupo de color verde correspondería a entidades que superan el índice de 0,66.

Una conclusión general que se podría derivar del cuadro anterior es que las labores correspondientes a la dimensión de aseguramiento resulta, comparativamente, bien evaluadas por los afiliados, la dimensión de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ocuparía el segundo lugar, toda vez que, aunque el número de entidades con alta calificación es reducido, también es pequeño el número de entidades con bajas calificaciones.

### 3.4 RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO DE ARS

Asegurar	Representar	P y P	Empoderar
ASMETSALUD	SELVA SALUD	ENDISALUD	ENDISALUD
SELVA SALUD	ASMETSALUD	ASMETSALUD	ECOOPSOS
COMPARTA	COMPARTA	CONVIDA	EMSSANAR
CAJACOPI	CONFACAR	EMSSANAR	ASMETSALUD
ECOOPSOS	EMSSANAR	ECOOPSOS	MUTUALSER
EMSSANAR	CAJACOPI	COMFAMA	CAPRECOM
CONFACAR	CAFESALUD	MUTUALSER	CONVIDA
COMFAMA	ECOOPSOS	SALUD TOTAL	HUMANA VIVIR
CAFESALUD	COMFAMA	CAFAM	CAFAM
CAPRECOM	CALI SALUD	COMPARTA	CAJACOPI
SALUD VIDA	MUTUALSER	SALUD CONDOR	CAFESALUD
SOLSALUD	SOLSALUD	CONFACAR	SALUD TOTAL
HUMANA VIVIR	CAPRECOM	SOLSALUD	COMPARTA
SALUD TOTAL	HUMANA VIVIR	CALI SALUD	CONFACAR
CALI SALUD	SALUD CONDOR	HUMANA VIVIR	SOLSALUD
MUTUALSER	CAFAM	CAPRECOM	COMFAMA
SALUD CONDOR	SALUD TOTAL	CAFESALUD	CALI SALUD
CAFAM	ENDISALUD	CAJACOPI	SALUD VIDA
ENDISALUD	SALUD VIDA	SALUD VIDA	SELVA SALUD
CONVIDA	CONVIDA	SELVA SALUD	SALUD CONDOR

Como en el caso anterior, la ARS que figura en la primera fila es la mejor calificada por los afiliados/usuarios y la que ocupa la última fila registra las calificaciones más bajas. Una conclusión general de este cuadro es que la dimensión de representación exhibe las mejores calificaciones: tiene el mayor número de entidades en el primer grupo y el menor número en el último grupo (indicador inferior o igual a 0.33). Por contraposición la dimensión de P y P, así como la de empoderamiento registran un gran grupo de bajas calificaciones, y un reducido grupo de altas calificaciones.



## **TERCERA PARTE**

### **ORDENAMIENTOS CON BASE EN ENCUESTA A LAS ENTIDADES, ANALISIS FINANCIERO Y REGISTROS DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE LA ENFERMEDAD – P y P**

Como complemento a la información obtenida a través de la encuesta a los afiliados y en búsqueda de acopiar la mayor cantidad de datos posibles se recurrió a tres fuentes adicionales: encuesta a las entidades (ARS y EPS), análisis de los estados financieros y registros de promoción y prevención.

El propósito central al introducir estas nuevas fuentes en el proyecto obedecía a la necesidad de contar con información cuantitativa que apoyara los resultados arrojados por la percepción de los afiliados. En este sentido, se trataba de medir el cumplimiento de las funciones determinadas en la legislación a través de las acciones acometidas por las entidades.

La característica de estas tres fuentes es que la información original proviene de las entidades. La encuesta a las aseguradoras, como se explica en el siguiente capítulo, tuvo un proceso similar al que se llevó a cabo en la encuesta de afiliados. El uso de este instrumento permitía una ventaja adicional: involucrar a las EPS en el proceso de determinación del ordenamiento. Las otras dos fuentes, por su parte, contienen información reportada por las aseguradoras a la Superintendencia de Salud y al Ministerio de la Protección Social.

Así, la matriz de ordenamientos que se presenta al final de este informe procede de los dos agentes comprometidos en el sistema: afiliados y aseguradores, en el marco de la regulación ejercida por el Estado.

#### **CAPITULO 1 DISEÑO Y RESULTADOS DE LA ENCUESTA A LAS ENTIDADES**

La encuesta que se realizó a las EPS tenía como objetivo conocer algunos aspectos de la operación de las entidades, relacionados con la manera como éstas garantizan el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud a sus afiliados.

El formulario que se diseñó para cumplir con este propósito iba dirigido al gerente de la EPS, que, para los efectos de esta consultoría, actuaba como informante calificado, es decir, la persona que está en capacidad de recopilar y validar toda la información suministrada. Los documentos para recabar la información fueron enviados tanto por correo físico como en medio magnético, con sus correspondientes instructivos.



## 1. ESTRUCTURA DEL FORMULARIO Y OBJETIVOS DE CADA CAPÍTULO

Conservando el esquema de dimensiones de análisis, el formulario de EPS quedó conformado por cuatro capítulos:

- Afiliación:** las preguntas de este capítulo buscan caracterizar la EPS en función de los afiliados que posee y determinar su capacidad para promover la afiliación y mantener la comunicación con sus afiliados.
- Aseguramiento:** busca determinar el nivel de actividades que realiza la EPS en cuanto a algunos de los aspectos relacionados con las funciones de aseguramiento e intermediación entre el usuario y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Promoción y prevención:** indaga sobre algunas de las acciones de la EPS referentes a los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Garantía de calidad:** el capítulo toca temas relacionados con la calidad en la prestación de servicios y busca determinar la capacidad de gestión de las EPS a partir de sistemas de información que le permitan conocer la forma como controla la prestación de servicios, así como la voluntad de la entidad de someterse a los procesos formales de acreditación de calidad.
- Atención y participación de usuarios:** contiene preguntas que muestran la disposición de procesos en la EPS para responder a las inquietudes y quejas de sus afiliados y facilitar mecanismos de comunicación con ellos. También busca identificar mecanismos de participación de usuarios y los niveles de la misma en cada EPS.

## 2. TEMAS Y VARIABLES DEL FORMULARIO

DIMENSIÓN	TEMA	VARIABLES
ASEGURAMIENTO	Afiliación	Número de afiliados activos
		Número de ventanillas de afiliación
		Horas semanales disponibles para atender inquietudes y solicitudes
		Llamadas registradas por Call Center o mecanismos similares
REPRESENTACION DE USUARIOS	Resultados en la prestación de servicios de salud	Número de consultas (general y odontológicas)
		Cirugías
		Egresos hospitalarios
		Control prenatal y partos
	Garantía de calidad	Despacho de fórmulas
		IPS en procesos de acreditación
		Procesos acreditados en la EPS
		Visitas de auditoría
PROMOCION DE LA SALUD	Promoción y Prevención	Cobertura de las visitas
		Realización de exámenes de prevención
		Higiene oral infantil
EMPODERAMIENTO	Atención y participación de afiliados	Esquemas de vacunación
		Sistema de quejas y reclamos
		Número de comités técnico-científicos
		Asociaciones de usuarios



### 3. DEFINICIÓN INDICADORES PARA EL ORDENAMIENTO DE ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO – ARS

A partir de la recolección de información cuantitativa de algunos aspectos relacionados con las funciones que el Estado ha delegado a las Administradoras del Régimen Subsidiado, se diseñaron 26 indicadores agrupados en tres categorías, de acuerdo con las dimensiones de análisis que han guiado el estudio en su totalidad: aseguramiento, representación de usuarios (agencia) y empoderamiento<sup>26</sup>.

