

GUÍA METODOLÓGICA PARA LA MEDICIÓN DEL **ÍNDICE DEPARTAMENTAL EN SALUD**

Segunda Edición

Asociación Probienestar de la Familia Colombiana
Asociación Profamilia

Centro de Pensamiento
Así Vamos en Salud

Marta Royo
Directora Ejecutiva

Equipo técnico de Profamilia

Juan Carlos Rivillas
Director de Investigaciones
Diego Mauricio López
Analista estadístico
Juan Sebastián Arteaga
Analista estadístico
Rocío Murad
Coordinadora Investigación Sociodemográfica

Equipo técnico Así Vamos en Salud

Augusto Galán
Director General
Marlon Tejedor
Coordinador Políticas Públicas
Sebastián Ibáñez
Analista Administrativo
Alejandra Bastos
Coordinadora Comunicaciones

Mesa de Expertos

Ana Cecilia Santos
Vicepresidente Jurídica – Acemi
Augusto Galán
Director General – Así Vamos en Salud
Carlos Mendoza
Jefe de la Unidad Funcional – IOIR
Carlos Mario Ramírez
Director General – ADRES
Diego Mauricio López
Analista cualitativo – Profamilia
Isaac De León Beltrán
Consultor USAID – Fiscalía General de la Nación
Juan Carlos Rivillas
Director de Investigaciones – Profamilia
Marlon Tejedor
Coordinador Políticas Públicas – Así Vamos en Salud
Martha Badel
Consultora Senior, Experta en buen gobierno, ética y anticorrupción
Michelle Barliza
Contratista – Dirección de Financiamiento Sectorial, Minsalud
Sebastián Ibáñez
Analista Administrativo – Así Vamos en Salud

Esta publicación es apoyada por la Asociación Profamilia y Así Vamos en Salud AVS.

Mayo 2019
ISSN: 978-958-8164-60-1
DOI 10.13140/RG.2.210480.71681

Por favor citar este documento de la siguiente forma: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C., 2019.

TABLA DE CONTENIDO

PROPÓSITO	5
AGRADECIMIENTOS	6
PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1	
CONTEXTO Y NECESIDAD	11
CAPÍTULO 2	
METODOLOGÍA	16
2.1. Objetivo general y específicos	16
2.2. Conformación de la Mesa de Expertos	17
2.3. Identificación de Necesidades de Información	18
2.3.1. Definición de los Ejes	19
2.3.2. Definición de las dimensiones e indicadores	20
2.3.3. Priorización de los indicadores	22
2.4. Procesamiento y construcción del panel de datos	26
2.4.1. Fuentes de información	26
2.4.2. Panel de datos	28
2.4.3. Estandarización de los índices	29
2.5. Alcance	29
CAPÍTULO 3	
MEDICIÓN DEL ÍNDICE DEPARTAMENTAL EN SALUD INDES	32
3.1. Desempeño institucional	32
3.2. Financiamiento de la salud	34
3.3. Percepciones y opiniones de los usuarios	38
3.4. Rendición de cuentas y participación	43
3.5. Gobernanza	47
3.6. Estimación InDes	50
CAPÍTULO 4	
TRANSFERENCIA Y APROPIACIÓN DE CONOCIMIENTO	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

Lista de tablas

Tabla 1.	Resultado ejercicio de priorización de indicadores.	25
Tabla 2.	Empresas Administradoras del Plan de Beneficio incluidas para el indicador de pagos por recobro	36
Tabla 3.	Indicador de satisfacción compuesto por oportunidad y acceso, ejemplo departamento de Sucre.	40
Tabla 4.	Total preguntas, quejas y reclamos entre noviembre 2017 y marzo de 2018 número de quejas por cada 1.000 afiliados.	40
Tabla 5.	Cálculo de las PQRS promedio, ejemplo departamento de Santander.	42

Lista de figuras

Figura 1.	Enfoque metodológico para la medición del InDes	18
Figura 2.	Alineación entre en InDes y los componentes del sistema de salud	20
Figura 3.	Ejes, dimensiones e indicadores priorizados por el InDes.	21
Figura 4.	Etapas de inclusión de información	22
Figura 5.	Estructura del InDes: ejes, componentes e indicadores.	24
Figura 6.	Método de estandarización de los indicadores.	30
Figura 7.	Eje Desempeño institucional.	32
Figura 8.	Cálculo del Desempeño institucional, ejemplo Departamento del Tolima	34
Figura 9.	Financiamiento de la salud.	34
Figura 10.	Cálculo del Financiamiento de la Salud, ejemplo Departamento de Norte de Santander	38
Figura 11.	Percepciones y Opiniones de los Usuarios	39
Figura 12.	Cálculo de la Percepciones y Opinión de los Usuarios, ejemplo Santander	43
Figura 13.	Rendición de Cuentas y Participación.	44
Figura 14.	Cálculo para la Rendición de Cuentas y Participación, ejemplo departamento de Putumayo.	47
Figura 15.	Gobernanza.	48
Figura 16.	Índice de Departamental en Salud	50

Propósito

El propósito de esta Guía Metodológica es describir los procedimientos para estimar el Índice Departamental en Salud InDes a nivel territorial en Colombia. Esperamos que que el corto y median plazo éste Índice constituya para la generación de conocimiento, y toma de decisiones para orientar la evaluación del desempeño del sistema de salud en el nivel territorial. A la vez que permita avanzar en la planeación territorial, facilitar el intercambio en el conocimiento y estrategias para alcanzar mayor eficiencia en la gestión de la salud.

El éxito en la implementación de esta Guía Metodológica está mediado por los siguientes propósitos implícitos:

- a. Lograr proporcionar claridad de los conceptos y medidas más apropiados para medir el desempeño en salud a nivel territorial en diferentes contextos (investigación, político, sociedad en general).
- b. Poner en práctica conceptos y desafíos del pensamiento sistémico en salud con la aplicación de un marco común para medición del desempeño en salud para los departamentos.
- c. Movernos a medidas resumen y conceptos prácticos dentro de ese mismo marco de desempeño en salud, con el fin que nos permitan comparaciones entre departamentos y al interior de un mismo departamento.

Agradecimientos

Tanto a Profamilia como a Así Vamos en Salud le gustaría agradecer principalmente a la mesa de expertos técnicos y metodológicos de Así Vamos en Salud, quienes comentaron y validaron la construcción del Índice Departamental en Salud InDes durante los meses de abril y junio de 2018.

Agradecimientos especiales para Roberto Angulo y David Bardey de la Universidad de los Andes, y Sergio Prada de PROESA, de la Universidad ICESI quienes validaron el diseño de la metodología y la medición de éste primer examen a los departamentos en marzo de 2019.

Este proyecto se llevó a cabo bajo la dirección de Profamilia y Así Vamos en Salud, y no hubiera sido posible sin el apoyo de ambos equipos técnicos.

Presentación

Así Vamos en Salud en colaboración con Profamilia por medio de la Dirección de Investigaciones conceptualizaron, diseñaron, implementaron y validaron esta metodología para entender y medir el desempeño en salud a nivel territorial.

De igual forma, Así Vamos en Salud y Profamilia están comprometidos en contribuir a la creación de instituciones eficaces y transparentes, que garanticen las libertades fundamentales en salud, incrementando la confianza de los usuarios, mediante información pública y uso de herramientas metodológicas que permita analizar con claridad la gestión de recursos, las políticas y las acciones de los actores del sistema de salud.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible proponen en su meta 3.8: lograr la cobertura sanitaria universal y la protección contra los riesgos financieros del sector salud.

El Índice Departamental en Salud se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible ayudando a promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas (ODS 16), cuantificando en esta primera edición el desempeño en salud de los departamentos, a través de cinco ejes temáticos: desempeño institucional, percepciones y opiniones de los usuarios, financiamiento de la salud, rendición de cuentas y participación, y finalmente, la Gobernanza, al tiempo que genera evidencia que oriente y fortalezca el desempeño del sistema de salud en el nivel territorial.

Por lo tanto, la construcción del Índice Departamental en Salud InDes puede contribuir significativamente a alcanzar estas metas de desarrollo. Por un lado, buscando contribuir con nueva evidencia que permita fortalecer la promoción del acceso universal a la salud, y por otro lado proporcionando herramientas metodológicas que permitan a los territorios mayor eficiencia y resultados en la gestión de la salud.

Esta Guía Metodológica se estructura de las siguientes secciones: la primera sección presenta el contexto y la necesidad; la segunda sección presenta el enfoque metodológico implementado; la tercera sección presenta la medición del InDes; y la cuarta sección presenta la transferencia y apropiación del conocimiento.

Finalmente, este documento técnico tiene como objetivo ayudar a los responsables de medir el desempeño en salud de los departamentos, orientar sobre qué aspectos podrían priorizarse para ser analizados y valorados del sistema de salud a nivel territorial, a la vez que puede responder a la normativa vigente en el marco del fortalecimiento y unificación de criterios y mecanismos de evaluación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Finalmente, el InDes puede constituir un insumo que motive la evaluación por resultados dentro de los territorios en el mediano y largo plazo.

Marta Royo
Directora Ejecutiva Profamilia

Augusto Galán
Director General Así vamos en Salud

Introducción

- El InDes proporciona estimaciones basadas en la combinación de enfoques cuantitativos y cualitativos sobre el desempeño que los departamentos en Colombia están alcanzando para lograr la cobertura universal en salud a nivel subnacional.
- El InDes es una medida resumen que captura información del desempeño institucional, las percepciones y opiniones de los usuarios, el financiamiento de la salud, la rendición de cuentas y participación, y la gobernanza.
- El InDes cubre cinco ejes principales, nueve dimensiones, catorce indicadores, usa información a partir de once fuentes de información, y proporciona datos para 32 departamentos y Bogotá, D.C.
- El InDes consiste en cinco subíndices a partir de un análisis al interior de cada eje principal, un análisis de clúster, y un análisis de brechas. Los departamentos son organizados dentro de un rango del mejor al peor desempeño.

CONTEXTO Y NECESIDAD

1

1. Contexto y necesidad

La medición y evaluación del desempeño constituye un instrumento poderoso para fortalecer la toma de decisiones informadas en todo el ciclo gerencial: define necesidades, contribuye a la supervisión de actividades, identifica desviaciones de los procesos y mejora las actividades de planeación, entre otras cosas. Asimismo, permite identificar y consolidar las mejores prácticas institucionales, y es también un instrumento de aprendizaje en la medida que los resultados de la evaluación se comparten y se utilizan para mejorar el desempeño de los servicios, los programas y los sistemas. Finalmente, la evaluación es uno de los instrumentos esenciales de la rendición de cuentas de salud.

El modelo de evaluación de desempeño propuesto e impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basa en los componentes básicos o denominados “Building Blocks” del marco conceptual de los Sistemas de Salud¹: i) Rectoría o Gobernanza, ii) prestación de servicios, iii) financiamiento, iv) Tecnologías sanitarias, v) talento humano en salud y vi) sistemas de información en salud, con fin de alcanzar los tres objetivos básicos, finales y fundamentales propuestos y aún vigentes desde la Declaración de Alma Ata: a) mejorar la salud de la población, y mejorar la salud supone aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades en esta materia, b) mejorar la respuesta del sistema frente las expectativas médicas y no médicas; de sus usuarios, y c) proteger a la población de los riesgos financieros y de empobrecimiento; por motivos de salud. Es claro que para asegurar el logro de estos tres objetivos es necesario medir, para luego evaluar y finalmente tomar acción sobre las metas en salud que requieren ser alcanzadas.

La Ley 1438 de 2011 estableció el sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud (MSPS, 2011). Por lo tanto, el Ministerio de la Protección Social debe desarrollar un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud. De igual forma, este sistema deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales a partir de indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.

En 2019, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado este sistema de forma parcial. Las IPS y EPS han sido evaluadas a través de diferentes metodologías

¹ Los “Building Blocks” corresponden a los seis elementos básicos de los sistemas de salud determinados en el «Marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud». Ver también: <http://www.who.int/healthsystems/topics/es/>

como el ranking de EPS (MSPS, 2014) y el sistema de indicadores de calidad a nivel de IPS (MSPS-DED, 2015). Sin embargo, las entidades territoriales no han sido completamente evaluadas con relación a diferentes dimensiones del desempeño.

