

PRIMER RANKING DE LAS ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL DISTRITO CAPITAL

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA
*Magíster en Administración en Salud
Directora de Aseguramiento.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*

SANDRA PATRICIA CHARRY ROJAS
*Especialista en Gerencia de Servicios de Salud
Profesional Especializado Área Garantía de Calidad*

HERNÁN DARÍO MAILLANE RAMÍREZ
Jefe Área Garantía de Calidad

CORRESPONDENCIA

Sandra Patricia Charry Rojas
Correo electrónico: spcharry@saludcapital.gov.co
Calle 13 No. 32-69 - Bogotá - Teléfono: 363 93 93 Ext. 9779
Hernán Darío Maillane Ramírez
Correo electrónico: hdmaillane@saludcapital.gov.co
Calle 13 No. 32-69 - Bogotá - Teléfono: 363 90 90 Ext. 9779

RESUMEN

ANTECEDENTES

El ranking de administradoras del régimen subsidiado (ARS) en Bogotá es una clasificación de las empresas contratadas por la Secretaría Distrital de Salud para administrar los recursos del régimen subsidiado, con base en unos parámetros que identifican la gestión de cada una de las ARS.

OBJETIVO

Brindar al usuario información objetiva acerca del funcionamiento de las ARS, con el fin de orientarlo en el proceso de libre elección de la entidad que le garantizará los servicios de salud.

MÉTODO

Esta clasificación se realiza con base en dos evaluaciones: una cuantitativa mediante la calificación objetiva de información que sistemáticamente se recoge de aspectos críticos considerados como trazadores de la gestión de las ARS, y una cualitativa, que las valora a partir de las opiniones y percepciones que las ESE tienen en aspectos claves de su relación contractual.

RESULTADOS

En la evaluación cuantitativa se destaca Cafam, con una calificación de 9,17 puntos, seguida por la ARS Ecoopsos con 8,67 puntos. Las ARS que obtuvieron el menor puntaje, en su orden, son: Comfenalco, Mutual Ser y Caprecom.

En la evaluación cualitativa se evidencia una alta inconformidad de las Empresas Sociales del Estado sobre el desempeño de las ARS, en desarrollo de sus relaciones de negocio. Las administradoras que generan mayores niveles de satisfacción a las ESE son en su orden: Ecoopsos, Cajasalud y Cafam, que obtuvieron puntajes superiores a 5,5. Las que generan mayor insatisfacción son en su orden: Salud Vida, Caprecom, Salud Total y Pijao, que obtuvieron puntajes inferiores a 4,5.

CONCLUSIONES

En general se observan avances en aspectos administrativos como entrega del carné y presentación de novedades. Sin embargo hay un deficiente manejo en la revisión de cuentas médicas y procesos de auditoría.

PALABRAS CLAVE

Ranking, ARS, libre elección, calidad, cuantitativa, cualitativa.

INTRODUCCIÓN

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en cumplimiento de sus funciones de dirección, planificación, orientación, coordinación y control de la gestión del sistema, y en el marco de políticas, planes, programas y proyectos del nivel nacional y distrital, tiene como misión crear las condiciones de acceso universal de la población al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), gerenciar el régimen subsidiado, garantizar atención en salud a la población pobre y vulnerable, evaluar el proceso de garantía de la calidad del aseguramiento y garantizar el plan de atención básica.

La capital representa el 15,01% (6'573.291/43'771.178)¹ de la población nacional. A diciembre de 2.001, el 87%² de la población bogotana se encontraba afiliada al sistema general de seguridad social en salud, más del doble de lo observado a nivel nacional.

Al régimen contributivo estaban afiliadas 4'504.608 personas a través de las diferentes EPS, lo que representa el 26,6% del total de la población afiliada en el país, de los cuales el 41,5% son cotizantes y el 58,5% beneficiarios. Este dato no representa los afiliados que a la fecha de corte compensaban al sistema, pues algunas bases de datos incluyen población afiliada de otros departamentos y continúan activas personas que alguna vez cotizaron.

¹ DANE proyección población nacional para el 2001.

² Boletín estadístico Secretaría Distrital de Salud No. 1. Afiliados al régimen subsidiado, diciembre de 2001, 1'216.970 personas.

Al régimen subsidiado se encuentran afiliadas 1'216.970 personas. El Distrito tiene el mayor número de afiliados, seguido por Antioquia, Córdoba y Valle.

Desde 1996 hasta 30 de septiembre de 2002, en Bogotá han administrado recursos del régimen subsidiado 33 empresas, de las cuales 39,3% (13/33) fueron revocadas por la Superintendencia Nacional de Salud, 15,5% (5/33) decidieron voluntariamente no continuar administrando estos recursos y al 3% (1/33) de ellas la dirección del sistema les declaró caducidad por incumplimiento contractual.

Durante el 2001 ingresaron cinco ARS: Comparta, Coosalud, Salud Vida, Salud Cóndor y Pijao.

Las entidades que actualmente administran el Régimen Subsidiado están distribuidas por tipo de naturaleza jurídica, así:

TABLA I
CLASIFICACIÓN DE ARS SEGÚN NATURALEZA JURÍDICA
BOGOTÁ, OCTUBRE DE 2002

Entidades promotoras de salud	Caprecom, Humana Vivir, Salud Total, Salud Vida, Salud Cóndor, Solsalud
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	Cafam, Cajasalud, Comfenalco
Empresas solidarias (ESS)	Coosalud, Ecoopsos, Mutual Ser, Comparta
Entidad promotora de salud indígena (EPS)	Pijao Salud

Con la implementación del ranking de las administradoras del régimen subsidiado, se pretende que el usuario conozca el desarrollo y comportamiento de las diferentes administradoras del régimen subsidiado que funcionan en el Distrito Capital, por medio de información completa que les permita ejercer de manera objetiva, autónoma y consciente su derecho a la libre elección.