#### 3.1. ASEGURAMIENTO

##### 3.1.1. Variación porcentual de afiliaciones 2004-2005

Se construyó con base en la pregunta 2 del formato de recolección de información, donde se solicita indicar el número de afiliados a la ARS según los criterios y las fechas de corte señalados. Con el total de afiliados 2004 y el total del 2005 se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Variación anual de afiliados} = \frac{\text{Afiliados 2005} - \text{Afiliados 2004}}{\text{Afiliados 2004}}$$

Para el caso de Cafam, Comfenalco Antioquia y Salud Vida no se logró este indicador puesto que estas ARS no reportaron el dato solicitado, así que la media y la desviación estándar, necesarias para la estandarización de los indicadores, se realizó excluyendo estas entidades.

##### 3.1.2 Número de puntos de atención por cada mil afiliados (Total ARS)

Se construyó con base en la pregunta 3, con la casilla que indaga por los puntos de atención en cada municipio. Se utilizó la sumatoria de puntos para el total de la ARS, y se calculo usando:

$$\text{Puntos de atención por cada mil afiliados} = \frac{\text{Total puntos de atención}}{\text{Total afiliados ARS}} \times 1000$$

Dado que en el formulario se solicitó la información de afiliados por género y grupo de edad, para cada mes entre enero y junio de 2005, el denominador que se utilizó fue el total de afiliados de cada ARS para el año 2004, obtenido con la base de datos de afiliación que fue utilizada para el cálculo de la muestra de afiliados del régimen subsidiado. Se decidió utilizar este denominador por uniformidad, dado que no todas las ARS entregaron la información correspondiente a la pregunta 3, de donde se

<sup>26</sup> El ordenamiento contemplaba originalmente la categoría de promoción y prevención, pero dado que estas actividades no son responsabilidad directa de las ARS sino de los entes territoriales, y que la única información que fue posible obtener al respecto fue el número de niños (de 5 - 14 años) en consulta de higiene oral, se consideró que no era pertinente incluir dicha categoría en este ordenamiento.



obtendría el total de afiliados para el año 2004 y 2005, o porque en algunos casos esta información presentaba errores<sup>27</sup>.

### 3.1.3 Número de funcionarios por cada mil afiliados (Total ARS)

Al igual que el anterior indicador, se obtiene con información de la pregunta 3 y se utiliza la sumatoria para el total de la ARS.

$$\text{Número de funcionarios por cada mil afiliados} = \frac{\text{Total funcionarios}}{\text{Total afiliados ARS}} \times 1000$$

Así mismo, total de afiliados de cada ARS para el año 2004.

### 3.1.4 Desigualdad entre categorías municipales (número de funcionarios por cada mil afiliados en cada categoría municipal)

Se utiliza el mismo indicador anterior para cada una de las categorías municipales definidas, según la clasificación de las entidades territoriales de carácter local en el país que hace la ley 1147 de 2000. Lo que se busca con este indicador es tener una idea de la desigualdad en el tratamiento que una EPS da a los diferentes tipos de municipios en términos del número de funcionarios disponibles para atender a sus afiliados.

La mencionada ley, en su artículo 2º, clasifica los distritos y municipios así:

*Categoría especial:* Los que tienen población superior a 500.001 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación superiores a 400.000 salarios mínimos legales mensuales. En pesos de 2004, más de 140.000 millones.

*Primera Categoría:* Los que tienen entre 100.001 y 500.000 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación entre 100.000 y 400.000 salarios mínimos legales mensuales. O sea, en pesos de 2004, más de 36.000 millones.

*Segunda categoría:* Los que tienen entre 50.001 y 100.000 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación entre 50.000 y 100.000 salarios mínimos legales mensuales. En pesos de 2004, más de 18.000 millones.

*Tercera categoría:* Los que tienen entre 30.001 y 50.000 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación superiores a 30.000 y hasta 50.000 salarios mínimos legales mensuales. En pesos de 2004, más de 11.000 millones.

*Cuarta categoría:* Los que tienen entre 20.001 y 30.000 habitantes e ingresos

---

<sup>27</sup> El más común es que para el mismo cohorte de afiliación (por ejemplo, entre el primero de enero de 2000 y 31 de diciembre de 2000) se presentaba un número de afiliados activos a junio de 2005 mayor que el número de afiliados activos a 2004. Ese número puede ser igual o menor, pero nunca mayor.



corrientes anuales de libre destinación entre 25.000 y 30.000 salarios mínimos legales mensuales. En pesos de 2004, más de 9.000 millones.

*Quinta categoría:* Los que tienen entre 10.001 y 20.000 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación entre 15.000 y 25.000 salarios mínimos legales. En pesos de 2004, más de 5.500 millones.

*Sexta categoría:* Los que tienen menos de 10.000 habitantes e ingresos corrientes anuales de libre destinación inferiores a 15.000 salarios mínimos legales mensuales. En pesos de 2004, menos de 3.500 millones.

De tal forma que para la elaboración de los indicadores, se utiliza la sumatoria por cada categoría municipal y se obtiene la misma tasa del indicador del numeral anterior, obteniendo 7 indicadores diferentes.

### 3.2. REPRESENTACIÓN DE USUARIOS – AGENCIA

#### 3.2.1. Número de consultas en medicina general por afiliado

Se construye con base en la pregunta 4, de la siguiente forma:

$$\text{Número de consultas por afiliado} = \frac{\text{Total consultas}}{\text{Total afiliados ARS}}$$

Como en otros indicadores, el denominador que se utilizó fue el promedio mensual de afiliados de cada ARS en el período de enero a junio de 2005.

#### 3.2.2. Número total consultas de odontología por afiliado

Igual que el anterior, se construye con base en la pregunta 4 con la información de consultas odontológicas y usando como denominador el total de afiliados de cada ARS para el año 2004.

#### 3.2.3. Número de consultas de control prenatal por cada afiliada materna en control prenatal

Se obtiene de la información de la pregunta 5 y se construye de la siguiente manera:

$$\text{Consultas de control prenatal por cada afiliada materna en control} = \frac{\text{Total consultas de control}}{\text{Total afiliadas maternases en control}}$$

En principio se pretendía calcular este indicador con el número de afiliadas maternas como denominador, pero muchas ARS manifestaron que no pueden obtener el número de afiliadas maternas más que por las consultas que realizan de las mismas, así que



para utilizar información homogénea para todas las entidades, se prefirió el total de afiliadas maternas en control prenatal.

### 3.2.4. Número de cesáreas /Número de partos totales

También se obtiene de la información de la pregunta 5. Indica la proporción de cesáreas dentro del total de partos registrados por la ARS. Se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Proporción de cesáreas} = \frac{\text{Número de cesáreas}}{\text{Número total de partos}}$$

### 3.2.5. Tasa de mortalidad materna

Se calcula como el cociente entre el número de muertes maternas en el período determinado y el número de nacidos vivos en el mismo período, expresado por 1000 nacidos vivos, para cada ARS. Se construye con información de la pregunta 5. La fórmula utilizada es:

$$\text{Tasa de mortalidad materna} = \frac{\text{Número de muertes maternas}}{\text{Nacidos vivos}} \times 1000$$

### 3.2.6. Proporción de fórmulas despachadas

A partir de la información de la pregunta 6, se obtiene la proporción así:

$$\text{Proporción de fórmulas despachadas} = \frac{\text{Número total de fórmulas despachadas}}{\text{Número total de fórmulas expedidas}}$$

En este punto cuatro ARS no entregaron información: Comfama, Comfenalco Antioquia, Comfacor y Emssanar. En el caso de Comfama, sobre las fórmulas expedidas en el primer nivel de atención se tiene información sólo de tres municipios, de los 29 en los que tiene afiliados, que representan el 50,4% de la población afiliada. Del resto de municipios no puede obtener información de fórmulas dado que los RIPS no lo permiten. Emmsanar por su parte aclara que no es obligatorio reportar RIPS de medicamentos ambulatorios de primer nivel según la resolución 3374 de 2000, y además que los contratos para este tipo de servicios son capitados y por lo tanto no están sujetos a la entrega de soportes individuales.