En 2016, el Observatorio Así Vamos en Salud construyó el Índice Así Vamos en Salud (Así vamos en Salud, 2016) con el propósito de poner a disposición de la ciudadanía parte de la información disponible en el sector salud, consolidada en una herramienta que permita dar cuenta de la evolución de la salud de los colombianos desde una perspectiva multidimensional, y a través de un número sintético capaz de describir cómo está la salud en nuestro país. El cálculo del Índice Nacional de Así Vamos en Salud sigue la misma metodología utilizada para el cálculo del índice nacional del año anterior. Se consolida a partir de cuatro ejes principales: la salud de la población, la efectividad institucional del sector, el financiamiento del sector y la percepción ciudadana. Cada eje se compone de dimensiones, las cuales contienen diferentes variables, que son utilizadas como las principales unidades de medición para la construcción de índice, el número total de variables que componen el índice son 75.

No existe una única forma de medir y evaluar el desempeño, por esta razón la OMS sugiere como fundamental fortalecer una plataforma común de evaluación que responda al contexto y necesidades de cada país (HIA-WHO, 2015). Sin embargo, es importante destacar que hasta ahora la evidencia disponible ha logrado un común acuerdo sobre tres puntos esenciales que se deben abordar en el momento de llevar a cabo futuras mediciones en este campo:

a. Las mediciones de desempeño en salud deben ser multidimensionales.

Algunas mediciones se han centrado en emplear indicadores basados solo en la percepción de los ciudadanos y usuarios. Esto de alguna forma representa una limitación debido que se está tratando de explicar un conjunto de intervenciones, y decisiones desde una sola dimensión. Por lo tanto, puede no estar reflejando la realidad, por esta razón es necesario contemplar otras dimensiones del desempeño institucional como los desenlaces y experiencias de usuarios, la participación social, los mecanismos de contratación, el financiamiento de la salud, los mecanismos de rendición de cuentas, los resultados de salud de la población y la misma gobernanza.

b. El uso de datos debe provenir de múltiples fuentes de información.

Por otro lado, se ha coincidido que el uso de datos a partir de diferentes fuentes de información disponibles en estas mediciones e investigaciones, pueden contribuir con un mejor entendimiento del desempeño. Además, entre las lecciones aprendidas encontramos que los estudios de medición

de desempeño y la construcción de herramientas para su medición deben emplear múltiples fuentes de información cuantitativa, análisis narrativo cualitativo y estudios de caso. Esto, con el propósito de permitir una aproximación de las dimensiones anteriormente descritas, y evitar mediciones basadas solo en las percepciones y opiniones de los usuarios y ciudadanía a partir de encuestas, que, aunque válidas, solo explican parcialmente el desempeño. Finalmente, se recomienda explotar el uso de información a partir de registros rutinarios disponibles en los sistemas de información nacionales.

- c. Las herramientas deben estar en capacidad de medir, monitorear e identificar oportunidades de mejorar el desempeño, así como ser transparentes y sencillas de aplicar.** Las mediciones deben evitar al máximo ser complejas, deben caracterizarse por ser sencillas en su construcción y fácilmente replicables, además de lograr ser transparentes en sí mismas (es decir, las fuentes de información usadas deben caracterizarse por ser accesibles y disponibles mediante diferentes canales de información como repositorios de datos, observatorios y conexión a cubos de datos, así como su metodología debe ser pública). Estas herramientas y la evidencia resultante de su uso deben ser utilizadas para la toma de decisiones a todos los niveles, es decir desde tomadores de decisiones hasta organizaciones de base comunitaria y usuarios, y permitir desagregación de los datos.

A nivel de evidencia, los estudios que exploran diferentes fuentes de información para evaluar dimensiones del desempeño en salud con desagregaciones de los datos a nivel territorial, no han sido completamente implementados o publicados en Colombia. De igual forma, las propuestas para medir el desempeño en salud desde un enfoque multidimensional son limitadas, unas se basan en percepciones subjetivas como las opiniones de los usuarios, mientras otras propuestas se centran en la calidad de la atención. Lo cual reduce el desempeño a una simple dimensión.

Todo lo anterior ofreció una oportunidad a diferentes niveles:

- A nivel de un marco conceptual común para medición del desempeño en salud a nivel territorial.** La adopción de una conceptualización y aplicación en la práctica de un marco para la medición por parte de los departamentos, puede sin duda apoyar el desarrollo de medidas y decisiones que apoyen al mejoramiento del desempeño del sistema de salud a nivel territorial, a la vez que puede aportar a un mejor entendimiento de donde existen oportunidades de mejorar o al menos hacer algo.

- **A nivel metodológico con la adopción de una metodología estándar y fácil aplicación.** La posibilidad de innovar con una herramienta para medir e identificar oportunidades de mejorar el desempeño de los territorios; de fácil aplicación, accesible y transparente; de algún modo también fortalece el uso de herramientas metodológicas disponibles para los departamentos.
- **A nivel de uso fuentes de información del gobierno.** La necesidad de llevar a cabo nuevas mediciones para conocer las realidades de los departamentos, resultó en el uso y aprovechamiento de los últimos desarrollos de las fuentes de información disponibles, en particular de la Bodega de Datos del Sistema de Información de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.
- **A nivel de abordar la brecha en el conocimiento.** A su vez, esto ofreció una oportunidad para abordar esta brecha en el campo de la investigación aplicada al sector salud a nivel subnacional.
- **Anivel de la cobertura universal en salud.** La última oportunidad está definitivamente relacionada con aprovechar el momento para mejorar el desempeño en salud a nivel territorial, y ponerlo en la agenda de desarrollo como mecanismo para lograr la cobertura universal en salud dentro de la agenda de desarrollo sostenible.

2. Metodología

2.1. Objetivo general y específicos

Medir el desempeño del sistema de salud a nivel departamental, con el fin de fortalecer el desempeño en los departamentos y proveer nuevas herramientas basadas en la evidencia para la rendición de cuentas.

- a. Definir los ejes y dimensiones de desempeño dentro del Índice Departamental en Salud.
- b. Valorar la viabilidad y factibilidad de la construcción del Índice a partir de los ejes y dimensiones propuestas y fuentes de información disponibles.
- c. Construir el panel de datos.
- d. Explorar el panel de datos mediante la metodología propuesta.
- e. Generar evidencia que aporte un entendimiento más amplio del desempeño del sistema de salud a nivel territorial.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000), los sistemas de salud deben cubrir tres objetivos principales: mejorar la salud, responder a las expectativas de los usuarios y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. En este sentido la medición del desempeño en el sector salud debe integrar i) los fundamentos del sistema y ii) el libre acceso a la información como ficha importante para la vigilancia de la buena gestión del mismo. Con este referente y la necesidad de un abordaje multidimensional, exige una definición para este índice: El conjunto de prácticas que permiten ver el comportamiento de los actores del sistema de salud, mediante la gestión clara de políticas, instituciones, recursos y controles, que incrementan la confianza de sus beneficiarios.

La medición de desempeño en el sector salud está orientada a tener representatividad departamental y nacional, a partir de los datos disponibles en múltiples fuentes de información con datos relevantes para la medición propuesta.

Un sistema de salud está conformado por las personas, instituciones y medidas, cuyo principal objetivo es la mejora de la salud en una población. Para alinear el Índice Departamental con los actores de salud, se incluye la visión sistemática

propuesta por la OMS para los sistemas de salud y sus bloques de construcción: prestación de servicios, talento humano en salud, sistemas de información en salud, uso de tecnologías médicas y vacunas, financiamiento, y finalmente liderazgo y la gobernanza; los cuales también constituyen referencia de inclusión para la información del índice.

En Colombia, entre los actores del sistema de salud se encuentran: El gobierno a través del Ministerio de Salud y Protección Social, que es el encargado de dirigir y coordinar las políticas intersectoriales; las organizaciones que recaudan los recursos compuestos por la financiación pública, contribuciones obligatorias de los afiliados, impuestos en general y pagos de bolsillo entre otros; los prestadores, administradores y ejecutores de servicios son las EPS e IPS, finalmente, los usuarios.

El InDes mide, monitorea y evalúa el desempeño en salud a nivel departamental, a través de la información recolectada por instituciones sobre el desempeño institucional, percepciones de los usuarios, financiamiento de la salud, rendición de cuentas y gobernanza. Su principal objetivo, es generar evidencia para contribuir a mejorar la salud en la población colombiana bajo el siguiente principio: las fuentes deben ser registros administrativos y rutinarios, con canales de acceso disponibles para garantizar la transparencia, trazabilidad y replicabilidad del índice.

El enfoque metodológico para lograr los objetivos anteriormente descritos se presenta en la Figura 1; en la presente Guía se explica detalladamente cada uno de los ítems. [Ver figura 1](#)

2.2. Conformación de la Mesa de Expertos

Con el fin de promover el desarrollo técnico y práctico, y facilitar las discusiones durante la construcción del índice, con el apoyo de Así Vamos en Salud se conformó la mesa técnica del InDes; en ella participaron expertos del Ministerio de Salud y Protección Social, la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia), el Centro de Pensamiento Así vamos en Salud (AVS), la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI), el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt (IOIR) La Fiscalía General de la Nación y la Universidad de Antioquia. Esta mesa apoyó conceptualmente la definición, pertenencia, priorización e inclusión del conjunto de indicadores seleccionados para la construcción del índice.

El enfoque metodológico para lograr cada uno de los objetivos es el siguiente:

Figura 1. Enfoque metodológico para la medición del IndDes

	ACCIONES REQUERIDAS	MÉTODOS
1 Conformación mesa técnica	<ul style="list-style-type: none"> - Promover el desarrollo técnico-práctico de la investigación. - Facilitar la discusión pre-durante-post con profesionales interesados. - Promover un espíritu de aprendizaje colectivo. 	Reunión periódica y programada
2 Identificación necesidades de información	<ul style="list-style-type: none"> - Definir dimensiones del índice. - Identificar fuentes de información (preferiblemente registros administrativos rutinarios). 	Ejercicio de priorización basado en criterios preseleccionados (según dimensiones a analizar).
3 procesamiento de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Validar y corroborar la calidad del panel de datos contrastando con los objetivos de la medición. 	Información cuantitativa será procesada a través de software estadísticos especializados en el tratamiento de datos (SPSS y R).
4 Análisis de la información	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un análisis, discusión y descripción de hallazgos más relevantes de la investigación sobre desempeño en salud a nivel departamental y nacional. 	
5 Gestión del conocimiento e incidencia	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar y presentar los resultados en un informe. - Elaborar publicación científica para gestionar el conocimiento en una revista de alto impacto en idioma castellano. 	Informe y presentación de resultados con expertos, departamentos, gobierno nacional y comunidad en general.

Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.7161

2.3. Identificación de Necesidades de Información

En primer lugar, para alcanzar los objetivos i) priorizar los Ejes de desempeño a ser incluidos dentro de la medición del índice propuesto y ii) valorar la viabilidad y factibilidad de la construcción del índice a partir de los ejes propuestos y fuentes de información disponibles, las discusiones de la Mesa Técnica giraron en torno a la factibilidad de las fuentes de medición. Se exploraron aspectos como: la disponibilidad, el acceso, la trazabilidad o monitoreo, las fuentes de registro, la duplicidad o redundancia, la inclusión, la alineación, la existencia enfocada a

las fuentes rutinarias y la periodicidad. Este ejercicio permitió priorizar los ejes de desempeño que fueron incluidos dentro de la medición del índice, al igual que valorar la viabilidad y factibilidad de la construcción del índice a partir de la información disponible.

El InDes permite ver el desempeño en salud a nivel territorial desde diferentes perspectivas; trata de explicarlo desde una medición multidimensional. El InDes también propone la combinación de múltiples fuentes de información que permitan con un mayor entendimiento sobre qué ocurre y dónde existe oportunidad para mejorar. De igual forma, el InDes combina información de tipo cuantitativo con cualitativa en algunos casos, con el propósito de profundizar en la comprensión del desempeño desde diferentes enfoques metodológicos. El resultado final de este ejercicio se expone a continuación en dos fases: i) definición y priorización de ejes, dimensiones e indicadores, ii) procesamiento y construcción del panel de información.