MARCO DE REFERENCIA

El sistema general de seguridad social en salud en Colombia se basa en el principio de administración del riesgo mediante un esquema de aseguramiento con financiación mixta y manejo de recursos delegados a terceros, que busca garantizar el acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud en condiciones de equidad, eficiencia y calidad.

La ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema integral de seguridad social, en el capítulo correspondiente al sistema general de seguridad social en salud, en cuanto a las funciones del Ministerio de Salud, ratifica la función de regulación relacionada con la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

Con la expedición de la ley 100 de 1993, pudiera interpretarse que con relación al aseguramiento y a la prestación de servicios de salud, se trata de un sistema de libre mercado y que la competencia entre los actores se fundamenta en la calidad de los servicios prestados, buscando la satisfacción de los usuarios.

Igualmente, la norma busca aportar a todos los actores del sistema, especialmente los usuarios, información suficiente, oportuna y confiable sobre el funcionamiento de las entidades y que les permita ejercer su derecho de libre escogencia de la entidad aseguradora, así como de la entidad prestadora de servicios de salud.

CALIDAD

La calidad no tiene relación alguna con lo brillante o resplandeciente que sea algo ni con su costo o con la cantidad de características y artículos que pueda tener. El cliente que adquiere un producto o que utiliza servicios de salud tiene en mente ciertas necesidades y expectativas.

Por lo tanto, la calidad se relaciona con la percepción del cliente. Los clientes comparan el desempeño real del producto o la experiencia del servicio total con su propio conjunto de expectativas y se forman un juicio que rara vez es neutro. El producto o servicio recibe la aprobación o el

rechazo. Por consiguiente, la definición básica de calidad es: "la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables".

CALIDAD EN SALUD

Se puede definir como el "conjunto de características administrativas, técnicas, científicas, humanas y de servicio, que deben tener los servicios de salud para alcanzar los efectos deseados, en términos de la satisfacción de las necesidades y de las expectativas del usuario (cliente) y de los proveedores (prestadores) (!).

Puede decirse que desde el ámbito de las empresas de salud, la calidad es la satisfacción total de las necesidades y expectativas razonables de los clientes de la entidad, o sea, entre otros, de los afiliados a las instituciones, de los beneficiarios de los servicios, de los enfermos, de los contratistas de servicios, de los proveedores de insumos y equipos, de los profesionales, de los técnicos y de los auxiliares que brindan la atención, de los empleados y de sus familias y, en general, de la comunidad.

ATRIBUTOS DE LA CALIDAD EN SALUD

En la evaluación de la calidad de la atención en salud es importante tener en cuenta, como referencia fundamental, los atributos que caracterizan una buena atención de la salud dentro de los cuales se destacan:

- a) Oportunidad: corresponde a la satisfacción de las necesidades de salud en el momento requerido, utilizando los recursos apropiados de acuerdo con las características y severidad de cada caso (Malagón).
- b) Satisfacción del usuario y el proveedor: complacencia del usuario con la atención recibida, con los prestadores de los servicios y con los resultados de la atención. Asimismo, la satisfacción de los proveedores con las condiciones laborales y el medio ambiente en el cual se desempeñan.
- c) Accesibilidad: corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario. Entendida como la posibilidad real de uso del servicio por parte de la población, medida en aspectos como la distancia física existente del servicio a las viviendas, el tiempo que se requiere para llegar, la capacidad económica de la población, la situación

organizacional que le permita a la población acudir a los servicios -por ejemplo- en los horarios establecidos por la institución y la situación cultural, por la cual -por ejemplo- los trabajadores del establecimiento hablan el idioma del lugar.

- d) Pertinencia: razonabilidad en el proceso de atención al usuario relacionado con las conductas terapéuticas y clínicas que se ajustan a un objetivo razonable.
- e) Seguridad: se concibe como la certeza de que la aplicación de los conocimientos se hace por personas con formación adecuada y de que las tecnologías que se utilizan tienen los menores riesgos posibles para los clientes.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Apunta al incremento de la calidad y a promover estándares mediante la resolución continua de problemas y el mejoramiento de procesos.

El mejoramiento de la calidad (MC) es una idea revolucionaria en el campo de la salud. La idea es elevar el nivel de atención, independientemente de cuán bueno sea actualmente, mediante una búsqueda continua para mejorar. El MC solicita que los gerentes, prestadores de servicios y demás miembros del personal no sólo cumplan con los estándares sino que los excedan para elevar las normas.

PARTICIPACIÓN SOCIAL

El sistema general de seguridad social en salud estimula la participación activa de sus usuarios en la organización y control de las instituciones responsables, a través de los mecanismos establecidos en el Decreto 1757 de 1994, así como la participación de la comunidad ejerciendo la veeduría ciudadana.

La participación social no es un componente secundario y operativo: tiene implicaciones de política en la medida que dota de transparencia a las decisiones públicas y construye consensos para la expresión de la negociación de los conflictos.

La participación cumple un papel importante en el objetivo de construir ciudadanía, permitiendo a los sectores más pobres tomar las riendas de las decisiones que influyen en su propia vida, al tiempo que se informan de la oferta de políticas sociales, facilitando de esa manera una mejor vinculación a la oferta social general del Estado (5).

CONTROL SOCIAL (5)

Es el derecho a la participación informada en la gestión pública de los ciudadanos (beneficiarios o no, organizados o no) y del conjunto de la sociedad civil, para garantizar tanto el cumplimiento de la función social del Estado, como el de sus propias organizaciones.