### 3.2.7 No. total de fórmulas despachadas parcialmente/ total fórmulas despachadas

$$\text{Proporción de fórmulas despachadas parcialmente} = \frac{\text{Número de fórmulas despachadas parcialmente}}{\text{Número total de fórmulas despachadas}}$$



En este caso, 14 ARS no entregaron la información correspondiente a fórmulas despachadas parcialmente, por razones similares a las expuestas en el punto anterior.

### 3.2.8. Número de IPS por cada mil afiliados

Con la información de la pregunta 8, sobre el número de IPS de la red, propias o contratadas, el indicador se calcula así:

$$\text{IPS por cada mil afiliados} = \frac{\text{Número total de IPS}}{\text{Total afiliados ARS}} \times 1000$$

En este caso, el número total de IPS corresponde sólo a la sumatoria de las IPS de nivel II y III, porque que no todas las IPS reportaron información para el nivel 1, dado que lo que se solicitaba a continuación era el número de IPS en acreditación para los niveles II y III. El denominador corresponde al total de afiliados de cada ARS para el año 2004

### 3.2.9. Número de IPS Nivel II por cada mil afiliados

De la misma forma que el anterior:

$$\text{IPS nivel II por cada mil afiliados} = \frac{\text{Número total de IPS nivel II}}{\text{Total afiliados ARS}} \times 1000$$

### 3.2.10. Número de IPS Nivel III por cada mil afiliados

De la misma forma que los anteriores:

$$\text{IPS nivel III por cada mil afiliados} = \frac{\text{Número total de IPS nivel III}}{\text{Total afiliados ARS}} \times 1000$$

### 3.2.11. Proporción de IPS en acreditación

Se calcula con la información de la pregunta 8 y con la siguiente fórmula:

$$\text{Proporción de IPS en acreditación} = \frac{\text{Número de IPS en acreditación}}{\text{Total IPS}}$$

Se utilizó como numerador la sumatoria de las IPS nivel II y III que se encuentran acreditadas o en proceso de acreditación ante ICONTEC, sobre el número total de IPS de nivel II y III.

### 3.2.12. Procesos en mejoramiento de gestión



Este indicador es simplemente el número de procesos que la ARS informa que están siendo sometidos, o han sido sometidos, a algún proceso de mejoramiento de gestión, indicados en la pregunta 9. Los procedimientos de la lista corresponden a: afiliación, cartera, compensación, autorización de servicios, cuentas médicas, garantía de calidad, contratación, promoción y prevención y atención a usuarios. Esta vez no se consideró la opción "otros", dado que algunas ARS reportaban un número muy grande de procesos y servicios diferentes, que generaban desviaciones estándar muy altas con respecto a la media.

### 3.2.13 Visitas de verificación por cada IPS contratada

Con la información de la pregunta 10 se calcula el cociente entre el número de visitas de verificación realizadas en el semestre indicado, sobre el total de IPS contratadas.

$$\text{Visitas de verificación por cada IPS} = \frac{\text{Número total de visitas}}{\text{Total IPS}}$$

Como en el indicador del numeral 15, se utilizó la suma de visitas a IPS nivel II y III, sobre el total de IPS de nivel II y III.

En este indicador, el caso atípico lo presenta Calisalud, entidad que reporta 344 visitas de verificación en los niveles de atención II y III, para un total de IPS en esos niveles. Cabe anotar además, que reporta estas visitas sólo en los meses de mayo y junio de 2005.

### 3.2.14 Proporción de pacientes visitados durante la hospitalización

Se utiliza la información de la pregunta 11, con las visitas de auditoría de calidad de la atención en salud, realizadas a los afiliados durante su hospitalización durante el semestre y el total de pacientes hospitalizados durante el mismo semestre, así:

$$\text{Proporción de pacientes visitados en la hospitalización} = \frac{\text{Número de pacientes visitados}}{\text{Total de egresos hospitalarios}}$$

El valor más atípico de este indicador lo presenta Solsalud, que reporta 25816 pacientes visitados, para un total de 1.331 egresos hospitalarios.

### 3.2.15 Razón de infecciones hospitalarias por cada mil egresos hospitalarios

También con información de la pregunta 11, se calcula así:

$$\text{Razón de infecciones hospitalarias} = \frac{\text{Número de infecciones hospitalarias}}{\text{Total egresos hospitalarios}} \times 1000$$

### 3.2.16 Número de medios para recibir quejas de los afiliados



Informa el número de medios que la ARS informa que tiene a disposición de sus usuarios para recibir quejas y reclamos. Se consideran: buzón en oficina de la ARS, línea de atención telefónica, correo electrónico, formato en oficina de la ARS, oficina especial para recepción de quejas, buzón en las IPS, página Web.

### **3.2.17. Días promedio para quejas asistenciales–administrativas y por medicamentos**

Es el número de días promedio que cada ARS informa que transcurren entre la recepción de la queja y la respuesta que da la ARS a cada uno de los tipos de queja indicados.

## **3.3. EMPODERAMIENTO**

### **3.3.1. Número promedio de comités técnico-científicos por departamento**

Se construye con la información de la pregunta 14 de la siguiente manera:

$$\text{Comités por departamento} = \frac{\text{Número total de comités}}{\text{Total departamentos}}$$

El denominador es el número de departamentos en los que cada ARS tiene afiliados.

Para este indicador, hay dos casos particulares. Comfenalco Antioquia reporta 518 comités, pero hace presencia sólo en un departamento; y el caso de Coosalud, que reporta 250 comités y hace presencia en 15 departamentos. Mientras se aclara la información, como denominador de estas dos ARS se utilizó el número de municipios, para eliminar las distorsiones que generan en la media y en la desviación estándar.

### **3.3.2. Número de asociaciones promedio por municipio**

$$\text{Asociaciones por municipio} = \frac{\text{Número total de asociaciones}}{\text{Total municipios}}$$

El denominador en este caso es el número de municipios en los que cada ARS tiene afiliados.

### **3.3.3. Proporción de participantes en asociaciones de usuarios por cada mil afiliados**

$$\text{Proporción de participantes en asociaciones} = \frac{\text{Número total de participantes}}{\text{Total Afiliados ARS}} \times 1000$$



### 3.3.4. Eventos para buscar la voz del usuario

En este caso, se construyó un índice con base en la información de la última pregunta del formulario. Dada la gran diversidad de medios reportados por las EPS, y la difícil comparabilidad entre ellos y sus números de participantes, se optó por dar una calificación según el tipo de evento realizado por la ARS, de la siguiente forma:

Tipo de evento	Puntaje
Encuestas de satisfacción	0
Comités de veedores	1
Encuentros con usuarios	2
Entrevistas	1
Visitas domiciliarias	2
Otros	0
Ninguno	-1

Se sumaron estos puntajes para obtener el índice total de eventos de búsqueda de la voz del usuario.

### 3.4. OBSERVACIONES SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Es preciso aclarar que para el caso de la ASR SaludTotal no se tuvo en cuenta la información del departamento del Vaupés, dado que la entidad informó que por las particularidades del departamento, la IPS pública utiliza para la cobertura de salud de los afiliados Grupos de Trabajo Extramural, los cuales por sus recorridos en la selva no llenan los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud).

La ARS Comfama también llama la atención sobre la calidad de la información entregada, considerando que hay un amplio subregistro en los RIPS provenientes de la contratación capitada; información que se origina directamente en la IPS contratadas.

## 4. RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO POR DIMENSION

### 4.1. RESULTADOS ARS

Los datos que aquí se presentan corresponden al promedio del puntaje obtenido en cada una de las preguntas, calculado en una escala de 0 a 1. Al igual que en el caso de la encuesta de afiliados/usuarios, se configuraron 3 grupos según el indicador arrojado: grupo verde (indicador superior a 0.66), amarillo (indicador entre 0,331 y 0,66), rosado (indicador menor o igual a 0,33).