2.3.1. Definición de los Ejes

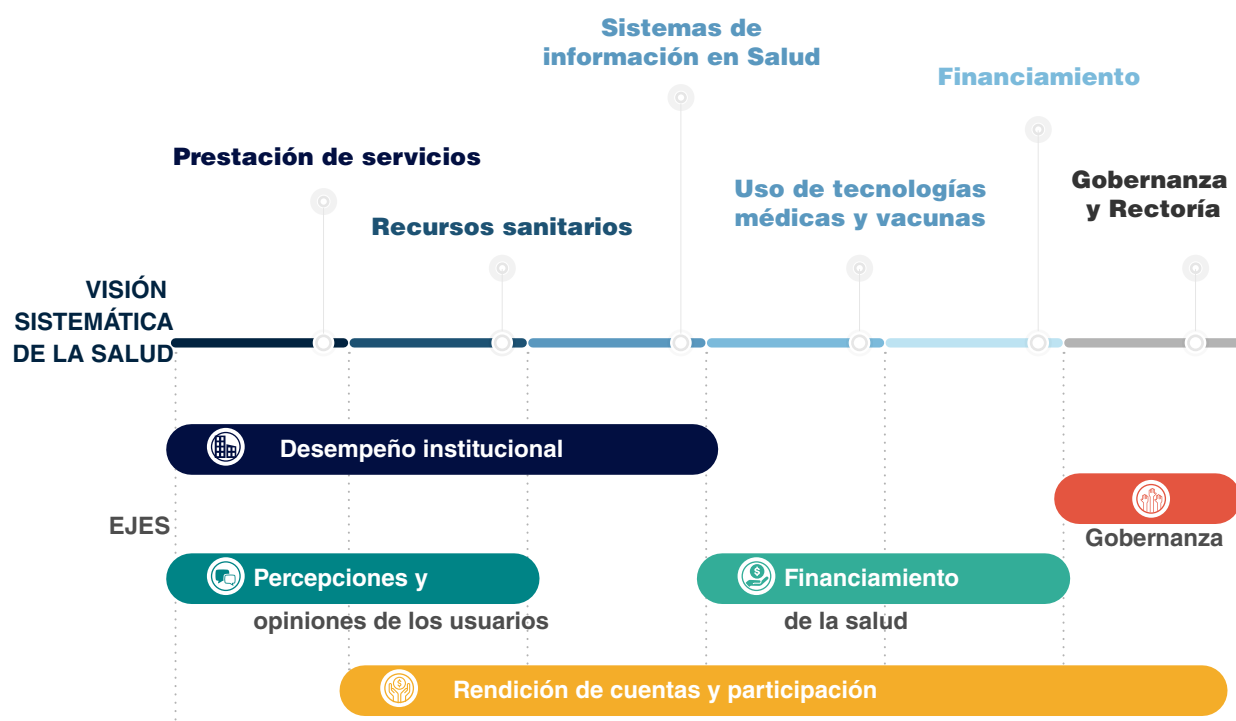
Con el propósito de medir multidimensionalmente el desempeño en salud a nivel territorial, fue necesario definir cinco ejes elementales que permitieran captar información y observar la realidad de los departamentos desde diferentes perspectivas. Como se mencionó previamente, el ejercicio de definición de los ejes fue resultado de la revisión de literatura y discusiones en la Mesa Técnica. A continuación, se describen los cinco ejes trazadores del sistema de salud:

- a. Desempeño institucional: Un mejor desempeño de los actores del sistema de salud se mide mediante la efectividad, experiencias y desenlaces en la atención.
- b. Percepciones y opiniones de los usuarios: La finalidad principal del sistema de salud es la protección de sus beneficiarios. La medición de la atención en salud debe incorporar su percepción y satisfacción sobre la calidad de los servicios que reciben.
- c. Financiamiento de la salud: La prestación eficiente de los servicios de salud requiere que los recursos se distribuyan, gestionen y tengan un flujo adecuado.
- d. Rendición de cuentas y participación: Las acciones para la generación y divulgación de información y las acciones que promueven el diálogo, canales de acceso y mayor participación social en cuestiones de salud, contribuyen con procesos que mejoren el desempeño.

- e. **Gobernanza:** Las políticas, planes y proyectos del gobierno deben procurar una gestión cuidadosa del bienestar de los ciudadanos, manteniendo y mejorando el uso de los recursos nacionales, proporcionando lineamientos y acciones a implementar según las necesidades de salud de la población y mejorar el desempeño en salud desde el mismo liderazgo en salud del departamento.

A continuación, se presenta la alineación de los componentes del sistema de salud y de los ejes del Índice.

Figura 2. Alineación entre en InDes y los componentes del sistema de salud



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

2.3.2. Definición de las dimensiones e indicadores

Una vez definidos los cinco ejes, se establecieron las dimensiones de medición al interior de cada uno y, posteriormente, los indicadores que podrían ser agrupados en cada dimensión. Con el fin de definir las dimensiones, se llevó a cabo inicialmente la priorización de los indicadores. A partir de la revisión de fuentes de información disponibles, fue posible establecer un listado de potenciales indicadores, agrupados

para cada eje. En total se identificaron 53 indicadores en 14 dimensiones de medición. La Figura 3 describe este el listado original y de priorización.

Es importante aclarar, las dimensiones son resultado de priorización del listado de indicadores. Así por ejemplo, los indicadores de satisfacción de los usuarios y las quejas y reclamos por parte de éstos, reúnen las perspectivas y entregan idea de lo que piensan los usuarios. Por lo tanto, estos indicadores se agruparon en la dimensión: Percepciones y opiniones de los usuarios. De igual forma, podrían ser muchos más ejes temáticos y dimensiones al interior del índice, pero estos son el resultado de priorización de las mesas de los expertos. Este ejercicio es descrito a continuación.

Figura 3. Ejes, dimensiones e indicadores priorizados por el InDes.

EJES	Dimensiones	Listado original	Priorizados
Desempeño institucional	- Efectividad de la atención en salud.	7	- Efectividad de la atención en salud. 3
	- Experiencias y desenlaces de los pacientes.	4	- Experiencias y desenlaces de los pacientes. 1
Percepciones y opiniones de los usuarios	- Satisfacción de los usuarios.	8	- Satisfacción de los usuarios. 1
	- Quejas y reclamos.	5	- Quejas y reclamos. 1
Financiamiento de la salud	- Gasto en salud.	22	- Gasto en salud. 4
	- Uso de los recursos. Saneamiento cartera.		1
	- Recobros NO POS. Solvencia y rentabilidad.		
Gobernanza	- Políticas y planes anticorrupción. Canales de información de acceso a informes.	3	- Políticas y planes de transparencia y acciones anticorrupción. 1
	- Sistemas de seguimiento a actores del sistema de salud, sistema de indicadores de calidad.		
Rendición de cuentas y participación	- Mecanismos de participación de los usuarios.	4	- Mecanismos de participación de la sociedad civil. 3
	- Socialización de informes, rendición de cuentas, avances y resultados.		- Acceso a la información.
TOTAL		53	14

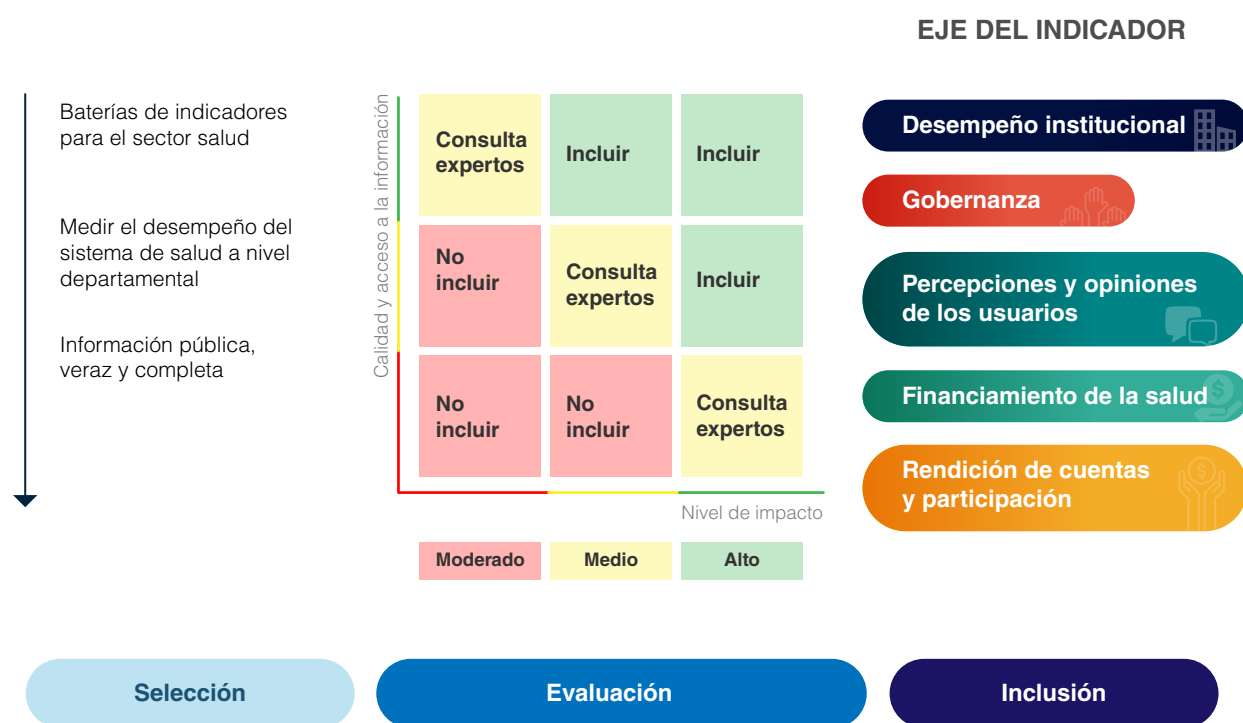
CRITERIOS: DISPONIBILIDAD Y RELEVANCIA

Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

2.3.3. Priorización de los indicadores

Posteriormente, y para cada uno de los 53 indicadores se llevó a cabo un ejercicio de priorización basado en tres criterios: i) relevancia, ii) calidad de la información y iii) canales públicos de acceso a la información. De igual forma, se formuló un procedimiento con las etapas de inclusión de la información para facilitar la aplicación de estos criterios Ver figura 4.

Figura 4. Etapas de inclusión de información



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

Etapa 1: Selección

Es importante anotar que cada fuente de información fue posible verificar la Unidad Generadora del Dato (UGD) y la entidad responsable de la gestión y custodia de la información, así como los atributos esenciales como los niveles de desagregación y periodicidad de los datos. Es fundamental que los indicadores permitan desagregación por departamentos. En algunos casos, en los cuales esta desagregación no fue posible ya que los datos se encontraron desagregados por Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), se aplica una estrategia

de conversión de éstos indicadores. En este caso, se estimaron los usuarios promedios para cada EAPB y se asignó a todos los departamentos según la cobertura de afiliación por departamentos disponibles en la Base Única de Afiliados (BDUA).

Con relación a la periodicidad, en términos generales los indicadores deben tener un reporta anual. De igual modo, fue posible consultar la información de los años disponibles para el período 2014-2017. En la sección sobre construcción del panel de datos se describe con detalle éste procedimiento.