No se encuentran en la literatura del país experiencias similares relacionadas con valorar y clasificar las administradoras del régimen subsidiado de acuerdo con su funcionamiento y a la percepción de los prestadores y sus afiliados.

DESCRIPCIÓN

El ranking de administradoras del régimen subsidiado en Bogotá es una clasificación de las empresas contratadas por la Secretaría Distrital de Salud, cuyo objetivo es brindar al usuario información objetiva acerca del funcionamiento de éstas, con el fin de orientarlo en el proceso de libre elección de la entidad que le garantizará los servicios de salud.

JUSTIFICACIÓN

El concepto de calidad en el contexto del nuevo modelo económico social de alta relación costo-beneficio, en un mundo de acciones globales e interdependientes, ha pasado a jugar un rol decisivo, no solamente en el ámbito de la productividad primaria sino también en la de servicios.

En todo caso, la información completa y simétrica sobre los atributos del servicio es necesaria para la generación de relaciones transparentes entre los proveedores y usuarios, de tal forma que se minimice el riesgo de proveer o solicitar un servicio de mala calidad. Esta condición es especialmente crítica en un modelo "ideal" de aseguramiento que tienda a lograr con eficiencia y costo-beneficio, satisfacción de los usuarios.

En este argumento se sustenta la propuesta de realizar una valoración cualitativa y cuantitativa que ofrezca al usuario, fin último del modelo de aseguramiento existente, parámetros de comparación válidos y suficientes para elegir la entidad que le asegure su riesgo en salud y le garantice la prestación efectiva y con calidad de los servicios de salud.

Esta valoración debe estar fundamentada en parámetros que se consideren representativos de una gestión dirigida a la excelencia, diseñada en forma sencilla y que permita la comparación e interpretación no sólo por los funcionarios de las administradoras sino principalmente por la población general.

En este sentido, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá pretende implementar un ranking de las administradoras del régimen subsidiado basado en la información generada por estas empresas y sus operadores, así como del análisis de las percepciones que las empresas sociales del Estado tienen sobre su gestión.

En forma general, se pretende dar elementos a la Secretaría Distrital de Salud para evaluar el comportamiento de las ARS con las que suscribe contrato con el fin de mejorar el funcionamiento del régimen subsidiado en la ciudad y especialmente garantizar el ejercicio de los derechos de los usuarios.

De manera particular se pretende suministrar información relevante y práctica para orientar a los usuarios en el proceso de libre elección y traslado de administradoras del régimen subsidiado que además permita ejercer a los ciudadanos un control social sobre el funcionamiento de las administradoras, la libre y sana competencia entre éstas, así como el mejoramiento continuo de las entidades, garantizando la prestación de servicios con calidad a los afiliados al régimen subsidiado en el Distrito Capital.

OBJETIVOS

- Orientar a la población beneficiaria del régimen subsidiado de Bogotá, en el proceso de libre elección y traslado de administradoras, mediante la provisión de información transparente, relevante y práctica sobre su gestión.
- Permitir a la ciudadanía en general, ejercer un control social sobre el funcionamiento de las administradoras del régimen subsidiado y favorecer la consolidación del SGSSS en Bogotá.

METODOLOGÍA

Para el cumplimiento de los objetivos, se diseñó una metodología que consta de dos componentes, los cuales comparten el mismo propósito pero se diferencian en las fuentes, formas de recolección de la información, análisis e interpretación.

El primer componente valora las administradoras del régimen subsidiado que funcionan en Bogotá, mediante la calificación objetiva de información que sistemáticamente se recoge de aspectos críticos considerados como trazadores de su gestión.

El segundo componente las valora a partir de las opiniones y percepciones que las ESE tienen en aspectos claves de su relación contractual. Esta información es esencialmente cualitativa.

Componente cuantitativo

Se conformó un grupo de trabajo integrado por funcionarios relacionados con aseguramiento, atención al usuario y participación social de la Secretaría Distrital de Salud, quienes con base en la experiencia y funcionamiento del régimen subsidiado en los siete años de implementación, definieron los aspectos trazadores, criterios e indicadores a ser usados en la valoración.

La unidad de análisis son las ARS con los siguientes períodos de corte para la valoración de cada parámetro:

Parámetro	Periodo evaluado
Carnetización	Corte 31 de mayo de 2002 y 31 de agosto de 2002
Novedades	Corte 31 de agosto de 2002
Oportunidad en la prestación de servicios de salud	Corte 30 de junio de 2002
Servicio de atención al usuario	Corte 30 de junio de 2002
Legitimidad de los espacios de participación social	Corte 30 de septiembre de 2002

Inicialmente, para obtener el ranking se recodificaron los porcentajes obtenidos en cada una de las áreas evaluadas según los niveles de gestión en 1, 2 y 3 como aparece en la matriz de valoración, los cuales fueron finalmente ponderados equitativamente por áreas de gestión para obtener el puntaje en la escala 1-10.

La matriz de valoración cuantitativa muestra los componentes de la valoración cuantitativa, así como los trazadores definidos, los rangos y la calificación asignada a cada uno de éstos.

La fuente de información son los informes presentados por las firmas interventoras contratadas por la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital de Salud para adelantar la interventoría técnica, administrativa, financiera y contable de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado suscritos por el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud con las administradoras del régimen subsidiado, quienes reportan la información mensual y trimestralmente.

La fuente de información para la valoración del parámetro de participación social son los informes trimestrales de gestión presentados por las oficinas de participación social de las ARS a la Secretaría Distrital de Salud.