Asegurar	Representar	Empoderar
CAJACOPI	SALUDVIDA	ECOOPSOS
CAPRECOM	CAFAM	EMDISALUD ESS
SELVASALUD ESS	CONVIDA	CAFESALUD
EMSSANAR	HUMANA VIVIR	COMFAMA
CONVIDA	MUTUAL SER ESS	SALUDVIDA
EMDISALUD ESS	CAPRECOM	CAFAM
COMPARTA ESS	EMDISALUD ESS	EMSSANAR
SALUDVIDA	ECOOPSOS	CAJACOPI
ASMET SALUD	SOLSALUD	CAPRECOM
CAFESALUD	ASMET SALUD	COMPARTA ESS
COMFAMA	COMFACOR	CONVIDA
COMFACOR	SALUD TOTAL ARS	SELVASALUD ESS
ECOOPSOS	COMPARTA ESS	COMFACOR
SOLSALUD	CAFESALUD	SOLSALUD
CONDOR	CAJACOPI	CALISALUD
MUTUAL SER ESS	COMFAMA	SALUD TOTAL ARS
SALUD TOTAL ARS	EMSSANAR	HUMANA VIVIR
CALISALUD	CONDOR	MUTUAL SER ESS
HUMANA VIVIR	CALISALUD	ASMET SALUD
CAFAM	SELVASALUD ESS	CONDOR

#### 4.2. RESULTADOS EPS

Asegurar	Representar	P y P	Empoderar
SALUDVIDA EPS	SALUDVIDA EPS	SALUDVIDA EPS	COOMEVA EPS
SOLSALUD EPS	RED SALUD EPS	SUSALUD EPS	COMPENSAR EPS
SOS EPS	SALUD COLOMBIA	SOS EPS	SOS EPS
SALUD COLOMBIA	SOLSALUD EPS	COOMEVA EPS	FAMISANAR EPS
CRUZ BLANCA	SANITAS EPS	HUMANA VIVIR EPS	SANITAS EPS
SALUDCOLPATRIA	SOS EPS	SALUD TOTAL EPS	RED SALUD EPS
COOMEVA EPS	HUMANA VIVIR EPS	SANITAS EPS	SALUDVIDA EPS
FAMISANAR EPS	SALUDCOOP	SALUDCOLPATRIA	CAFESALUD EPS
SALUD TOTAL EPS	COMFENALCO VALLE	COMFENALCO VALLE	CRUZ BLANCA
SANITAS EPS	SALUD TOTAL EPS	COMPENSAR EPS	SUSALUD EPS
RED SALUD EPS	COOMEVA EPS	CAFESALUD EPS	COLMEDICA
HUMANA VIVIR EPS	COLMEDICA	SALUDCOOP	COMFENALCO VALLE
COMFENALCO VALLE	SUSALUD EPS	COLMEDICA	SALUD TOTAL EPS
SALUDCOOP	CAFESALUD EPS	SOLSALUD EPS	SOLSALUD EPS
CAFESALUD EPS	FAMISANAR EPS	FAMISANAR EPS	SALUDCOOP
SUSALUD EPS	CRUZ BLANCA	CRUZ BLANCA	HUMANA VIVIR EPS
COLMEDICA	SALUDCOLPATRIA	RED SALUD EPS	SALUDCOLPATRIA
COMPENSAR EPS	COMPENSAR EPS	SALUD COLOMBIA	SALUD COLOMBIA



## CAPITULO 2

### LAS DIMENSIONES DE ASEGURAMIENTO Y REPRESENTACION DE USUARIOS A TRAVES DEL ANALISIS FINANCIERO

Como se ha mencionado, cuatro son las dimensiones de análisis con miras a un Ranking entre ellas. En el caso particular del análisis financiero, que tuvo como base los estados financieros, información provista por el Ministerio de la Protección Social, no fue posible determinar algún indicador que permitiera explicar el desempeño de la entidad en los temas de empoderamiento y promoción y prevención, pues no existían variables que dieran cuenta de ellos. En los balances mencionados, no hay cuentas específicas que permitan ver los gastos en que incurre o la disponibilidad de recursos con que cuenta la EPS para abordar estos campos. De modo que, a partir de la fuente mencionada se pueden analizar solamente los campos de aseguramiento y representación de usuarios.

Al tomar el conjunto de variables que se presentan en los estados financieros se identificaron 25 que podrían dar cuenta de los procesos que permiten contribuir a lograr el objetivo de garantizar el acceso de los afiliados a la prestación de servicios. Este número de variables arrojó como resultado 31 indicadores.

Con esta versión inicial se convocó una mesa de expertos compuesta por miembros del grupo de protección social del CID, del debate realizado se configuró un grupo de 7 indicadores. Los criterios fundamentales a los que se recurrió en el análisis de los 31 indicadores tenían que ver, en primer lugar, con que no fueran repetitivos, es decir, no habría más de un indicador para medir el mismo aspecto. Un ejemplo de ello podría ser: número de días en cartera y rotación de la cartera; ambos registros dan cuenta del mismo fenómeno. En segundo lugar, se tuvo se diferenció entre los indicadores resumen y los desagregados. Por último, quedaron contemplados dos requisitos estadísticos: uno, que el conjunto de datos que arrojara el cálculo del indicador tuviera un mismo orden, ascendente o descendente; y dos, que no hubiese vacíos de información para ninguna EPS, con el fin de garantizar la comparabilidad.

Luego de este proceso se llevó a cabo un procedimiento de componentes principales confirmatorio, basado en la determinación de la matriz de correlación, es decir, a las 25 variables originales se le hallaron los coeficientes de correlación. El resultado que arrojó este tratamiento estadístico confirmó la selección de indicadores realizada por el grupo de expertos.

Los indicadores seleccionados se agruparon en dos componentes denominados:

1. Garantía financiera del Aseguramiento.
2. Eficiencia en la representación comercial y financiera.

#### 1. ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

##### 1.1. GARANTÍA FINANCIERA DEL ASEGURAMIENTO

El Concepto de garantía financiera del aseguramiento significa que una aseguradora deberá presentar la suficiencia solidez económica para responder oportunamente ante cualquier siniestro en beneficio de sus afiliados. La garantía financiera puede ser de



largo o de corto plazo, la primera se refiere a la estructura financiera global y la segunda a la disponibilidad inmediata de recursos líquidos. En este sentido se contemplan escenarios en distintos niveles, de una parte que la entidad pueda ofrecer garantía de permanencia en el tiempo, pero que también exhiba buena capacidad de respuesta inmediata.

Para lograr la garantía en el largo plazo la aseguradora deberá tener suficientes activos y suficiente patrimonio, los cuales deberán operar en última instancia como reservas. La estructura básica de su balance:  $\text{Activos} = \text{Pasivos} + \text{patrimonio}$  expresa la solvencia y el apalancamiento para responder por sus obligaciones.

Para mostrar la suficiencia financiera se de largo plazo se escogió el indicador: **Activos por afiliado**. Para la suficiencia financiera en el corto plazo se seleccionó el indicador de **Liquidez (Activos corrientes sobre Pasivos Corrientes)**, que expresa la cantidad de recursos de disponibilidad inmediata con que cuenta la entidad por cada peso adeudado y que debe ser pagado en la vigencia.

La garantía financiera del aseguramiento está dada entonces por su capacidad de pago en el corto y en el largo plazo.

## 1.2. EFICIENCIA EN LA REPRESENTACIÓN COMERCIAL Y FINANCIERA

Desde el punto de vista financiero y jurídico, un seguro es ante todo un contrato de representación comercial-financiera, mediante el cual el tercero pagador desembolsa recursos en nombre del tomador o asegurado. Una aseguradora es por tanto un agente que representa ante terceros al tomador de la póliza de seguros y paga los siniestros en nombre del tomador o asegurado. En esta dirección, las EPS-ARS representan al afiliado ante las IPS y les paga en su nombre.