Etapas 2: Evaluación

Dentro de ésta etapa cada indicador fue evaluado y posicionado dentro de una matriz basada en tres criterios: pertinencia, calidad y acceso, con el fin de validar con expertos posteriormente. Los tres criterios son descritos brevemente a continuación:

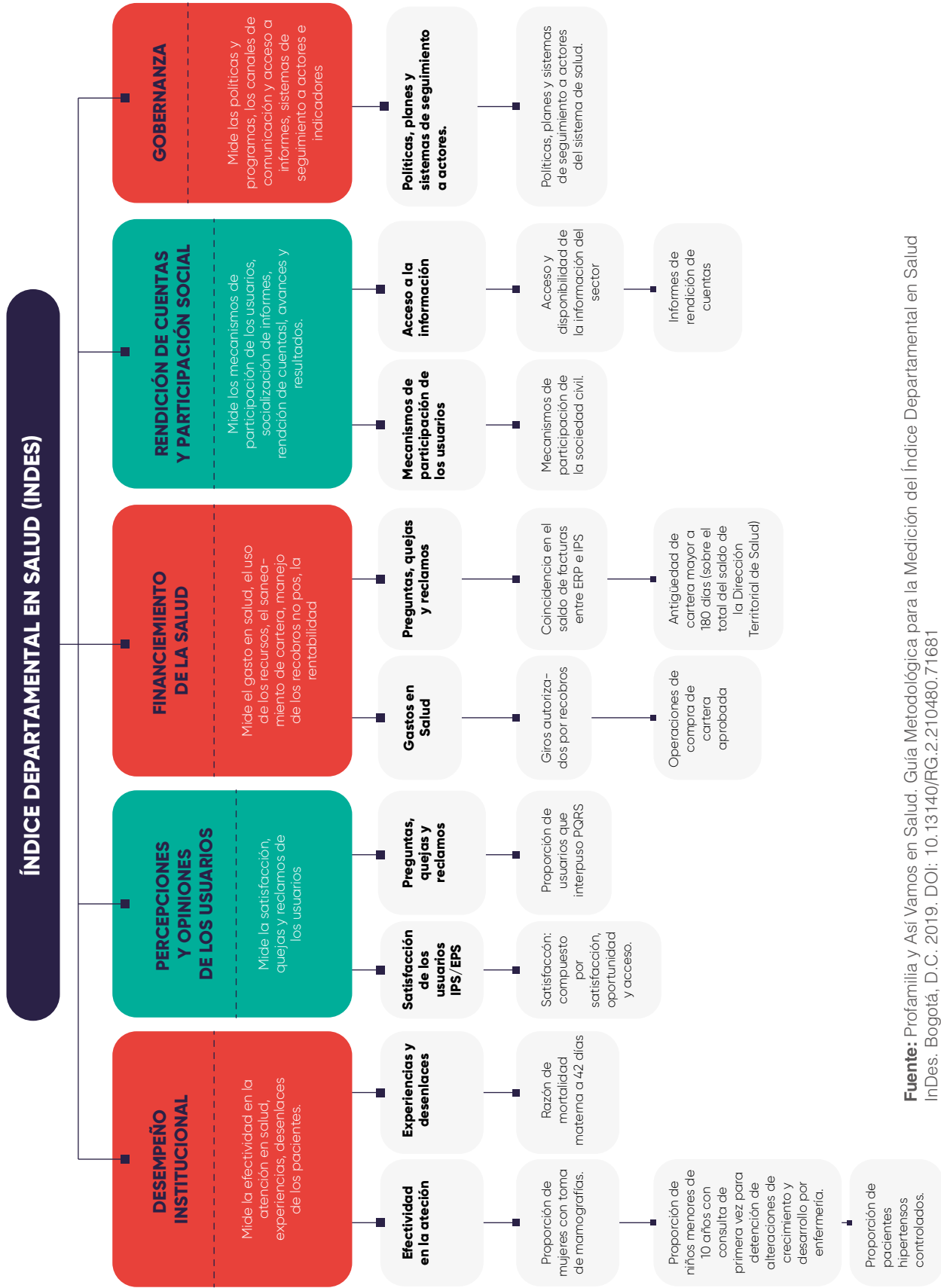
- a. Relevancia o nivel de impacto que tiene el desempeño del sector salud (dentro del rango moderados, medio o alto).
- b. Evaluación de la calidad.
- c. Acceso a la información de los datos, (moderado, medio alto).

Los resultados de ésta etapa fueron expuestos con la mesa de expertos sobre la posibilidad de incluir o no en la matriz. De igual forma, en la mesa técnica de expertos fue posible definir la importancia para el InDes, así como la disponibilidad de otras fuentes de información no previstas anteriormente.

Etapas 3: Inclusión

Finalmente, aquellos indicadores que superan las dos etapas anteriores, deben ser naturalmente incluidos en una dimensión y un eje particular. Después de la priorización y clasificación se termina con una lista de inclusión de 10 dimensiones y 14 indicadores para el InDes, que se resumen en la Figura 5 y Tabla 1.

Figura 5. Estructura del InDes: ejes, componentes e indicadores.



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

Tabla 1. Resultado ejercicio de priorización de indicadores

Eje	Dimensión	Indicador	Fuente de Información	Año
DESEMPEÑO INSTITUCIONAL	Efectividad en la atención	Proporción de mujeres con toma de mamografía	PEDT: Protección Específica y Detección Temprana, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a partir de la Resolución 4505 de 2012	2016
		Proporción de niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en crecimiento y desarrollo por enfermera		2016
		Proporción de pacientes hipertensos controlados	CAC: Cuenta de Alto Costo	2015
	Experiencias y desenlaces de la atención en salud	Razón de mortalidad materna a 42 días	PEDT: Protección Específica y Detección Temprana, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) a partir de la Resolución 4505 de 2013	2014-2016
PERCEPCIONES Y OPINIONES DE LOS USUARIOS	Satisfacción de los usuarios IPS/ EPS	Satisfacción: compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso	Encuesta de satisfacción de la EPS	2017
	Preguntas, quejas y reclamos	Proporción de usuarios que interpuso PQRS	Superintendencia Nacional de Salud preguntas quejas y reclamos de los usuarios	2017
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD	Gastos en salud	Giros autorizados por recobros	ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Agosto 2017 - enero 2018
	Saneamiento de cuentas	Operaciones de compra de cartera aprobadas	SISPRO: Cubo de saneamiento de cartera	2016-2017
		Coincidencia en el saldo de facturas entre ERP e IPS		2017
		Antigüedad de cartera mayor a 180 días (sobre total saldo de la Dirección Territorial de Salud)		2017
RENDICIÓN DE CUENTAS Y PARTICIPACIÓN	Mecanismos de participación de los usuarios	Mecanismos de participación de la sociedad civil	Planes de desarrollo departamental	2016 -2019
	Acceso a la información	Acceso y disponibilidad de la información del sector	Planes territoriales de salud	
		Informes de rendición de cuentas	Planes de acción territoriales	
GOBERNANZA	Políticas, planes y proyectos en salud	Políticas, planes y proyectos en salud y sistema de seguimiento a actores del sistema de salud	Planes y seguimiento a actores del sistema de salud o relacionado con transparencia	

2.4. Procesamiento y construcción del panel de datos

2.4.1. Fuentes de información

El panel de datos se construyó a partir de las fuentes de información con variables relevantes para los indicadores priorizados. A continuación, se describen las principales fuentes de información utilizadas para la construcción del panel de datos según los ejes del Índice Departamental en Salud:

Desempeño institucional

- a. Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS):** a partir de la Resolución 4505 de 2012 que define los lineamientos para la recolección de información de actividades de protección específica y detección temprana y otras actividades preventivas en salud. Esta fuente puede ser consultada a través del siguiente enlace web: [PEDT](#).
- b. Registro de Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE):** el cual constituye la fuente oficial de datos de la mortalidad materna y se consultó a través del Protección Específica y Detección Temprana (PEDT) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), a través de los canales de información del SISPRO.
- c. Indicadores Resolución 0256 de 2016 de las cohortes de pacientes con enfermedades alto costo de la Cuenta de Alto Costo (CAC):** responsable de las cohortes de pacientes con estas enfermedades. La proporción de pacientes hipertensos controlados es calculada por el Ministerio de Salud y Protección social mediante el [instructivo](#) para facilitar el reporte de información de acuerdo con lo dispuesto en la resolución 2463 de 2014. Esta fuente puede ser consultada a través del siguiente enlace web: [CAC](#).

Percepciones de los usuarios

- d. Encuesta de Satisfacción de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de 2017 del Ministerio de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS):** esta encuesta hace parte del seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad en la atención en salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y está enmarcada dentro del Sistema de Información para la Calidad (SIC). Permite establecer el nivel de satisfacción del usuario acerca del desempeño y calidad de las EPS, desde diferentes dimensiones. Esta fuente puede ser consultada a través del siguiente enlace web: [ESEPS](#).

- e. **La Superintendencia Nacional de Salud:** se encarga de ejercer la inspección y vigilancia sobre el cumplimiento de los derechos en salud, y la debida protección al usuario. Mediante la Dirección de Atención al Usuario verifica que se suministre la información útil, suficiente, veraz y oportuna que permita ejercer eficazmente los derechos adquiridos por los usuarios. Adicionalmente se encarga de responder y generar reportes mensuales de las peticiones, quejas y reclamos de los usuarios del SGSSS. Esta fuente puede ser consultada a través del siguiente enlace web: PQRD.

Financiamiento de la salud

- f. **Cubo de Saneamiento de Cartera del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS):** a través de la Circular 030 de 2013 se establece el procedimiento de saneamiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre las Empresas Responsables del Pago (EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y ET) e IPS (públicas y privadas). Esta información permite determinar el estado de las cuentas (si hay coincidencia fijar y suscribir compromisos obligatorios de pago – si no hay coincidencia aclarar y depurar la información que no coincide entre los actores del sistema). Esta fuente puede ser consultada solicitando acceso al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).
- g. **Subcuenta de Garantías del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS):** con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles, la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) genera Informes de operación de compra de cartera salud. Las Resoluciones 4373 de 2017, Resolución 3322 de 2016, Resolución 3261 de 2015 reglamentaron el procedimiento, los criterios, las condiciones y los plazos que posibilitan la compra directa de cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con cargo a los recursos de la Unidad de Recursos Administrados – URA de la ADRES y su posterior pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, del Subsidiado y de las Cajas de Compensación Familiar – CCF que administren este último régimen. Esta fuente puede ser consultada a través del siguiente enlace web: Resoluciones.

Rendición de cuentas y gobernanza:

- h. **El Plan de Desarrollo Departamental y los Planes Territoriales de Salud,** identifican la participación de organizaciones sociales y de ciudadanos en la construcción o implementación de la política pública de salud. La

Ley Estatutaria de Salud Decreto 1757 de 1994, regula la participación en construcción de la política pública de los usuarios, las entidades territoriales deben garantizar la participación ciudadana en la construcción de políticas públicas territoriales en salud.

- i. **El Plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o Transparencia y el Plan de acción de las Direcciones Territoriales de Salud y gobernaciones:** para garantizar una práctica eficaz y adoptar políticas que ejercen una adecuada inspección, vigilancia y control (Ley estatutaria 1751, 6 de febrero del 2015), los gobernantes departamentales refieren sus principales intereses y preocupaciones en estos planes, estos constituyen un insumo importante que mide sus líneas de acción y estrategias, se orienta en la transparencia del sector salud.
- j. **Los portales web de las Direcciones Territoriales de Salud y gobernaciones:** son una de las fuentes oficiales de mayor comunicación de las DTS, en ellos los usuarios pueden interactuar con documentos, consultar informes de gestión, solicitar o consultar las rendiciones de cuentas del departamento y exponer sus quejas, reclamos y sugerencias. La Ley 1712 de 2014 promueve el uso de mecanismos que garanticen la transparencia y publicidad en los documentos públicos relacionados con salud.

Es importante destacar que los últimos desarrollos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) permitieron el acceso a gran parte de las fuentes de información anteriormente descritas. SISPRO es una bodega de datos del Ministerio de Salud y Protección Social que concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes del sector salud en Colombia. Sispro permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios.

La información fue accedida a través de canales de información públicos y dispuestos por los responsables de gestionar las fuentes de información, como cubos OLAP, informes en sitios web oficiales, sistemas de indicadores y monitoreo y tablas publicadas.

2.4.2. Panel de datos

En cada una de las fuentes se consultó la información disponible para los últimos cuatro años reportados. Para los 14 indicadores se verificó y unificó la codificación de la identificación de los departamentos (nombre y código DANE). Se diseñó una plantilla por indicador con los siguientes campos: fuente de información, nombre

del indicador, departamento, año de referencia, valor del indicador y escala y orientación de la medición. La columna final se destinó para la estandarización del indicador.

Para analizar toda la información en conjunto, se consolidó una matriz con siguientes campos: departamento, valor estandarizado del indicador, cálculo de la dimensión, cálculo del eje y cálculo del Índice Departamental en Salud.