TABLA 2
MATRIZ DE VALORACIÓN CUANTITATIVA

Componente	Trazador	Rango	Calificación
Afiliación	Carnetización	91-100%	3
		80-90%	2
		≤79%	1
	Novedades	91-100%	3
		61-90%	2
		≤60%	1
Prestación de servicios	Oportunidad en la atención	Inmediata - 1,5 días	3
		1,6 - 3 días	2
		>3 días	1
Servicios de atención al usuario	Resolución de peticiones, quejas y reclamos de acuerdo con los requerimientos de ley	91-100%	3
		81-90%	2
		≤80%	1
Legitimidad de los espacios de participación social	Impacto de la presentación de propuestas viables a la ARS por parte de la Asociación de Usuarios	81-100%	3
		61-80%	2
		≤60%	1

Dado que las ARS Coomeva, Cafesalud y Asfamilias no se encuentran actualmente en el mercado, no son objeto de análisis, al igual que Comparta y Salud Cóndor por su reciente ingreso al mercado no cumplen con los criterios para ser comparadas con las demás ARS.

Parámetros de evaluación

Carnetización: se entiende por carnetización de afiliados la entrega física del carné por parte de la ARS a la población afiliada al Régimen subsidiado.

Todos los afiliados al régimen subsidiado dispondrán del carné de afiliación que expidan y entreguen las administradoras del régimen subsidiado, documento que permite identificarlos como beneficiarios del subsidio.

Para la atención en salud, las Instituciones prestadoras de servicios de salud exigen a los afiliados al régimen subsidiado la presentación del carné, aunque el no tener el carné no puede convertirse en barrera de acceso para los afiliados.

Desde el inicio del régimen subsidiado la carnetización fue considerada como el instrumento más adecuado para la acreditación de los derechos de afiliado al régimen subsidiado. Por esta razón, se determinó que las ARS tienen la obligación de carnetizar a todos los afiliados contratados y el hecho de no carnetizar genera el no pago de la unidad de pago por capitalización subsidiada correspondiente.

La evaluación de la variable carnetización es importante en la medida que determina el número de afiliados que efectivamente están en disponibilidad de demandar servicios de salud, aunque debe anotarse que este procedimiento, si bien depende de la ARS, también se ve afectado por muchas circunstancias, como la movilidad misma de los afiliados, las cuales se escapan al control de las propias administradoras.

Es de esperarse que la carnetización no sea del 100% y de hecho resultaría bastante atípico este porcentaje de carnetización, de modo que la fórmula de entregar la UPC-S según el número de carnetizados garantiza la utilización adecuada de los recursos y estimula a las administradoras a desarrollar este proceso que además permite saber que efectivamente el afiliado puede hacer uso de sus derechos.

El lapso de carnetización evaluado corresponde, para las siguientes ARS, al periodo de contratación comprendido entre el 1º de abril de 2001 y el 31 de mayo de 2002: Cajasalud, Comfenalco, Solsalud, Salud Total, Cafam, Caprecom, Ecoopsos, Humana Vivir y Mutual Ser.

Para las ARS Salud Vida, Coosalud y Pijao se tomó la información correspondiente al periodo de contratación 1º octubre 2001-30 septiembre 2002.

Para la medición de la variable se definió el siguiente indicador:
Proporción de afiliados carnetizados

$$\frac{\text{Nº afiliados carnetizados por ARS} \times 100}{\text{Total afiliados por ARS}}$$

Novedades: con el fin de mantenerse actualizada la base de datos del régimen subsidiado se estableció un proceso dinámico, ágil y oportuno que refleja la realidad y los cambios que día a día registran las administradoras del régimen subsidiado, mediante la modificación por actualización de información del núcleo del afiliado, entrega del carné, ingresos por nacimientos (normales y extemporáneos), reporte de certificados de desafiliación al régimen contributivo, retiros por fallecimiento, traslado al régimen contributivo, traslado de territorio, traslado a otra ARS, así como por el resultado del proceso que se lleva a cabo cuando se detectan duplicados.

Se entiende por novedades el trámite que se realiza con el fin de adicionar, modificar o inactivar registros de la base de datos, de conformidad con la normatividad vigente.

Para esta variable, teniendo en cuenta que la calidad de la información y reporte de novedades incide directamente en los registros de la base de datos y por ende en la identificación, acceso y prestación de servicios a los afiliados al régimen subsidiado, se definió el siguiente indicador:

$$\frac{\text{Nº novedades avaladas por la firma interventora} \times 100}{\text{Total de novedades presentadas por la ARS}}$$

Oportunidad en la prestación de servicios: se define la oportunidad como la capacidad de satisfacer las necesidades de salud del usuario en el momento que requiere el servicio.

Se midió teniendo en cuenta el tiempo de espera en días entre la solicitud de la cita y la asignación de la misma. Como servicio trazador se definió la consulta médica general; este servicio es considerado como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el SGSSS.

El estándar establecido por la Secretaría Distrital de Salud para este servicio está entre inmediato y 1,5 días, de manera que toda atención que se realice por encima de este tiempo no es oportuna.

Indicador: tiempo de respuesta consulta médica general

Fecha de asignación de la cita –Fecha de la solicitud

Resolución de peticiones, quejas y reclamos de acuerdo con los requerimientos de ley: la evaluación del trámite efectivo de las peticiones, quejas y reclamos presentados por los usuarios, permite evidenciar el desempeño de la ARS en la búsqueda de garantizar la prestación de los servicios de salud con criterios de calidad a sus afiliados; adicionalmente, provee información fundamental para la toma de decisiones y el mejoramiento continuo de los procesos de la administradora.