Para que el asegurador o tercero pagador cumpla su cometido es necesario que los tomadores o afiliados hagan oportunamente sus pagos (primas para el caso privado, aportes obligatorios para el caso de las EPS y pagos contractuales para el caso de las ARS). Dado que el asegurador es un intermediario que representa los intereses del afiliado ante terceros entonces la eficiencia en el cumplimiento de sus tareas está determinada por la oportunidad con que realiza las tareas de cobros y pagos, pues actúa como recaudador y como girador.

Para identificar el desempeño de las entidades en la mediación comercial-financiera se eligieron cuatro indicadores:

**a. Cuentas por cobrar por afiliado**, el cual se debe esperar que sea mas bajo en el Régimen Contributivo y más alto en el Régimen Subsidiado, dado que el sistema de retención por nómina es un sistema de cobro más efectivo en el Régimen Contributivo, que la negociación y pago de un contrato tal como ocurre en el Régimen Subsidiado. Este indicador expresa el valor acumulado por recibir por parte de la aseguradora. Su mayor valor por afiliado representa mas grado de ineficiencia del asegurador en sus recaudos.



**b. Rotación de las cuentas por cobrar.** Permite medir el valor de las cuentas cobrar en relación a todo lo debido cobrar durante una vigencia. Las veces en que el valor por cobrar cabe dentro del ingreso global se denominan rotación.

**c. Rotación de pasivos corrientes (cuentas por pagar).** Este indicador expresa el valor relativo de los pasivos de corto plazo con respecto al valor total de los costos y gastos que deben pagados durante la vigencia. Si todos los costos y gastos deben ser pagados en 360 días entonces el indicador expresa el número de días acumulado en cuentas por pagar, así mismo, el número de veces que el saldo por pagar cabe dentro del costo anual se denomina rotación.

La capacidad operativa que la aseguradora tiene para recaudar los aportes de los afiliados y la oportunidad que con que hace sus pagos a terceros, expresa la eficiencia en la representación comercial de los afiliados.

## 2. RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO

El proceso de obtención de resultados quedó compuesto por la construcción de una matriz de la siguiente forma:

INDICADOR	EPS 1	EPS 2	...	EPS N	Mínimo	Rango
Garantía del aseguramiento						
Activos / afiliados	$x_i$	$x_i$	$x_i$	$x_i$		Máx - mín
Activos corrientes / pasivos corrientes	$x_i$	$x_i$	$x_i$	$x_i$		Máx - mín
Representación comercial y financiera						
Cuentas por cobrar /afiliado	$x_i$	$x_i$	$x_i$	$x_i$		Máx – mín
Días en cuentas por cobrar	$x_i$	$x_i$	$x_i$	$x_i$		Máx - mín
Días en pasivos corrientes	$x_i$	$x_i$	$x_i$	$x_i$		Máx - mín

Es preciso tener presente que los indicadores involucrados en la dimensión de aseguramiento son de sentido positivo, es decir, que entre más alto el indicador es mejor la posición de la EPS, mientras que los de representación son de sentido negativo, o sea que la mejor posición la logra quien obtenga el menor valor en el indicador. Estos valores se convierten a la escala de 0 a 100 para continuar el proceso de cálculo.

A partir de la nueva matriz de resultados se calcula los indicadores agregados de aseguramiento y representación, teniendo en cuenta el sentido (positivo – negativo) de cada indicador. En esta forma de agregación se considera que cada indicador tiene igual peso que los otros. Una vez completado este proceso se organizan las EPS según la sumatoria resultante, de ahí que la entidad que obtenga el mayor valor será la primera y la de menor valor la última.



## 2.1. RESULTADOS DEL ORDENAMIENTO

EPS		ARS	
Asegurar	Representar	Asegurar	Representar
SALUD COLPATRIA	COMPENSAR	CAFAM	SALUD TOTAL
RED SALUD	FAMISANAR	CAPRECOM	ECOOPSOS
CRUZ BLANCA	COMFENALCO VALLE	COMFACOR	CAFESALUD
SALUD COLOMBIA	SALUDCOOP	SALUD TOTAL	ASMET SALUD
SALUDCOOP	CRUZ BLANCA	CAJACOPI ATLANTICO	EMSSANAR ESS
COMFENALCO VALLE	RED SALUD	HUMANAVIVIR	CONVIDA
SALUD TOTAL	SUSALUD	CALISALUD	SOLSALUD
SANITAS	SOS EPS	SELVASALUD	COMFAMA
SOS EPS	SALUD COLOMBIA	SALUDVIDA S.A.	COMPARTA
COLMEDICA	COOMEVA	CAFESALUD	CALISALUD
HUMANAVIVIR	SANITAS	SOLSALUD	COMFACOR
SOLSALUD	SALUD TOTAL	MUTUALSER ARS	CONDOR S.A
CAFESALUD	COLMEDICA	CONDOR S.A	HUMANAVIVIR
COOMEVA	SALUD COLPATRIA	COMFAMA	MUTUALSER ARS
SALUDVIDA S.A.	SOLSALUD	ASMET SALUD	CAFAM
COMPENSAR	CAFESALUD	COMPARTA	EMDISALUD
SUSALUD	HUMANAVIVIR	ECOOPSOS	SELVASALUD
FAMISANAR	SALUDVIDA S.A.	EMSSANAR ESS	SALUDVIDA S.A.
		CONVIDA	CAJACOPI ATLANTICO
		EMDISALUD	CAPRECOM

### CAPITULO 3 METODOLOGIA Y CALCULO DE RESULTADOS DE LOS REGISTROS DE PROMOCION Y PREVENCION

Como se presentó en la primera parte de este informe una de las importantes funciones que deben cumplir las aseguradoras en el sistema de seguridad social en salud es desarrollar acciones que conduzcan a organizar la promoción de los estados de salud de la población a su cargo. En esta dirección deben establecer planes que disminuyan la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad.

En su papel de regulador, el Estado colombiano, a través de la Resolución 412 de 2000, estableció la normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.

Concordante con el interés de verificar el cumplimiento de dicha obligación el Ministerio de la Protección Social recaba la información proveniente de las EPS, respecto a las acciones comprendidas en la mencionada resolución. Del informe de Evaluación de las Acciones de Protección Específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del POS del Régimen Contributivo, construido por la dirección general de salud pública del Ministerio de la Protección Social, se tomó la información que sirvió de base al ordenamiento. La información utilizada corresponde a los resultados anualizados del 2004.

Es preciso anotar que este componente no aplica en el caso de las ARS, pues aún no se cuentan con las estadísticas del régimen subsidiado, toda vez que en el proceso de



delegación de funciones no se han establecido los mecanismos que hagan posible el inventario y el seguimiento de las acciones en esta materia.

## 1. ASPECTOS A EVALUAR

Los aspectos a ser evaluado son los definidos por el Ministerio de la Protección Social en relación a las acciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del POS del Régimen Contributivo. EL cumplimiento de estas actividades, al menos en teoría, deben conducir a mantener un mejor estado de salud de la población asegurada al régimen contributivo. Así mismo se constituye en una estrategia eficaces para el manejo del riesgo. Las actividades son:

<i>Actividades de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del pos – régimen contributivo 2004.</i>
Aplicación de dosis de antihepatitis B en menores de un año
Aplicación de dosis de DPT en menores de cinco años
Control de placa bacteriana
Aplicación de sellantes
Atención institucional del parto
Aplicación de triple viral postparto y postaborto
Examen de TSH en recién nacido
Consulta médica de control del RN a las 72 horas
Consulta de primera vez de planificación familiar
Consulta de control de planificación familiar
Esterilizaciones quirúrgicas totales
Esterilización quirúrgica femenina
Esterilización quirúrgica masculina
Consulta médica de primera vez de Crecimiento y Desarrollo
Consulta de control de Crecimiento y Desarrollo por enfermera
Consulta médica de primera vez de C y D del joven
Consulta médica prenatal de primera
Consulta médica de control prenatal
Consulta de control prenatal por enfermería
Detección temprana de sífilis congénita
Consulta médica de primera vez
Realización de citología cérvicouterina
Realización de mamografía
Medición de la agudeza visual
Consulta oftalmológica

Los resultados provistos por el ministerio de la protección social, ubican por cada una de las variables a la EPS en cuestión dentro de cuatro grupos particulares. Así para cada EPS puede estar ubicada en la primera, segunda, tercera o cuarta categoría de acuerdo a su nivel de cumplimiento, para cada uno de los aspectos evaluados. El mayor nivel de cumplimiento se le asigna el valor 4, y así paulatinamente al de menor desempeño un 1.