2.4.3. Estandarización de los índices

Con el fin de hacer comparable el desempeño de los indicadores fue necesario un proceso de estandarización. La metodología utilizada para el proceso de estandarización fue la misma utilizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el cálculo del Índice Desarrollo Humano (ONU, 2006), y la cual se fundamenta en la ejecución de tres pasos que se describen a continuación:

- a. **Cálculo Índice para cada eje.** Antes de calcular el Índice Departamental en Salud es necesario crear un índice para cada una de los ejes.
- b. **Estandarización de sub-índice cada indicador.** Para cada indicador se expresa el desempeño con valores entre 0 y 100 puntos.
- c. **Escala + /- Desempeño.** Donde 100 puntos es el departamento con mejor comportamiento dentro del indicador y cero (0) puntos el departamento con el nivel más bajo.

$$\text{indicadorestandarizado} = \frac{\text{valorreal} - \text{valormínimo}}{\text{valormáximo} - \text{valormínimo}} * 100 \text{ puntos}$$

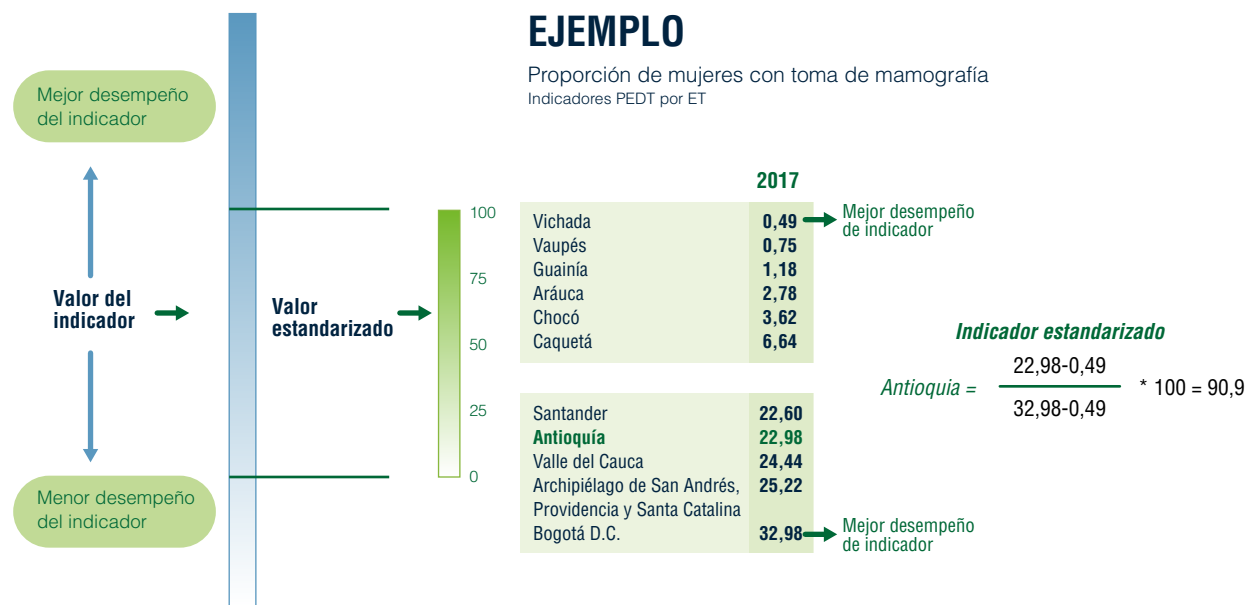
La Figura 6 presenta el método de estandarización de los indicadores, con el propósito de describir el procedimiento para para unificar y hacerlos comparables. Posteriormente, se describe cómo se llevó a cabo éste proceso al interior de cada dimensión el cual puede variar según número de indicadores y pesos definidos al interior de cada una de éstas.

2.5. Alcance

Es importante considerar algunas limitaciones del InDes previa difusión de sus usos y alcances. En primer lugar, las ponderaciones de indicadores y las dimensiones dentro de los ejes son una construcción del área técnica con base en el análisis de

su importancia relativa dentro del sector. En segundo lugar, en el cálculo del InDes se incluyeron los indicadores más relevantes en el análisis del desempeño en Salud para el contexto actual, las dinámicas propias del sector pueden llevar a que, en un diferente momento, otros sean los indicadores más relevantes. En tercer lugar, el acercamiento cualitativo a algunos indicadores requirió un proceso previo de categorización y estandarización, pero su replicabilidad requirieron afectada por la disponibilidad de las fuentes de información, la adhesión al protocolo de búsqueda y el período de referencia. Finalmente, algunos indicadores sin registro departamental se obtuvieron por estimación indirecta.

Figura 6. Método de estandarización de los indicadores.



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

**MEDICIÓN DEL ÍNDICE DEPARTAMENTAL
EN SALUD InDes**

3

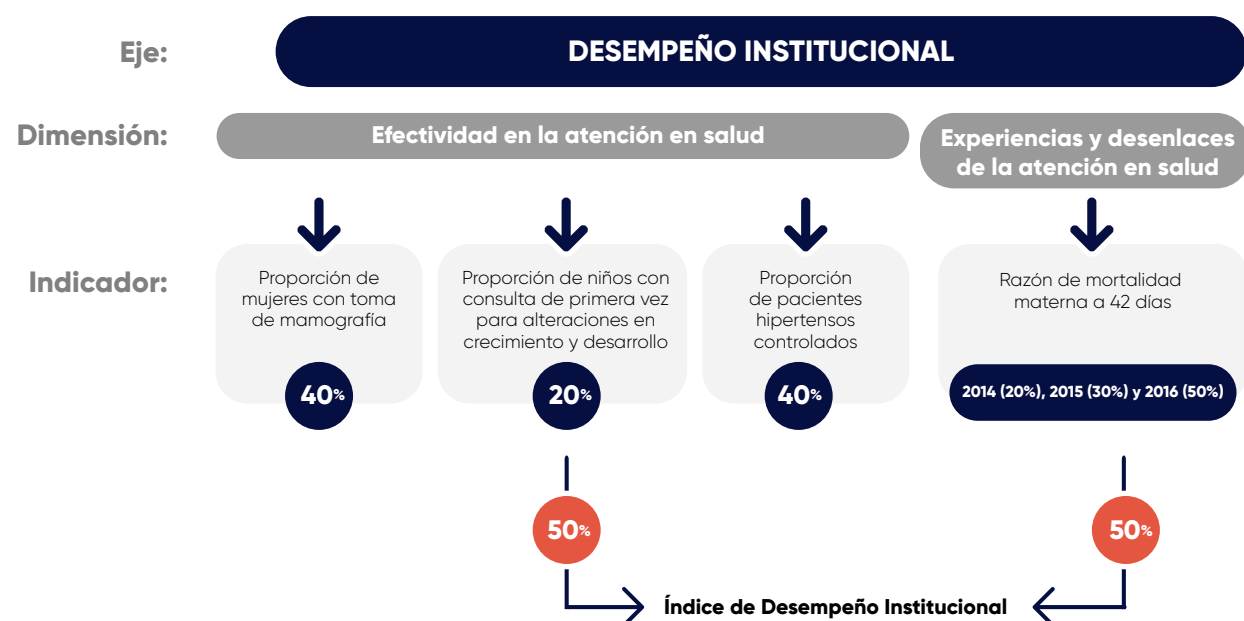
3. Medición del Índice Departamental en Salud InDes

El cálculo del InDes ajusta la información de diferentes indicadores el sistema de salud colombiano en el nivel territorial (sub-nacional), mediante promedios ponderados, y destaca la información de mayor importancia en cada una de los ejes y dimensiones. Es importante anotar que algunos indicadores requirieron estrategias más elaboradas para desagregar la información a nivel departamental. A continuación, se presentan en detalle el conjunto de procedimientos implementados que permitieron la estimación de sub-índices para cada eje.

3.1. Desempeño institucional

Este eje es construido a partir de la efectividad en la atención de servicios de salud y las experiencias y desenlaces de los pacientes y usuarios. A través de éstas dos dimensiones es posible evaluar el logro de los objetivos básicos, fundamentales y aún vigentes de la Declaración de Alma Ata: i) mejorar la salud de la población, lo que supone aumentar el nivel medio de salud y reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud; ii) mejorar la respuesta del sistema de salud a todos los niveles, asegurando la calidad en los servicios esenciales como la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, infantil y de los adolescentes.

Figura 7. Eje Desempeño institucional



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

Para cuantificar la dimensión, se tomó la información correspondiente al año 2015–2016 como última situación disponible. Al interior del eje se asignaron pesos (Figura 7) los cuales resultaron del consenso con la mesa de expertos, los Análisis de Situación de Salud (ASIS) y el perfil epidemiológico.

Efectividad en la atención en salud

La dimensión de efectividad es medida a partir de la última situación disponible de tres indicadores priorizados: a) proporción de mujeres con toma de mamografía; b) proporción de niñas y niños con consulta de primera vez para alteraciones de crecimiento y desarrollo; y c) proporción de pacientes hipertensos controlados.

En primer lugar, a la proporción de mujeres con toma de mamografía y la proporción de pacientes hipertensos controlados se les asignó una ponderación de 40%, respectivamente. Esta ponderación fue basada en el perfil epidemiológico, y los últimos análisis de situación de salud (ASIS) disponibles del país. El cáncer de mama constituye la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres y las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de morbi-mortalidad. La toma de mamografía y el control de pacientes hipertensos representan actividades preventivas en salud que reflejan el cumplimiento de los objetivos intermedios de la cobertura universal en salud: calidad, eficiencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud.

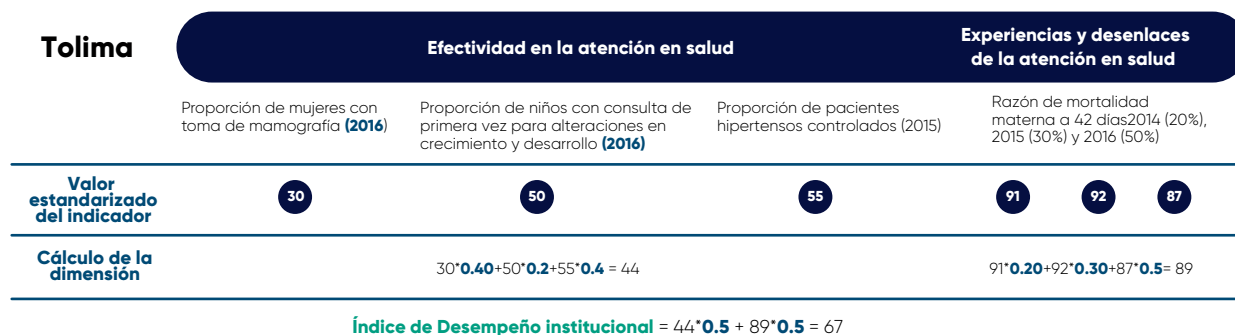
En segundo lugar, la proporción de niñas y niños menores de 10 años con consulta de primera vez para detección de alteraciones en el crecimiento y desarrollo se les asignó una ponderación de 40%. Este indicador complementa dos etapas del ciclo de vida para poder entender las vulnerabilidades y oportunidades de los niñas, niños y adultos en los servicios de salud.

Experiencia y desenlace de la atención en salud

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 42 días constituye un indicador clave del desempeño de los sistemas de salud, ya que refleja información trazadora de la calidad y las experiencias de las mujeres gestantes en servicios básicos de salud como la atención prenatal y la atención institucional del parto. Además que constituye una meta de la agenda de desarrollo sostenible. La cuantificación de éste indicador implicó medir la disminución de la mortalidad materna y obtener un promedio ponderado de los últimos tres años disponibles: 20% para el 2014, 30% para el 2015 y 50% para el 2016. Así, se retribuye la gestión que se ha realizado por las entidades territoriales para la disminución de este indicador.

Finalmente, el desempeño institucional se representa mediante el promedio simple entre las dos dimensiones. A continuación se proporciona un ejemplo para describir como se utiliza la información del departamento del Tolima y para estimar el subíndice de desempeño institucional, ver Figura 8.