El indicador definido para la evaluación de esta variable es % de peticiones, quejas y reclamos recibidas, tramitados y con cierre.

$$\frac{\text{Nº peticiones, quejas y reclamos recibidas, tramitadas y con cierre} \times 100}{\text{Nº peticiones, quejas y reclamos recibidas}}$$

Legitimidad de los procesos de participación social: las administradoras del régimen subsidiado deben garantizar y facilitar la participación ciudadana, comunitaria y social, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, para lo cual deben desarrollar acciones en torno a la creación y fortalecimiento de los mecanismos y espacios de participación social, como la asociación de usuarios y el comité técnico científico, buscando que estos espacios cumplan efectivamente con el objetivo para el cual fueron creados a fin de convertirse en una herramienta para la ARS que le permita mejorarlos servicios de salud que ofrece a través de su red de prestadores.

Se midió el resultado de la presentación de propuestas viables a la ARS por parte de la asociación de usuarios, a través del siguiente indicador:

$$\frac{\text{Nº de propuestas o iniciativas atendidas por la ARS para mejoramiento de servicios} \times 100}{\begin{matrix} \text{Nº propuestas o iniciativas presentadas por la asociación de usuarios} \\ \text{para mejoramiento de los servicios} \end{matrix}}$$

Componente cualitativo

Para este componente se tomó como documento marco la tercera encuesta de percepción de las IPS sobre las EPS diseñada por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, previa autorización de su uso y ajuste.

La versión original de la encuesta consta de 25 preguntas que indagan aspectos relacionados con contratación, pagos, comunicación e información, auditoría, urgencias y confianza.

Se realizaron ajustes con el propósito de atender el desarrollo y características propias del régimen subsidiado en Bogotá.

El formulario ajustado está constituido por seis secciones y veinte preguntas, así:

TABLA 3
MATRIZ DE EVALUACIÓN CUALITATIVA POR ÁREAS

Área	Pregunta
1. Contratación	1.1 ¿Existe claridad en los términos de contratación que se establecen con la ARS? 1.2 ¿Se dan las condiciones para la negociación de los términos del contrato con la ARS? 1.3 ¿Están definidas en el contrato las condiciones de pago? 1.4 ¿La condición de pago se ajusta a lo estipulado en la norma?
2. Pagos	2.1 ¿A cuantos días calendario ha pactado pagos? 2.2. ¿La ARS efectúa los pagos de acuerdo con lo pactado en el contrato? 2.3. ¿Se han acordado mecanismos para dirimir diferencias en los conceptos de glosas? 2.4. ¿Cuál es el porcentaje que glosa la ARS con respecto al monto de la facturación? 2.5 ¿Qué porcentaje de las glosas es justificado? 2.6. Registre el número de días calendario promedio que cursan desde la radicación de una cuenta hasta el pago por parte de la ARS. 2.7 ¿Se paga en los términos corrientes, establecidos en la norma, la parte de la factura no glosada? 2.8. ¿Qué número de días hábiles en promedio se toma la ARS para la revisión de cuentas antes de su radicación? 2.9. ¿Qué número de días se toma en promedio la ARS para informar las glosas a su institución a partir de la radicación de la cuenta?
3. Comunicación	3.1. ¿Existe facilidad para comunicarse con la ARS para autorizaciones y en caso de dudas? 3.2. ¿La ARS le da información oportuna sobre la condición del afiliado y sus derechos para la atención? 3.3. Actualiza la ARS mensualmente la base de datos sobre sus afiliados y los derechos para su atención?
4. Auditoría	4.1 ¿Se han acordado mecanismos de arbitramento para dirimir las diferencias resultantes de la auditoría?
5. Urgencias	5.1 ¿La ARS ha establecido los criterios para reconocer los casos de urgencia? 5.2 ¿Cuenta la ARS con servicio de autorizaciones las 24 horas del día?
6. Confianza	6.1 ¿Qué grado de confianza existe para realizar futuras contrataciones con esa ARS?

La fuente primaria de la información fueron todas las ESE adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

La unidad de análisis son las ARS con las que cada calificador tuvo contrato durante la vigencia 2001.

Para la captura de los datos se desarrolló un aplicativo en Epi-info y para su consolidación se diseñó un aplicativo en Excel.

Para el ranking se realizó un tratamiento estadístico básico, teniendo en cuenta la puntuación en cada ítem de cada uno de los calificadores y ponderando cada una de las variables que daban cuenta de los aspectos de interés.

DIFICULTADES

Durante el desarrollo del estudio se encontraron factores que dificultaron la recolección y análisis de la información, como la presencia de dos vigencias contractuales según la norma vigente, el retiro de ARS por decisión voluntaria y/o por revocatoria de la Superintendencia Nacional de Salud, el ingreso de nuevas ARS, la no respuesta de la encuesta por parte de cuatro hospitales y la no aplicación de la encuesta a las IPS de la red privada de las ARS, así como tener fechas de corte diferentes para el análisis de la información, por las razones anotadas anteriormente.

APRENDIZAJE

Los resultados permitieron a las ARS identificar los aspectos en los cuales debían implementar acciones o procesos de mejoramiento continuo con el fin último de brindar un mejor servicio a sus afiliados y contar con elementos que les permitan posicionarse y liderar la administración del régimen subsidiado en el Distrito Capital.

Permitió la evaluación y replanteamiento del modelo de interventoría, centrado en verificación y seguimiento a los aspectos críticos de la gestión de las ARS.