PARAMETROS DE COMPARACION	
> 100%	Mayor que 100%
OPTIMO	Límite superior aceptable– 100%
ACEPTABLE	META +/- 5%
DEFICIENTE	Límite inferior de aceptable hasta 50% de la meta
MUY DEFICIENTE	Menos del 50% de la meta

Fuente: Ministerio de la protección social. Documento de Evaluación de Acciones Protección Específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del POS del Régimen Contributivo.

Las categorías >100% y óptimo tendrán un grado 4, la de aceptable un grado 3, deficiente un grado 2 y muy deficiente un grado 1.

## 2. ANÁLISIS DE FACTORES

El ordenamiento se ha construido en este aspecto mediante al análisis de factores para indicadores ordinales de cada uno de los aspectos evaluados, relacionados con las actividades de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del pos – Régimen Contributivo 2004.

La explicación del primer factor indica el peso que tiene dentro del total de "acciones de salud pública y actividades de protección específica. Los otros factores explican características de comparativas de estas acciones que para el objeto del ordenamiento resultan irrelevantes. Se estandarizaron los resultados con el fin de lograr comparabilidad y permitir la agregación con los resultados obtenidos en las demás fuentes de estudio.

Tal como lo se puede ver en el cuadro los pesos de cada una de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública del POS, explicadas por el factor 1, son en su mayoría de carácter homogéneo.

## 3. RESULTADOS

Puntaje alto (más de 0,66)	Puntaje medio	Puntaje bajo (menos de 0,33)
SOS EPS	FAMISANAR	COMPENSAR
COOMEVA	SALUDTOTAL	SANITAS
CAFESALUD	HUMANA VIVIR	SOLSALUD
SALUDCOOP		COLPATRIA
SALUD VIDA		RED SALUD
SUSALUD		SALUD COLOMBIA
COMFENALCO VALLE		
CRUZ BLANCA		
COLMEDICA		



## CAPITULO 4 INTEGRACION DE LAS FUENTES

Como se había comentado anteriormente, los resultados obtenidos a través de la fuente registros de promoción y prevención se sumaron a los que arrojaron los de la dimensión de promoción de la salud en las encuestas a las entidades, en consideración a que provenían de la misma fuente de información. En consecuencia se cuenta con tres fuentes de información.

Reconociendo que la base del ordenamiento es la encuesta a los afiliados/usuarios, esta fuente tendrá la mayor participación en la confección del ordenamiento, para el efecto los porcentajes son: encuesta de afiliados 70%, encuesta a entidades 15% y análisis financiero 15%. Por su parte, se contemplaron por igual las dimensiones de aseguramiento, representación y empoderamiento; si bien al iniciarse el sistema estipulado en la ley 100 de 1993 una de las tareas fundamentales era impulsar el aseguramiento, a más de 10 años de funcionamiento también son relevantes las de garantizar el acceso a los servicios de salud y contribuir a lograr una mayor participación de los usuarios en el sistema; a cada una de esas dos funciones se otorgó el 30%. La matriz original de fuentes y dimensiones se convirtió en:

Dimensión	Encuesta a los afiliados 70%	Encuesta a las entidades 10%	Análisis financiero 20%
Aseguramiento (30%)	●	●	●
Representación de usuarios (30%)	●	●	●
Promoción de la salud (10%)	●	●	
Empoderamiento (30%)	●	●	

El ordenamiento se presenta configurado por tres categorías A, B y C; éstos se determinaron calculando el rango en cada una de las series y luego dividiéndolo en tres, lo que nos daría los puntos de corte para establecer hasta donde iría cada una de las categorías. El grupo A quedaría conformado por las entidades que está en el tercio más alto, las del B ocuparían el medio y el C correspondería al tercio inferior.



Resultados

Aseguramiento	
Grupo	EPS
A	SALUD COLPATRIA
	COMFENALCO VALLE EPS
	RED SALUD EPS
	SALUDVIDA EPS
	SOS EPS
	CRUZ BLANCA
	SUSALUD EPS
	SALUD TOTAL EPS
B	SALUDCOOP
	COOMEVA EPS
	SANITAS EPS
	COMPENSAR EPS
	HUMANA VIVIR EPS
	COLMEDICA
	SOLSALUD EPS
	FAMISANAR EPS
C	CAFESALUD EPS
	SALUD COLOMBIA

Representación de usuarios	
Grupo	EPS
A	RED SALUD EPS
	SOLSALUD EPS
	SALUDCOOP
B	SUSALUD EPS
	COMFENALCO VALLE EPS
	SALUD TOTAL EPS
	SALUDVIDA EPS
	CRUZ BLANCA
	COMPENSAR EPS
	COOMEVA EPS
	SALUD COLPATRIA
C	HUMANA VIVIR EPS
	FAMISANAR EPS
	SALUD COLOMBIA
	CAFESALUD EPS
	SOS EPS
	SANITAS EPS
	COLMEDICA

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud	
Grupo	EPS
A	COMFENALCO VALLE EPS
	HUMANA VIVIR EPS
	SALUDVIDA EPS
	SUSALUD EPS
B	SALUDCOOP
	CRUZ BLANCA
	COOMEVA EPS
	SALUD TOTAL EPS
	COMPENSAR EPS
	FAMISANAR EPS
	SALUD COLPATRIA
	CAFESALUD EPS
	RED SALUD EPS
	SANITAS EPS
SOS EPS	
C	SOLSALUD EPS
	COLMEDICA
	SALUD COLOMBIA

Empoderamiento de usuarios	
Grupo	EPS
A	COMFENALCO VALLE EPS
	SALUDCOOP
	COOMEVA EPS
B	SANITAS EPS
	HUMANA VIVIR EPS
	RED SALUD EPS
	COMPENSAR EPS
	SOS EPS
	SALUD COLOMBIA
	FAMISANAR EPS
	SALUD TOTAL EPS
	SUSALUD EPS
	SOLSALUD EPS
C	CRUZ BLANCA
	COLMEDICA
	CAFESALUD EPS
	SALUD COLPATRIA
	SALUDVIDA EPS

Indicador global	
Grupo	EPS
A	COMFENALCO VALLE EPS
	RED SALUD ATENCION HUMANA EPS
	EPS SALUDCOOP
B	SUSALUD EPS
	COOMEVA EPS S.A.
	COMPENSAR EPS
	SOLSALUD EPS S.A.
	SALUD TOTAL S.A. EPS
	CRUZ BLANCA EPS S.A.
	HUMANA VIVIR S.A. EPS
	SALUDVIDA S.A. EPS
	SALUD COLPATRIA EPS
	C
EPS SANITAS S.A.	
EPS FAMISANAR LTDA.	
COLMEDICA	
SALUD COLOMBIA EPS S.A.	
	CAFESALUD EPS S.A.