Figura 8. Cálculo del Desempeño institucional, Ejemplo Departamento del Tolima

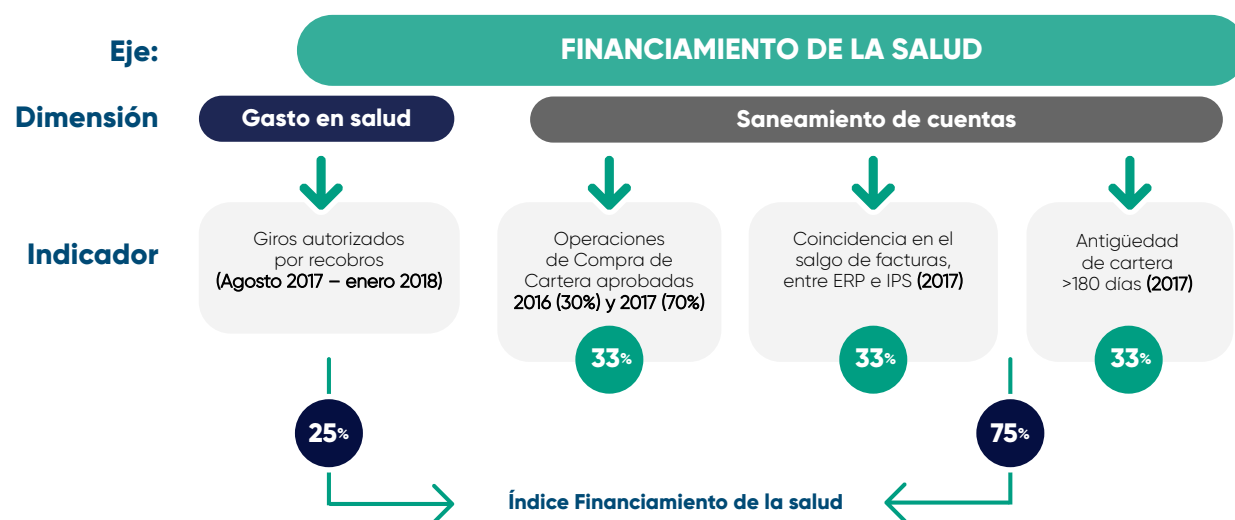


Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

3.2. Financiamiento de la salud

Dentro del desempeño de los sistemas de salud, es importante entender el flujo de los recursos, cómo se están asignando dentro del SGSSS. Este eje se estructura de dos dimensiones: o áreas de medición: i) Gasto en Salud y ii) Saneamiento de cuentas. Ver Figura 9.

Figura 9. Financiamiento de la salud



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

El Gasto en Salud

Esta primera dimensión representa la información del indicador: pagos de recobros por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, reportados por la ADRES. El período de referencia para ésta primera medición es agosto 2017- enero 2018, de igual modo fue asignada una ponderación del 25% para el cálculo del eje. Es importante anotar que la la información esta desagregada por la EAPB que autorizó el giro, para aproximar el giro por departamentos, es necesario calcular el giro promedio por usuario de la EAPB, dividiendo el total del giro de cada EPS, entre el número de usuarios registrados a partir del Cubo BDUA en el Sispro, y reportados para la EPS a diciembre del 2017. Algunas de las EAPB registran usuarios del régimen contributivo y el subsidiado para ello se tomó la suma como el total de afiliados para esa empresa administradora. A continuación se presenta el procedimiento.

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

Con el Giro promedio de usuario y el total de afiliados en cada departamento para cada EAPB, se ajusta el Giro promedio por departamento de la siguiente manera:

$$\text{Giro promedio departamento}_i = \sum_{j=1}^{17} \text{Giro_prom_usuario_EAPB}_j * \text{Tot_afiliados_departamento}_j$$

Es importante aclarar que este calculo está teniendo en cuenta los usuarios registrados en las EAPB de la Tabla 2, puesto que son las que registran el 100% de los pagos por recobros en el período de interés. [Ver tabla 2](#)

Saneamiento de Cuentas

Esta dimensión se estructura a partir de por tres indicadores con la misma ponderación y asigna un peso del 25% para el cálculo del eje. A continuación, se describe la transformación de los indicadores para el cálculo del Eje.

Tabla 2. Empresas Administradoras del Plan de Beneficio incluidas para el indicador de pagos por recobro

EAPB que autorizó el giro	Valor Girado Agosto 2017 - enero 2018	% de valor Girado	# de usuarios	Giro por usuario
LA NUEVA EPS S.A.	\$ 462.721.064.475	45%	5.354.550	86.416
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	\$ 8.734.635.846	1%	3.122.957	2.797
EPS Y MEDICINA PREGADA SURAMERICANA S.A.	\$ 95.792.728.614	9%	3.065.109	31.253
COOMEVA E.P.S. S.A.	\$ 170.735.837.769	17%	3.061.034	55.777
E.P.S. SANITAS S.A.	\$ 88.008.411.697	9%	2.557.368	34.414
E.P.S. FAMISANAR LTDA.	\$ 74.853.128.938	7%	2.348.472	31.873
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	\$ 211.140.119	0%	1.927.564	110
COMPENSAR E.P.S	\$ 34.410.752.164	3%	1.610.354	21.368
SALUDVIDA S.A. E.P.S	\$ 948.723.426	0%	1.453.327	653
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S S.A.	\$ 53.449.711.688	5%	1.0107.614	48.257
CRUZ BLANCA EPS S.A.	\$ 18.837.047.003	2%	582.403	32.344
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S EMDISALU	\$ 35.860.125	0%	552.880	65
COMFENALCO VALLE E.P.S.	\$ 7.620.548.832	1%	299.212	25.469
ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTOPRA DE SALUD S.A.	\$ 11.434.897.415	1%	270.629	42.253
PIJAOS SALUD EPSI	37.046.249	0%	90.920	407
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC -CM	\$ 14.760.243	0%	513.642	29
DIR SANIDAD POL NAL	\$ 1.631.569	0%	N/A	N/A
Total general	1.027.847.926.172			

Fuente: Bodega de Datos del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Las Operaciones de Compra de Cartera aprobadas

Este primer indicador, recoge la información que reportan los informes de operación de la compra de cartera, la cual agrupa en cada informe el valor histórico de las DTS, con el fin de establecer el valor del año de interés de debe restar el reporte de compra del año anterior. Para garantizar integralidad en este indicador y no afectar los departamentos por un solo suceso y retribuir la diferencia anual, se acuerda un promedio ponderado, 30% para el reporte del año 2016 y 70% para el año 2017. En otras palabras, utilizar datos de los últimos años disponibles.

La coincidencia en el saldo de facturas, entre Entidades Responsables del Pago (ERP) e IPS (%) y El Reporte del saldo de cartera >180 días, % del total del saldo de la DTS

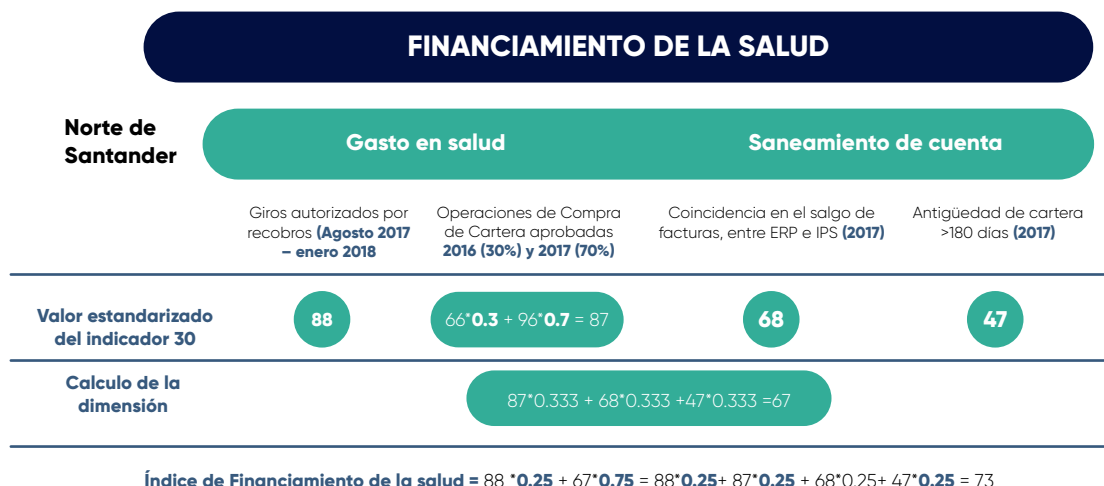
La fuente de información para estos indicadores es el cubo de saneamiento de cartera de la bodega de datos Sispro del Ministerio de Salud y Protección Social. Es importante aclarar que la recolección de la información de las facturas, requieren asegurar que la IPS y la EPS hayan reportado la misma factura. Por ésta razón, como aproximación geográfica se utiliza el lugar de registro del prestador (IPS). A continuación se describe el procedimiento y formula aplicada.

$$\begin{array}{l}
 \text{\% del saldo de las facturas reportadas por las IPS, reportado por ERP} \\
 \text{ERPSaldoFactura} \\
 \hline
 \text{IPSSaldoFactura} \\
 \hline
 \text{Reporte el saldo de cartera >180 días} = \frac{\text{cartera >180 días}}{\text{\% del total del saldo de la DTS}}
 \end{array}$$

Vale la pena anotar que como existen diferencias en el reporte del saldo de facturas, se calcula el promedio entre el reporte de la IPS y las EPS para ajustar el indicador de reporte el saldo de cartera >180 días.

Finalmente, el financiamiento de la salud se representa mediante un promedio simple entre los cuatro indicadores propuestos. Como ejemplo se utiliza la información del departamento del Norte de Santander y se calcula el índice del Financiamiento de la Salud.

Figura 10. Cálculo del Financiamiento de la Salud, ejemplo Departamento de Norte de Santander



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

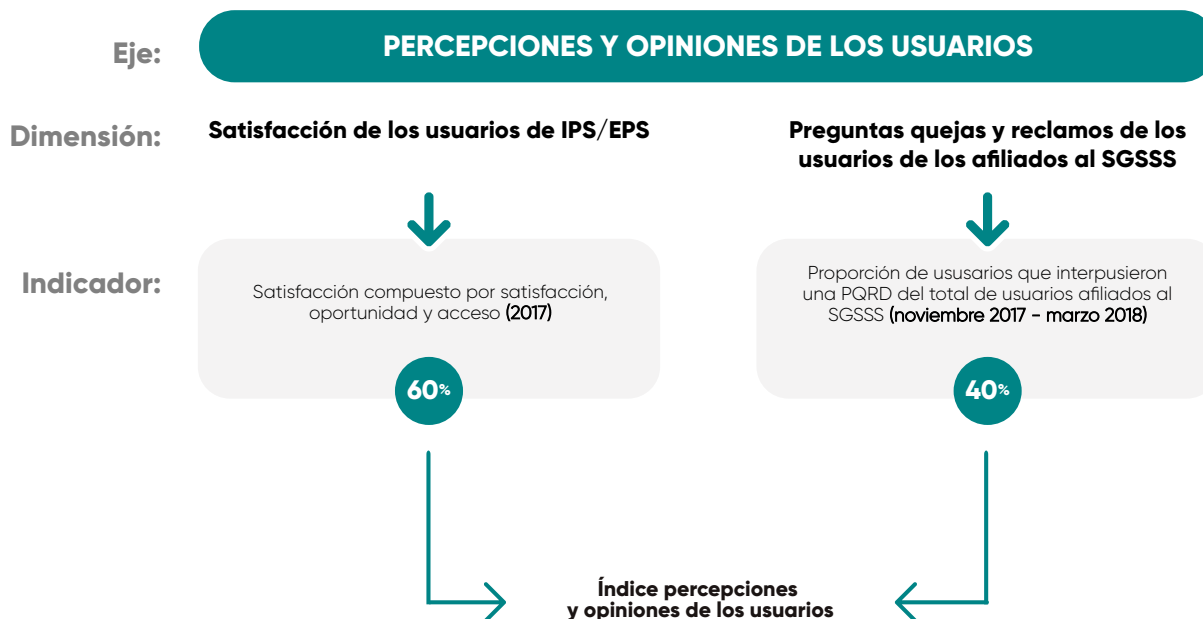
3.3. Percepciones y opiniones de los usuarios

El InDes, tiene como propósito recoger información de diferentes fuentes del sector salud. Las percepciones de los usuarios ayudan a dar una perspectiva holística, agregan una visión de la calidad y eficiencia del servicio de los niveles de confianza de sus beneficiarios.