RESULTADOS

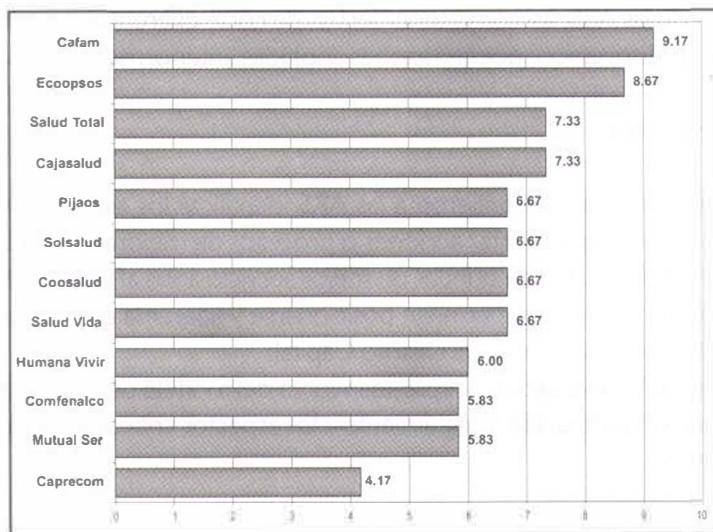
COMPONENTE DE VALORACIÓN CUANTITATIVA

La valoración se hizo sobre un total de doce administradoras del régimen subsidiado que para el periodo de observación tenían contratos de administración de recursos del régimen subsidiado vigentes.

Calificación general

La calificación de los parámetros de valoración definidos se presenta bajo la escala de 1-10, teniendo en cuenta los siete aspectos evaluados para las 12 ARS (carnetización, novedades, oportunidad en la atención, servicio de atención al usuario y legitimidad de los procesos de participación social) (Figura 1).

FIGURA 1
VALORACIÓN CUANTITATIVA DE LA GESTIÓN DE LAS ARS BOGOTÁ - 2002



En general se observa una variabilidad importante en los resultados con un nivel mínimo de 4,17 y un máximo de 9,17. El 33% de las ARS obtuvieron un puntaje mayor a 6,67.

Cafam obtuvo la mayor calificación con un total de 9,17 puntos en la escala de 1 a 10, destacándose en todas las áreas excepto en carnetización en la que presenta un porcentaje de carnetizados del 84%.

En segundo lugar se encuentra la ARS Ecoopsos con una calificación de 8,67, seguida de Salud Total y Cajasalud que ocupan el tercer lugar con 7,33 puntos.

Ecoopsos se destaca en las áreas de novedades, resolución efectiva de peticiones, quejas y reclamos y oportunidad en la atención. Su área más débil es carnetización en la que reporta un porcentaje de carnetizados del 78%.

Salud Total se destaca en las áreas de novedades, oportunidad en la atención, resolución de peticiones, quejas y reclamos y oportunidad en el pago a las IPS de su red de prestadores, siendo sus áreas más débiles carnetización y participación social.

Cajasalud se destaca en las áreas de novedades, resolución efectiva de peticiones, quejas y reclamos. Las áreas que reportan mayor dificultad son carnetización y participación social.

Las ARS Caprecom, Comfenalco y Mutual Ser, en su orden, son las de menor puntaje, con niveles inferiores a 6; para Caprecom todas las áreas fueron críticas. Para Mutual Ser todas las áreas fueron críticas, excepto oportunidad en la atención y para Comfenalco todas las áreas fueron críticas excepto novedades.

Las demás ARS obtuvieron puntajes entre 6 y 7.

COMPONENTE DE VALORACIÓN CUALITATIVA

Para este componente se recibió la calificación de 18 Empresas Sociales del Estado que fueron encuestadas.

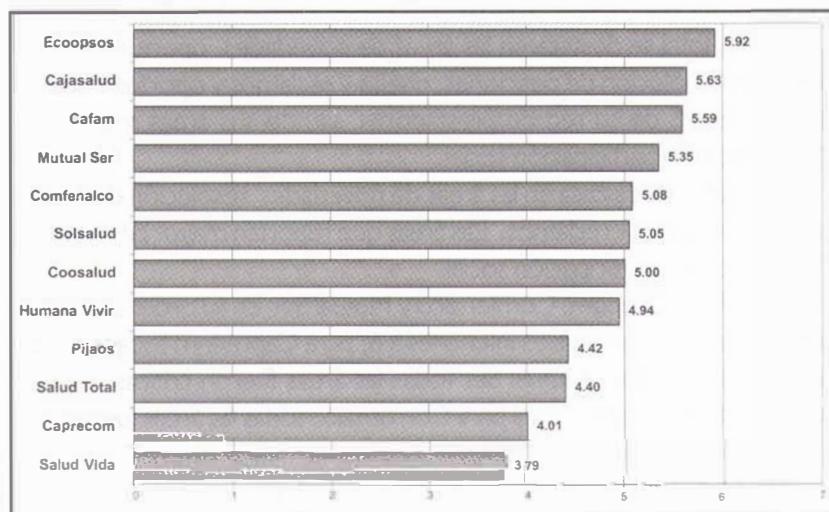
Valoración general

Se presenta la calificación general como un índice bajo la escala 1-10. Este índice obedece a una ponderación equitativa de cada uno de los seis factores analizados.

En general se evidencia una alta inconformidad de las Empresas Sociales del Estado sobre el desempeño de las ARS, en desarrollo de sus relaciones de negocio, especialmente en aspectos asociados a la cartera, glosas, oportunidad en los pagos, atención y reconocimiento de urgencias y mecanismos de arbitramento para dirimir las diferencias resultantes de la

auditoría. La calificación promedio llegó sólo al 4,93 en un rango que varió entre 3,79 y 5,92. El factor de mayor favorabilidad desde la percepción de las ESE tiene que ver con la claridad y condiciones como se definen los contratos. Por otro lado, a pesar de los bajos puntajes en todas las áreas, parece que aún prevalece una relativa confianza para realizar futuras contrataciones con algunas de las ARS.