Aseguramiento	
Grupo	ARS
A	ASMET SALUD
	SELVASALUD EPS-ARS
	CAJACOPI ATLANTICO
	CAPRECOM
B	COMFACOR
	COMPARTA SALUD LTDA
	EMSSANAR ESS
	ECOOPSOS
	COMFAMA
	CAFESALUD
	SALUDVIDA S.A.
	SOLSALUD
HUMANAVIVIR	
C	CAFAM
	SALUD TOTAL EPS-ARS
	CALISALUD
	MUTUALSER ARS
	CONDOR S.A
	EMDISALUD
CONVIDA	

Representación de usuarios	
Grupo	ARS
A	SELVASALUD EPS-ARS
	ASMET SALUD
	COMPARTA SALUD LTDA
	COMFACOR
	EMSSANAR ESS
	ECOOPSOS
B	CAFESALUD
	SOLSALUD
	COMFAMA
	MUTUALSER ARS
	HUMANAVIVIR
	CALISALUD
	CAJACOPI ATLANTICO
	SALUD TOTAL EPS-ARS
CAFAM	
C	CAPRECOM
	CONDOR S.A
	EMDISALUD
	SALUDVIDA S.A.
	CONVIDA

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud	
Grupo	ARS
A	SALUD TOTAL EPS-ARS
	CONVIDA
	EMDISALUD
B	CALISALUD
	EMSSANAR ESS
	COMFAMA
	SELVASALUD EPS-ARS
C	COMFACOR
	COMPARTA SALUD LTDA
	CAFAM
	ASMET SALUD
	CAPRECOM
	CONDOR S.A
	HUMANAVIVIR
	ECOOPSOS
	MUTUALSER ARS
	SOLSALUD
	SALUDVIDA S.A.
CAFESALUD	
CAJACOPI ATLANTICO	

Empoderamiento de usuarios	
Grupo	ARS
A	HUMANAVIVIR
	EMSSANAR ESS
B	CAPRECOM
	CAJACOPI ATLANTICO
	SALUD TOTAL EPS-ARS
	CAFAM
	COMFACOR
	EMDISALUD
	SALUDVIDA S.A.
CAFESALUD	
C	COMPARTA SALUD LTDA
	SELVASALUD EPS-ARS
	ECOOPSOS
	COMFAMA
	MUTUALSER ARS
	SOLSALUD
	CALISALUD
	CONDOR S.A
	ASMET SALUD
	CONVIDA

Indicador global	
Grupo	ARS
A	ASMET SALUD
	ECOOPSOS
	EMSSANAR ESS
	EMDISALUD
B	SELVASALUD EPS-ARS
	COMPARTA SALUD LTDA
	CAJACOPI ATLANTICO
	COMFACOR
	CAFESALUD
	COMFAMA
C	CAPRECOM
	MUTUALSER ARS
	CAFAM
	SOLSALUD
	HUMANAVIVIR
	SALUDVIDA S.A.
	SALUD TOTAL EPS-ARS
	CONVIDA
CALISALUD	
CONDOR S.A	



## REFERENCIAS

### Aseguramiento

- Arrow, K. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. American Economic Review No.53.
- Besley T y Coate S. 1991. Public provision of private goods and the redistribution income. American Economic Review, 81 (4)
- Castel, R. 1997. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Paidós. Buenos Aires
- De Swaan, A. 1992. A cargo del Estado. Pomares Corredor. Barcelona
- Donzelot, J. 1984. L'Invention du social. Fayard. Paris.
- Esping-Andersen, G. 1999. Les trios mondes de L'Etat providence. PUF. Paris
- Ewald, F. 1986. L'Etat providence. Grasset. Paris.
- Feldstein M. 1973. The welfare loss of excess health insurance. Journal of political economic, 81 (2)
- Geenwald E y Stiglitz J. 1986. Externalities in economies con imperfect information and incomplete markets. Quaterly journal of economic 101 (2)
- Holzmann R y Jorgensen S. 2003. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 21 (1)
- Hsiao,W. 1995. Abnormal economics in the health sector. Health policy, 32.
- Jack, W. 2000. Health insurance reform in four Latin American countries. Theory and practice. Policy research working paper 2492. World Bank. Washington
- Huesca, A. 2003. The risk society and its implications for the social analysis of inequality. Doc. Pdf. Traducido por Beatriz botella, versión original "la sociedad del riesgos y sus implicaciones para el análisis social", presentado en la VI conferencia ESA en Murcia-España, septiembre.
- Lautier, B. 1999. Les politiques sociales en Amérique Latine. Propositions de méthode pour analyser un éclatement en cours. Cahier des Amériques Latines No.30, Paris
- Marques-Pereira J y Therét B. 2001. Régimes politiques, médiations sociales de la régulation dynamiques macro-économiques. L'Anne de la régulation Vol 5, Press de Science Po. Paris.
- Musgrove, P. 1986. Reflexiones sobre la demanda por salud en América Latina. Cuadernos de Economía No.22. Bogotá
- Norton A, Conway T, Foster M 2001. Social protection concepts and approaches: implications for policy and practice in international development. Working paper 143. overseas development institute, London
- Pauly M. 1968. The economic of moral hazard: comment. American economic review, 58
- Rosanvallon, P. 1981. La crise de l'Etat providence. Editions du Seuil. Paris
- Sojo A. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina. Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. CEPAL. Serie políticas Sociales No.39. Santiago de Chile
- Tabor S. community-based health insurance y social protection policy 2005. World Bank. Social protection discussion papers series 0503. Washington DC.



- Walsh k.1995. public services y market mechanisms. Macmillan Press. Public policy and politics. England
- Xiberras, M. (1993). Les theories de l'exclusion social. Meridian. Paris

### **El sector servicios**

- Albrecht, K y Zemke, R. 1987. Gerencia del servicio. Legis. Bogotá
- Albrecht, Karl. 1989. La gerencia del servicio. Legis. Bogotá.
- Albrecht, K y Bradford, L. 1998. La excelencia del servicio. 3R editores. Bogotá
- American Marketing Association. 1960. Committee on definitions. Marketing definitions: A glossary of marketing terms.
- Baena CA. 2004. El Balanced scorecard como herramienta estratégica de gestión local en Bogota DC – Caso: Alcaldía local de Usaquén. Tesis de Grado. Magíster en Administración de Empresas. Universidad de Los Andes. Bogotá
- Bateson, J. 1977. Do we need service marketing? En Marketing consumer services: New insights. Marketing Science Institute. Boston.
- Brown, S. 2001. Administración de las relaciones con los clientes: un imperativo estratégico para la organización de negocios. Oxford University Press. Mexico.
- Carlzon, Jan. 1989. Moment of truth. Harper and Row. New York
- Dominguez, G. sf. Indicadores de gestión y resultados. Un enfoque sistémico. Biblioteca Jurídica Dike. Bogotá
- Eiglier P y Langeard E. 1981. A conceptual approach of the service offer. Iae, Aix-en-Provence
- Gronroos, C. 1978. A service orientated approach to marketing of services. European Journal o Marketing, Vol. 12, No.8
- Hawkins, D, Best R., Coney, K. 2001. Consumer behaviour: Building marketing strategy. McGraw-Hill. New Cork.
- Kaplan R y Norton D. 1996. The balance scorecard: translating strategy into action. Harvard Business School Press. Boston.
- Kaplan R y Norton, 2001. Cómo Utilizar el Cuadro de Mando Integral. Gestión 2000. Barcelona. 2001
- Kotler, P. 1982. Principles of marketing. Prentice-Hall, New York
- \_\_\_\_\_, 1999. How to create, win and dominate markets. The Free Press. Division of Simon & Schuster inc. New York.
- Levitt, T. 1981. Marketing intangible products and product intangibles. Harvard Business Review, may-jun
- Lovelock, C. y Wrigh, L. 1999. Principles of service marketing management. Prentice-Hall, New Jersey
- Pacheco JC, Castañeda G y Caicedo C. Sf. Indicadores integrales de gestión. McGraw-Hill
- Rathmell, JM. 1974. Marketing in the service sector. Winthrop. Cambridge, Massachussets.
- Rojas CJ. S.f. Empresas competitivas. ¿Cómo lograrlas? S.i. Ram editores digitales.
- Sasser E, Olsen R y Wyckoff D. 1978. Management of service operations - Text and cases. Allyn and Bacon. Boston