En este Eje se definen dos dimensiones, la primera, Satisfacción de los usuarios en IPS/EPS, medida a través la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS -2017, la cual está compuesta por preguntas que avalúan: Satisfacción, oportunidad y acceso por tratar una visión más integral, aspectos positivos y negativos, de la relación entre los usuarios y las entidades prestadoras se les asignó una ponderación de 60%, reflejando mejor la percepción de los usuarios; dejando el 40% para el segundo indicador, Preguntas quejas y reclamos de los usuarios afiliados al SGSSS, información consignada en los informes ejecutivos mensuales de PQRD formuladas por los usuarios, publicados por la Superintendencia de salud. El indicador de satisfacción compuesto por los criterios de satisfacción, oportunidad y acceso.

Se compone de la proporción de personas que dieron una respuesta positiva en la encuesta de satisfacción de usuarios del 2017, con respecto a:

Figura 11. Percepciones y Opiniones de los Usuarios



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

- Oportunidad en la consulta de medicina interna internista. Aquí se considera positivo el porcentaje de respuestas calificadas como: muy corto y corto.
- Oportunidad en entrega de medicamentos. Aquí se considera positivo el porcentaje de respuestas calificadas como: muy corto y corto.
- Califique la calidad de la información que le ha entregado su EPS sobre cómo solicitar o tramitar las autorizaciones. Aquí se considera positivo el porcentaje de respuestas calificadas como: buena o muy buena.
- ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?. Aquí se considera positivo el porcentaje de respuestas calificadas como: buena o muy buena.

Es importante aclarar que se considera un promedio simple entre las proporciones de cada pregunta como el valor del indicador de satisfacción. (Tabla 3).

Tabla 3. Indicador de satisfacción compuesto por oportunidad y acceso, ejemplo departamento de Sucre.

Sucre	Proporción
Oportunidad consulta medicina interna internista (muy corto y corto)	71,2
Oportunidad entrega de medicamentos (muy corto y corto)	80,5
Califique la calidad de la información que le ha entregado su EPS sobre cómo solicitar o tramitar las autorizaciones (buena o muy buena)	73,9
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS? (buena o muy buena)	90,9
Satisfacción compuesto por satisfacción, oportunidad y acceso	79,123

Preguntas quejas y reclamos de los usuarios de los afiliados al SGSSS

Para esta dimensión se calcula la proporción de usuarios que interpusieron una PQRD del total de usuarios afiliados al SGSSS durante el período de noviembre 2017 a marzo 2018. En general, estas PQRD están relacionadas con el hecho de no acceder al servicio de salud que requiere, trámites administrativos (autorizaciones, asignación de citas), oportunidad en la prestación del servicio y no disponibilidad de recurso humano e infraestructura para la atención. Las PQRS son interpuestas frente a una entidad en particular, se debe hacer un ajuste promedio que permita relacionarlo con las DTS.

Tabla 4. Total preguntas, quejas y reclamos entre noviembre 2017 y marzo de 2018 número de quejas por cada 1.000 afiliados*

EAPB	Total PQRS, noviembre 2017-marzo 2018 # de quejas por cada 1.000 afiliados*
CRUZ BLANCA EPS S.A.	3,01
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S S.A.	1,81
COOMEVA EPS S.A.	1,6
COMFENALCO VALLE EPS	1,57
MEDIMAS	1,5
SALUDVIDA S.A. EPS	1,27
LA NUEVA EPS S.A.	1,08
SALUD TOTAL S.A. EPS	1,06
COMPENSAR EPS	1,04
EPS FAMISANAR LTDA	0,98
EPS SANITAS S.A.	0,78
ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	0,52
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	0,45
Total general	16,68

El procedimiento para el ajuste se ejecuta mediante los siguientes pasos:

1. Porcentaje de usuarios de EPS en el Departamento.

$$\#deusuariosdeEPS_{-j} \text{ eneldepto}_{-i} = \frac{\#usuariosdelaEPS_{-j} \text{ eneldepto}_{-i}}{\text{TotalusuariosdelaEPS}_{-j}}$$

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

$$\begin{aligned} \text{PQRSporAjustadousuariodepartamento}_{-i} \\ = \sum_{j=1}^{10} \%deusuariosdeEPS_{-j} \text{ eneldepto}_{-i} * \text{TotalPQRSdelaEPS}_{-j} \end{aligned}$$

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

A continuación se ilustra el procedimiento con el fin de describir el ejercicio tomando el ejemplo para el departamento de Santander, en la Tabla 5 se muestra la distribución de los usuarios registrados, en cada una de la 13 EPS, el porcentaje que está en una EPS, y su promedio esperado de PQRS.

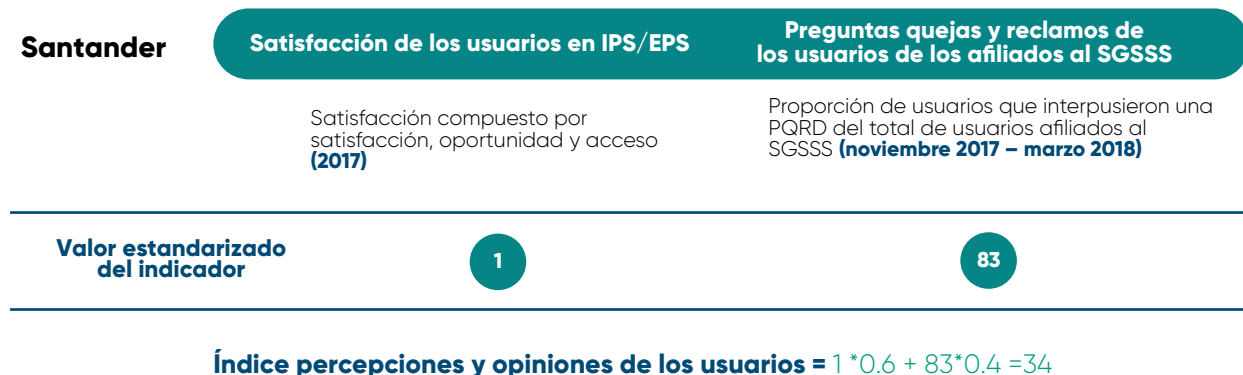
$$\% \text{ promedio de } \# \text{ PQRSelperiodoeneldepto}_{-i} = \frac{\text{PQRSporAjustadousuariodepartamento}_{-i}}{\text{TotalusuariosdeDTS}_{-i}}$$

Tabla 5. Cálculo de las PQRS promedio, ejemplo departamento de Santander

Nombre Entidad	Total de usuarios para la EPS en el país	Usuarios por Departamento	% del total de la EPS	PQRS ajustado por usuario, para la EPS y departamento
Aliansalud entidad promotora de salud S.A	270.629	1.211	0,00447	0,00231
Comfenalco vale EPS	299.212	3	0,00001	0,00002
Compensar EPS	1.610.354	1	0,00000	0,00000
Coomeva EPS SA	3.061.034	257.933	0,08426	0,13517
Cruz Blanca EPS S.A.	582.403	4	0,00001	0,00002
EPS Famisanar LTDA	2.348.472	62.149	0,02646	0,02605
EPS Sanitas S.A.	2.557.368	142.897	0,05588	0,04334
EPS Servicio occidental de salud S.A. - EPS S.O.S	1.107.614	52	0,00005	0,00008
EPS y medicina prepagada Suramericana S.A.	3.065.109	59.687	0,01947	0,00880
La Nueva EPS S.A.	5.354.550	415.919	0,07768	0,08353
Salud Total S.A. E.P.S.	3.122.957	186.235	0,05963	0,06324
Saludvida S.A. E.P.S.	1.453.327	166.774	0,11475	0,14623
Medimas	4.841.079	329.926	0,06815	0,10224
Total EPS	29.674.108	1.622.791	Total PQRS *1000 usuarios	0,61103

Finalmente, para obtener el valor del índice de percepciones se realiza un promedio ponderado entre los dos indicadores. De su parte, la satisfacción de los usuarios en IPS/EPS contiene una visión más amplia, aspectos positivos y negativos, y por lo tanto refleja mejor la percepción de los usuarios, en este caso un 60%. Por otro lado, la diferencia con las PQRS que resaltan solo lo negativo y se pondera con un 40%, un ejemplo del cálculo para el departamento de Santander se muestra a continuación. (Figura 12)

Figura 12. Cálculo de la Percepciones y Opinión de los Usuarios, ejemplo Santander



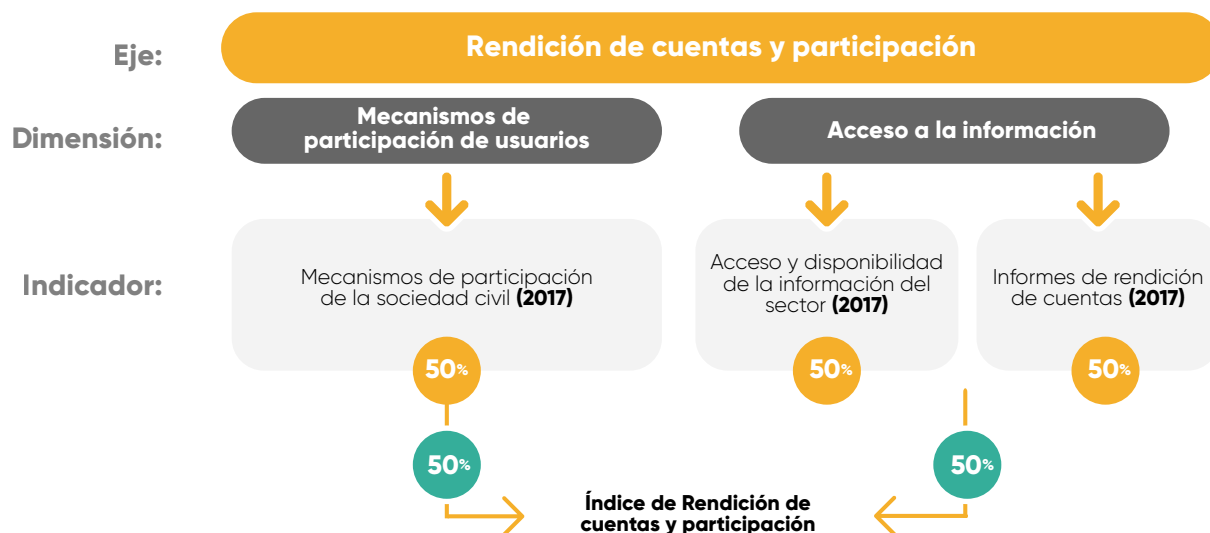
Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

3.4. Rendición de cuentas y participación

La rendición de cuentas y participación se refiere a el conjunto de medidas o unidades de sinergia que ofrecen los departamentos a sus habitantes, así se hace necesario la construcción de componentes que permitan considerar estas medidas. En este caso, se identifica una lista de verificación, a partir de fuentes de información y documentos públicos, la cual permite agrupar algunos de los aspectos más importantes para este eje.

La investigación realizada permitió identificar dos dimensiones para aclarar como es el comportamiento de la rendición de las entidades territoriales en los mecanismos de participación y el acceso a la información. Para la medición, fue necesario el diseño de un instrumento de verificación el cual consiste en un protocolo de preguntas de diferentes temáticas las cuales y que deben tener respuestas en los medios de comunicación oficiales de cada departamento. La estructura de este eje esta descrita en la Figura 13. [Ver figura 13](#)

Figura 13. Rendición de Cuentas y Participación



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

Mecanismos de participación de usuarios

La medición de la dimensión está asociada al indicador de mecanismos de participación de la sociedad civil, el cual está compuesto por los siguientes tópicos: participación social en diseño de planes de desarrollo, participación social en el diseño de planes territoriales de salud, canales de información y comunicación para preguntas, quejas y reclamos de los usuarios, informes de gestión de las PQRS, mecanismos de participación social y portal web Secretaría Departamental de Salud.