FIGURA 2
VALORACIÓN CUALITATIVA DE LA GESTIÓN DE LAS ARS, BOGOTÁ - 2002



Las administradoras que generan mayores niveles de satisfacción a las ESE son en su orden: Ecoopsos, Cajasalud y Cafam, que obtuvieron puntajes superiores a 5,5. Las que generan mayor insatisfacción son en su orden: Salud Vida, Caprecom, Salud Total y Pijaos, que obtuvieron puntajes inferiores a 4. Las demás administradoras obtuvieron puntajes entre 4,9 y 5,5 (Tabla 4).

Ecoopsos fue la administradora que obtuvo el primer lugar en la presente encuesta con una calificación de opinión de 5,92 sobre 10. Su mayor calificación obedece a aspectos relacionados con la contratación, comunicación y confianza. Sin embargo, se le castigan sus deficiencias en las áreas relacionadas con la atención de urgencias y auditoría.

Cajasalud fue la segunda administradora en generar satisfacción a las ESE, obteniendo una calificación de 5,63. Se destaca en las áreas de pagos, en la que alcanzó el mayor puntaje, auditoría y confianza.

TABLA 4
VALORACIÓN CUALITATIVA POR ÁREAS DE GESTIÓN DE LAS ARS, BOGOTÁ - 2002

ARS	1. CONTRATACIÓN		2. PAGOS		3. COMUNICACIÓN		4. AUDITORÍA		5. URGENCIAS		6. CONFIANZA		TOTAL	
	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE	PUESTO	PUNTAJE
Ecoopsos	1	8,06	2	5,22	1	7,58	4	4,62	8	3,02	4	7,03	1	5,92
Cajasalud	4	7,43	1	5,24	4	5,87	1	5,33	9	5,59	2	7,32	2	5,63
Cafam	2	7,64	4	4,99	5	5,69	3	4,17	10	3,72	3	7,31	3	5,59
Mutual Ser	6	7,19	5	4,90	7	5,05	3	4,62	10	2,58	1	7,75	4	5,35
Comfenalco	5	7,42	6	4,38	10	4,18	7	3,57	3	4,97	6	5,94	5	5,08
Solsalud	3	7,55	7	4,36	12	3,83	9	3,08	1	5,69	7	5,77	6	5,05
Coosalud	7	7,11	11	2,76	11	4,07	2	5,00	2	5,14	5	5,94	7	5,00
Humana Vivir	8	6,93	3	5,01	2	6,76	8	3,13	12	2,14	8	5,69	8	4,94
Pijao	9	6,07	9	3,95	6	5,28	11	1,43	4	4,82	10	5,00	9	4,42
Salud Total	11	5,81	8	4,22	3	6,06	10	2,67	11	2,31	9	5,31	10	4,40
Caprecom	10	6,06	12	2,46	8	5,04	5	4,17	7	3,41	12	2,92	11	4,01
Salud Vida	12	5,65	10	2,84	9	4,46	12	1,11	5	4,76	11	3,89	12	3,79

Cafam, en el tercer puesto, se destaca en las áreas de contratación y confianza.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Los resultados muestran que en general las administradoras del régimen subsidiado han avanzado en algunos procesos administrativos, como la carnetización y el reporte de novedades.

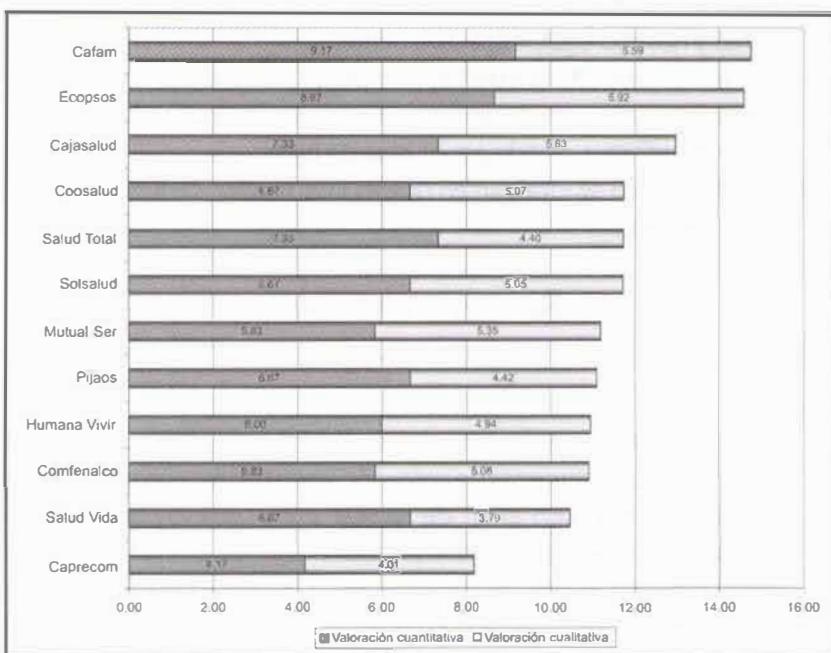
Sin embargo, aspectos relacionados directamente con la atención de los usuarios afiliados, como los procesos de atención al usuario, participación social y el posicionamiento y confianza de las ARS con los diferentes prestadores de servicios de salud públicos de Bogotá (ESE), deben ser trabajados y fortalecidos si se pretende competir con base en prestar servicios de calidad, lograr mayor afiliación de personas, mayor satisfacción de usuarios (afiliados y proveedores) y por lo tanto mayor adhesión de éstos a la administradora.