- Webster Frederick. 1994. Executing the new marketing concept. En Marketing Management. Chicago. Vol.3
- Wilson, A. 1972. The marketing of professional services. Mc Graw-Hill, Londres

### Agencia y aseguramiento

- Arrow, Kenneth 1963. "Uncertainty and the welfare economics of medical care." Collected papers, Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University 1983.
- Berle, A.A. & Means G.C. 1932. The modern corporation and private property. New York: Macmillan.
- Bula, Jorge I 1995. "Fundamentos económicos de una teoría de la justicia de Rawls a Sen." En la búsqueda del hombre. – In the search of the human being. Tomo II, Volumen II. Fundación centro investigaciones económicas de Córdoba, Córdoba, Argentina. Junio de 1995.
- Cárdenas Raúl, Restrepo Darío 2002. *Políticas sociales en salud .Tensiones entre subsidios de oferta y demanda en relación con la justicia social, el caso colombiano.* En: Los avatares del servicio de salud para pobres. Transformaciones de subsidios de oferta – demanda, sostenibilidad financiera y comparación internacional. Tomo II. Universidad Nacional de Colombia – CID 2002. Universidad Nacional de Colombia – CID 2002. ISBN 958-701-265-8.
- Castaño, Arbelaes, Geidion y Morales 2001. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. CEPAL – ECLAC. Santiago de Chile Mayo de 2001.
- Castaño, Arbelaes, Giedion, y Morales 2001. Evolución de la equidad en el sistema de salud colombiano. CEPAL. Serie Financiamiento del Desarrollo. N.108. Mayo de 2001.
- CNPS. DNP. Conpes Social. 57. *Distribución del sistema general de participaciones vigencia 2002.* Enero 28 de 2002 p.
- Enthoven, A 1978. "Consumer- Choise Health Plan" En: New England Journal of Medicine. Vol 320, No 1, March 1978. p. 29 – 37 & 94 -101.
- Enthoven, A 1981. The Health Plan. Stanford. Addison- Wesley Publishing Company. p. 37-54.
- Enthoven, A 1990. "Multiple choice health insurance: The lessons and challenge to employers" En: Inquiry. Vol 27. 1990. p. 368-373.
- Enthoven, A 1993. "The history and principles of managed competition" En: Health Affairs. Vol 12. Supplements, September 1993. p. 24-48.
- Escobar, Arturo 1996. La Invención del Tercer Mundo. *Construcción y deconstrucción del desarrollo.* Editorial Norma, Bogotá, 1996.
- Fama, E.F./Jensen, M.C. 1983a. Separation of ownership and control; en: Journal of Law and Economic, 26: pp. 301-325.
- Fama, E.F./Jensen, M.C. 1983b. Agency problems and residual claims; en: Journal of Law and Economic, 26: pp. 327-349.
- Frenk Julio, y Londoño Juan Luis 1997. "El Pluralismo Estructurado. Hacia un modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina" Salud Y Gerencia. N.15 Julio - Diciembre 1997 Véase la función de articulación.



- Gaynor Martin and William Vogt 1999. Antitrust and competition in health care markets, NBER Working Paper 7112 – May.
- González Jorge I, Perez, Fancisco 1997. "La transición de los hospitales públicos de Colombia hacia la financiación por venta de servicios(1993-1995)" Coyuntura Social N° 16 Fedesarrollo, Mayo de 1997.
- Jensen, M. C.; Meckling, W. H. 1976. Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, in: Journal of Financial Economics, No. 3, 1976, p. 305-360
- Macho y Pérez 1997. An introduction to the economics of information: Incentives & Contracts. Oxford University Press. 1997.
- Mora, Humberto 2000. Riesgo del aseguramiento en el sistema de salud en Colombia en 1997. CEPAL – ECLAC. Santiago de Chile Mayo de 2000.
- Rawls, John 1971. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
- Rodríguez Jorge, Tokman Marcelo 2000. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999.CEPAL, Unidad de estudios especiales, Santiago de Chile, diciembre de 2000.
- Ross, S.A. (1973): The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem; en: American Economic Review, Papers and Proceedings. 63: pp. 134-139.
- Rothschild, M. and J. Stiglitz 1976. "Equilibrium in Competitive Insurance Markets,," Quarterly Journal of Economics 90, 629-650
- Salanié, B 1997. The economic of contract.
- Sen, Amartya 1987. Sobre ética y economía. Alianza Universal, Madrid, 1989.
- Sen, Amartya 1979. Sobre la desigualdad económica. Editorial Crítica. Barcelona 1979.
- Sen, Amartya 1985. La Elección Social y la Justicia. En: Nueva Economía del Bienestar. Escritos Seleccionados. Universidad de Valencia. 1995 P. 178-180. Versión Original publicada en Diciembre de 1985 En: Journal Of Economic Literature.
- Sen, Amartya 1992. "Pobreza y Titularidades", América Latina: El reto de la pobreza. Características, evolución y perspectivas. PNUD, Santa Fe de Bogotá, febrero de 1992.
- Sen, Amartya 1992. "Pobreza y titularidades", América Latina : El reto de la pobreza. Características, evolución y perspectivas. PNUD , Santa Fe de Bogotá, 1992.
- Sojo A. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina. Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. CEPAL. Serie políticas Sociales No.39. Santiago de Chile.
- Stiglitz, J.E. 1977. "Monopoly, non-linear pricing and imperfect information: the insurance
- William, Jack 2000. Health Insurance Reform in Four Latin American Countris Policy research working paper. The World bank 2000.
- Williamson Oliver E. 1999. "La integración vertical en la producción. Consideraciones acerca de las fallas del mercado", Empresas, mercados y jerarquías. Edt Oxford University Press México, S.A. de C.V.
- Williamson, Oliver 1985. Las instituciones económicas del capitalismo. Fondo de Cultura Económica. México, 1989.



### Balance de los estudios sobre evaluación

- ACHC 2003. "Cuarta Encuesta de percepción de las IPS sobre las EPS." En: Hospitalaria. Año 4 No 29 Mayo/junio de 2003. ISSN 01238760.
- Arrow, Kenneth 1963. "Uncertainty and the welfare economics of medical care." En: Collected papers, Cambridge, Massachusetts : The Belknap Press of Harvard University 1983.
- Cárdenas, Diana 2004. Estrategia para superar el problema de asimetría de información en el Régimen Subsidiado. Tesis de Grado para Optar por el Título de magíster en Economía. Universidad de los Andes. Mimeo.
- CID. 1998. Municipio Centinela primera fase. Ministerio de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- CID. 2000. Municipio Centinela segunda fase. Ministerio de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- CID. 2001. Evaluación de los procesos y estrategias del Régimen subsidiado en salud. Ministerio de Salud, 2000-2002. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
- DANE. 2003. Encuesta calidad de vida. Bogotá
- Defensoría del Pueblo 2003. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Defensoría del Pueblo, Colombia. Bogotá D.C. 2003.
- Enthoven, A. "The history and principles of Managed Competition. En: Health Affairs. Vol 12, Supplements (september 1993); p.24-48.
- Frenk Julio, y Londoño Juan Luis 1997. "El Pluralismo Estructurado. Hacia un modelo Innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina" Salud Y Gerencia. N.15 Julio - Diciembre 1997 Véase la función de articulación.
- Lorino, Philippe. El Control de Gestión Estratégico. Alfaomega. México. 1993
- Muñoz, Álvaro 2001. Estudio de satisfacción de usuarios con el servicio de aseguramiento y condiciones de acceso, brindado por 22 administradoras de recursos del Régimen Subsidiado del departamento de Cundinamarca. Universidad Politécnica de Valencia. Mimeo.
- Office Patients Advocate 2004. Quality of care report card. Ver: [http://www.opa.ca.gov/report\\_card/health\\_plans/about\\_this\\_data.asp?lang=en](http://www.opa.ca.gov/report_card/health_plans/about_this_data.asp?lang=en)
- Profamilia 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Profamilia, Bogotá, 2000.