El protocolo de investigación funciona como una lista de verificación para mecanismos de participación de la sociedad civil, está compuesta por preguntas de tipo dicotómico (SI/NO), en temas de importancia identificados a partir de:

Pregunta 1: ¿En el Plan de Desarrollo Departamental/Territorial participaron actores de la comunidad, sociedad civil, ligas de usuarios?

Pregunta 2: ¿En el Plan Departamental/Territorial de Salud participaron actores de la comunidad, sociedad civil, ligas de usuarios, etc.?

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

Acceso a la información

Esta dimensión está compuesta por dos indicadores el i) Acceso y disponibilidad de la información del sector y ii) Informes de rendición de cuentas, los cuales están compuestos por: repositorios de datos, sistema de indicadores, sistemas de monitoreo, observatorios e informes de rendición de cuentas.

A continuación, se presenta el listado de preguntas dicotómicas, para cada indicador que permiten cuantificar las temáticas mayor impacto en el acceso a la información.

i. Acceso y disponibilidad de la información del sector

- Pregunta 1:** ¿Existe algún repositorio de datos del departamento? (usualmente a partir del buscador de la página filtrar por palabra clave y direcciona al repositorio de datos).
- Pregunta 2:** ¿Existe información del departamento en el Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social? transparencia, anti-trámites, corrupción en salud.
- Pregunta 3:** ¿Existen observatorios de transparencia, prevención del abuso, fraude y corrupción en salud, etc.?
- Pregunta 4:** ¿Existen sistemas de monitoreo transparencia, prevención del abuso, fraude y corrupción en salud, etc.?
- Pregunta 5:** ¿Existen indicadores, datos o información sobre transparencia en el sector salud (sobre IPS, EPS, ESE)?

Pregunta 6: ¿Existen indicadores de procesos o estadísticas de salud del departamento? Ejemplo ASIS publicados

ii. Informes de rendición de cuentas

Pregunta 1: ¿Existen informes de gestión, informe de avances, resultados, informes de actividades y acciones implementadas en salud?

Pregunta 2: ¿Existe información de medicamentos, dispositivos e insumos adquiridos mediante compras del ente territorial?

Pregunta 3: ¿Existen informes de estados financieros, ejecución presupuestal, plan de compras y adquisiciones?

Pregunta 4: ¿Existe información sobre tramites/anti-trámites que faciliten la interacción de los usuarios con el departamento?

Pregunta 5: ¿Existen directorios de la secretaria de salud? ¿Se encuentran actualizados? (Verificar al menos dos al azar)

Finalmente, el puntaje de cada indicador se calcula como la sumatoria de las respuestas afirmativas, para cada pregunta, al interior de cada indicador; la dimensión de acceso a la información se calcula como un promedio simple de sus dos indicadores y la dimensión de mecanismos es equivalente a su único indicador (Figura 12). Así, el cálculo del índice de Rendición de cuentas y participación es un promedio simple entre sus dos dimensiones, como ejemplo se calcula el índice para el departamento de Putumayo. (Figura 14). [Ver figura 14](#)

Figura 14. Cálculo para la Rendición de Cuentas y Participación, ejemplo departamento de Putumayo.

Putumayo	Mecanismos de participación de usuarios		Acceso a la información
	Mecanismos de participación de la sociedad civil (2017)	Acceso y disponibilidad de la información del sector (2017)	Informes de rendición de cuentas (2017)
Total respuestas afirmativas	5	2	4
Valor estandarizado del indicador	80	25	80
Cálculo de la dimensión	$25 \cdot 0.5 + 25 \cdot 0.5 = 52.5$		

Índice de Desempeño institucional = $80 \cdot 0.5 + 52.2 \cdot 0.5 = 66$

Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

3.5. Gobernanza

El eje de gobernanza se mide bajo la dimensión de políticas, planes y proyectos anticorrupción en salud, y sistemas de seguimiento a actores del sistema de salud, el indicador de Políticas y planes de transparencia y acciones anticorrupción, que según la normativa colombiana, se identifican en el Plan de Desarrollo Departamental/Territorial, el Plan Territorial de Salud, el plan de acción y el plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o transparencia, sistemas de seguimiento a actores, documentos que den cuenta de los principales intereses y preocupaciones de las estrategias del gobierno departamental, los cuales establecen una guía de medición para la gobernanza departamental. La estructura de este eje se encuentra en la Figura 15. [Ver figura 15](#)

El indicador de políticas y planes de transparencia y acciones anticorrupción, verifica las políticas registradas en cada uno de los cuatro planes de interés, confirman el acceso, la disponibilidad y el contenido, en los cuales se busca si tienen objetivos, metas, estrategias o líneas de acción dedicadas a la salud. Se suman las respuestas afirmativas de cada elemento de la siguiente lista de comprobación:

Departamento

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

Figura 15. Gobernanza



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

Plan de Desarrollo Departamental/Territorial

Pregunta 2: ¿Es público el Plan de Desarrollo Departamental/Territorial?

Pregunta 3: ¿Corresponde al período actual de gobierno? (a partir de 2016 en adelante).

Pregunta 4: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la salud.

Pregunta 5: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, abuso, fraude y recobros.

Plan Territorial de Salud

Pregunta 1: ¿Es público el Plan Territorial de Salud?

Pregunta 2: ¿Corresponde al período actual de gobierno? (se definió a partir de 2016 en adelante).

Pregunta 3: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, y agregar seguimiento y calidad de los actores del SGSSS, en particular a nivel territorial.

Plan de acción

Pregunta 1: ¿Es público el Plan de acción?

Pregunta 2: ¿Corresponde al período actual de gobierno? (a partir de 2016 en adelante).

Pregunta 3: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la salud.

Pregunta 4: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a la lucha contra la corrupción, anticorrupción, transparencia, abuso, fraude y recobros.

Plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o Transparencia

Pregunta 1: ¿Es público el plan de anticorrupción, lucha contra la corrupción o Transparencia?

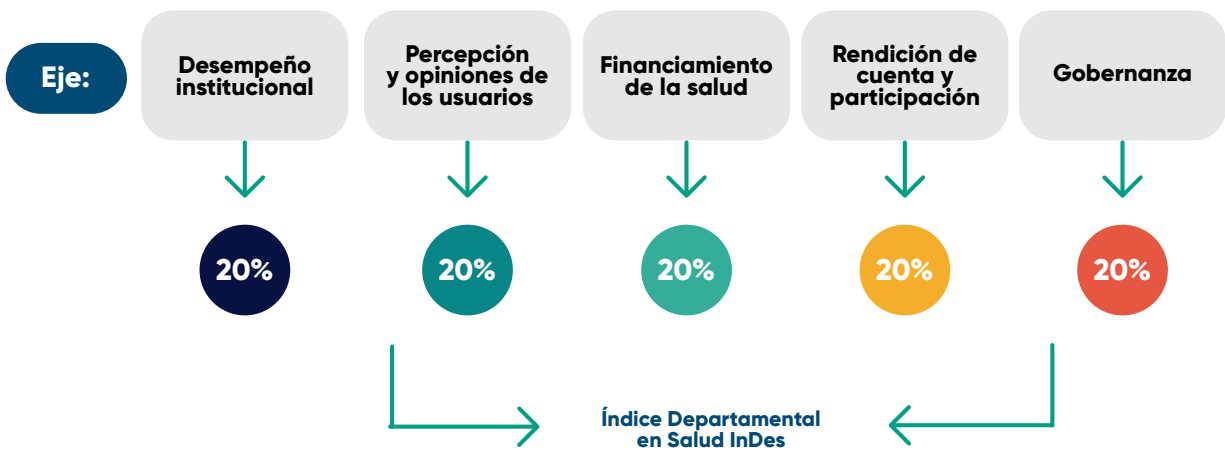
Pregunta 2: ¿Corresponde al período actual de gobierno? (a partir de 2016 en adelante).

Pregunta 3: Verificar si tiene objetivos, metas, estrategias, líneas de acción dedicadas a acciones del dentro del sector salud.

3.6. Estimación InDes

El cálculo final del InDes corresponde al promedio simple de los valores estimados en los cinco ejes temáticos. Esto equivale a decir que cada uno de los ejes tiene el mismo peso o importancia relativa en el Índice (20%). La figura 16 a continuación describe este procedimiento de cálculo de la medida resumen.

Figura 16. Índice de Departamental en Salud



Fuente: Profamilia y Así Vamos en Salud. Guía Metodológica para la Medición del Índice Departamental en Salud InDes. Bogotá, D.C. 2019. DOI: 10.13140/RG.2.210480.71681

**TRANSFERENCIA Y APROPIACIÓN
DE CONOCIMIENTO**

4

4. Transferencia y apropiación de conocimiento

En el cálculo del Índice InDes en Salud se elaboraron dos documentos: la presente Guía Metodológica y un Informe de los resultados que identifica los ejes y dimensiones que las instituciones del sector deben fortalecer en en la búsqueda de un mejor desempeño de la salud a nivel territorial.

En un primer momento, se socializarán los resultados ante los actores del sistema de salud de orden nacional: MSPS, Organizaciones que recaudan los recursos; prestadores de servicios de saludw, Administradores y ejecutores de servicios y usuarios. Se espera en esta presentación abrir el debate sobre la necesidad del fortalecimiento y restructuración de acciones para fortalecer el desempeño del sistema de salud a nivel territorial.

Con la difusión a nivel nacional de esta Guía Metodológica y del Informe de resultados, que proporcionan herramientas metodológicas y entregan evidencia relevante y oportuna para el cambio de gobierno, se espera promover la trazabilidad al indicador y abrir la posibilidad de nuevos cálculos contribuyendo a la generación de nuevas herramientas y conocimiento que permitan a los territorios mayor eficiencia y transparencia en salud.

Referencias Bibliográficas

- Así vamos en Salud. (2016). El índice AVS. Bogotá. Obtenido de nota metodológica.
- Hussmann, K., & Rivillas, J. (2014). Financial Blood-letting in the Colombian Health System: Analysis of the Systemic Rent-seeking in the Use of a Health Insurance Fund. En T. soroide, & A. Williams, Corruption, grabbing and development: real world challenges (pág. 115).
- Icesi. (Marzo de 2017). Cuestión Salud. Proesa(15). Obtenido de <https://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Cuestion-Salud-15.pdf>
- Internacional, T. (2006). Informe Global de la Corrupción: Corrupción y Salud. 194.
- Lizcano, J. (2013). El valor de la transparencia en las instituciones públicas y las empresas. Revista de contabilidad y Dirección, 16, 109-125. Recuperado el 23 de Julio de 2018, de http://www.accid.org/revista/documents/El_valor_de_la_transparencia_de_las_institucion.pdf
- MSPS. (2018). Sistema Integral de la Protección Social. Obtenido de <http://www.sispro.gov.co/>
- OEA. (2011). Desigualdad e Inclusión Social en las Américas. Obtenido de <https://www.oas.org/docs/desigualdad/libro-desigualdad.pdf>
- ONU. (2006). Informe de Desarrollo Humano. Obtenido de http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2006_es_completo.pdf
- Perramón, J. (2013). La transparencia: concepto, evolución y retos actuales. Revista de Contabilidad y Dirección, 16, 11-27. Obtenido de http://www.accid.org/revista/documents/La_transparencia._Concepto,_evolucion_y_retos_actuales.pdf
- Prada, S. (28 de Diciembre de 2017). Salud y transparencia. El Mundo. Obtenido de <http://www.elmundo.com/noticia/Salud-y-transparencia/365060>
- Transparencia por Colombia. (2018). Índice de transparencia de las entidades públicas. Obtenido de <http://indicedetransparencia.org.co/QueEs>
- Transparency Internacional y BID. (Julio de 2007). Informe global de la corrupción: corrupción y salud. Recuperado el Julio de 2018, de Edición 2006: <https://publications.iadb.org/handle/11319/234>
- Transparency International. (2017). Corruption Perceptions Index . Obtenido de <https://www.transparency.org/research/cpi/overview>
- UNDP. (Septiembre de 2008). A Users' Guide to Measuring Corruption. Obtenido de <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/anti-corruption/a-users-guide-to-measuring-corruption.html>
- World Bank. (2017). Worldwide Governace Indicators. Obtenido de <http://info.worldbank.org/governance/wgi/#doc>