Es importante igualmente trabajar con las administradoras del régimen subsidiado para que éstas implementen estrategias de mejoramiento continuo centrado en la atención de los usuarios, lo que implica cambio en las directrices de las empresas y de los funcionarios.

CONCLUSIONES

1. Los resultados del ranking permiten listar ordenadamente a las ARS según las diferentes áreas consideradas críticas para garantizar la adecuada atención del usuario y de ninguna manera se pueden interpretar como una medida cuantitativa de la gestión (Figura 3).
2. En general se observan avances en la entrega del carné, presentación y aceptación de novedades, la oportunidad en la atención de consulta médica general es aceptable, la resolución efectiva de peticiones, quejas y reclamos muestra un mediano grado de desarrollo y hay escasas garantías de la participación ciudadana.
3. Deficiente manejo de las glosas, la atención y reconocimiento de urgencias y los mecanismos de arbitramento para dirimir las diferencias resultantes de la auditoría.

FIGURA 3
VALORACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DE LA GESTIÓN DE LAS ARS, BOGOTÁ - 2002



4. Cafam ocupa la primera posición en la valoración cuantitativa según la información enviada por las interventoras y ocupa el tercer lugar en las percepciones de las ESE.
5. Ecoipsos ocupa la primera posición en la valoración cualitativa. En la valoración cuantitativa se ubica en el segundo lugar.
6. Cajasalud se destaca en ambos componentes de la valoración. ocupa la segunda posición en la valoración cualitativa y la tercera en la valoración cuantitativa.
7. En la valoración cuantitativa, en la cuarta posición con un puntaje de 6,67 se encuentran las ARS Pijao, Solsalud, Coosalud y Salud Vida. En la valoración cualitativa ocupan la novena, sexta, séptima y duodécima posición, respectivamente.
8. En la valoración cuantitativa, en situaron en las últimas posiciones las ARS Comfenalco y Mutual Ser con 5,83 puntos ocupando la sexta posición.
9. Caprecom es valorada negativamente en ambos componentes, ocupando la undécima y séptima posición, respectivamente.

10. Salud Total se destaca en la valoración cuantitativa ocupando el tercer lugar, pero es percibida como regular por los operadores en donde ocupa el décimo lugar. Algo similar ocurre con Pijao, que ocupa el quinto y noveno lugar, respectivamente.
11. Mutual Ser proyecta una percepción positiva ante los operadores que la posicionan en cuarto lugar, pero es pobremente calificada en la valoración cuantitativa, donde ocupa el sexto lugar.
12. Las demás ARS se localizan en niveles intermedios de ambas gráficas de posiciones.

RECOMENDACIONES

1. El ranking como instrumento de valoración de la gestión de las ARS debe ser una herramienta de aplicación y uso regular con una periodicidad semestral, con el fin de facilitar a los usuarios del régimen subsidiado, el ejercicio de libre elección.
2. En un segundo momento, complementar la valoración que incluya la percepción de los usuarios con respecto a la afiliación y prestación de servicios, la de los proveedores de servicios de salud públicos y privados, así como la percepción de las ARS de su red de servicios.
3. A partir de los resultados, implementar acciones y planes de mejoramiento que permitan corregir aquellos aspectos en los cuales se presentan mayores dificultades o deficiencias.
4. Fortalecer los mecanismos de participación social, específicamente en lo relacionado con el funcionamiento y operación de las asociaciones de usuarios.
5. Mediante el nuevo modelo de interventoría, realizar seguimiento especial y cuidadoso a la radicación de cuentas y revisión integral de las mismas, formulación de las objeciones (glosa provisional), pago de lo no objetado y pago a la red de proveedores de servicios de salud de la ARS, revisión integral de la respuesta de las objeciones, pago de lo soportado y formulación de la glosa definitiva.
6. Unificar criterios en cuanto a las coberturas del POS-S.
7. La dirección del sistema y las ARS deben generar espacios de construcción y análisis de indicadores de gestión que apunten al mejoramiento continuo de la calidad del régimen subsidiado en Bogotá.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las empresas sociales del Estado que respondieron oportunamente la encuesta de percepción en la relación con las diferentes ARS, a Elkin de Jesús Osorio, jefe del Laboratorio de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, por sus aportes y recomendaciones en la consolidación y análisis de la información; al tecnólogo de sistemas Jairo Alberto Salazar Carvajal por su apoyo, trabajo y dedicación en el manejo de bases de datos y la captura y sistematización de la información, lo cual facilitó el análisis y presentación de los resultados; a la Oficina de Participación Social de la Secretaría Distrital de Salud por su colaboración y apoyo en la evaluación de la legitimidad de los procesos de participación social, y especialmente a los funcionarios del Área de Garantía de Calidad de la Secretaría Distrital de Salud, por la colaboración y apoyo para sacar adelante este proyecto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ley 100 de 1993 y decretos reglamentarios.
2. Dane, proyección población nacional para el 2001.
3. Superintendencia Nacional de Salud, Boletín estadístico, No. 9.
4. Secretaría Distrital de Salud, Boletín estadístico, No. 1. Año 2002.
5. Bustos, Álvaro. Delta Salud.
6. Red de Solidaridad, Documento Control Social.
7. Malagón Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Auditoría en salud. Editorial Panamericana, 1998.
8. Berry, Thomas. Cómo gerenciar la transformación hacia la calidad total, McGraw Hill, 1996.
9. Mejía, Braulio. Auditoría médica para la garantía de la calidad en salud, Ecoe ediciones, 2000.
10. Stinson,, W. (Quality Assurance Project) [Quality Improvement in Indonesia] Personal communication, Sep. 24, 1998.

