

# Evaluación SASH 2004-2007

Gabriel Carrasquilla  
CEIS -FSFB



# Principios APS Starfield, 2004.

1. Accesibilidad (geográfica, económica, cultural y organizacional)
2. Integralidad (articulación de respuestas individuales, colectivas, sectoriales y transectoriales)
3. Longitudinalidad (relación a largo plazo entre población y salud )
4. Continuidad (seguimiento y monitoreo de los procesos de atención)
5. Participación social



- Análisis del Ciclo de la Política
- Evaluación de Costo Efectividad
- Encuestas a ESE

# MÉTODOS



# Análisis del Ciclo de la Política

1. Identificación del problema
2. Formulación de soluciones
3. Toma de Decisiones
4. Implementación de la política

- 24 personas de los niveles directivo, técnico, operativo, asesor y otros.
- 478 documentos

[Yin, R. K. (1982): "Studying the implementation of public programs", en Williams, W. (eds.): Studying Implementation; Methodological and Administrative issues, Chatham House, Chatham, NJ, pp. 36-72

# Evaluación Económica – Costo efectividad

- Exposición: haber sido objeto de caracterización, educación, canalización y seguimiento
- 512 familias expuestas y 512 no expuestas
- Marco de la muestra
  - E : Listado completo de familias 10-04/06-07
  - No E: estrato 1 y 2 en las 5 localidades con población objeto de SASH .



- Individual
  - citología, vacunación, crecimiento y desarrollo, control prenatal, control de diabetes, control de hipertensión, discapacidad y enfermedad general.
- Familiar
  - Salud-Ambiente, transectorialidad, participación



# Estimación de Costos

- Estimación (1995-2007) de los recursos adicionales para APS.
- 1995-2003 => proyección 2004 – 2007
- Observar la tendencia esperada del gasto sin la implementación de la estrategia.
- La diferencia corresponde al gasto incremental por APS.



# Costo Efectividad

- El análisis se realizó desde la perspectiva del organismo gestor –SDS.
- Umbral: PIB per cápita = \$13'597.176

*Sachs, J. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. Geneva, 2001.*

# Encuestas a Empresas Sociales del Estado

- El marco muestral correspondió al listado de 13 ESE y 111 puntos de atención en Bogotá, que a Febrero de 2008 contaban con equipos de SASH.
- 9 de la red sur-oriente, 21 de la red Sur, 21 de la red Norte y 17 de la red sur-occidente, para un total de 68 puntos de atención

- Encuesta grupal:
  - Director(a) del punto de atención,
  - Coordinador(a) del equipo de SASH
  - Profesional de Salud Pública,
  - Trabajo Social
  - Profesional del equipo de SASH
  - Promotor(a) de salud.



# RESULTADOS



# Análisis del Ciclo de la Política

- Antecedentes de Atención Primaria en Bogotá (1976-1985)
- **Identificación del problema**
  - inequidad y su relación con la calidad de vida y la pobreza.
- **Formulación de soluciones**
  - Promover la garantía del derecho a la salud
  - Realizar intervenciones y acciones intersectoriales
  - Fortalecer la salud pública
  - Avanzar en el estudio para la creación de una EPS-ARS
  - Fortalecer la red pública, la calidad de los servicios



- **Toma de decisiones**

- “Enfoque Promocional de la Calidad de Vida y Salud”
- APS Bogotá 2004-2008 => Plan de Desarrollo 2004-2008
- Garantía del derecho a la salud, apoyada en la Atención Primaria en Salud (APS)
- “Universalización de la atención integral en salud”
- SASH puerta de entrada al sistema de salud



- **Implementación de la política**
  - APS => “Salud para la vida digna”
  - “Salud a su Hogar” dentro de la agenda pública
  - Formación de talento humano
  - Los principios de Starfield se desdibujaron desde el sector no es posible control del abordaje de los determinantes de la salud, pues se requiere de acciones a través de actores de otros sectores.



# Evaluación Económica – Costo efectividad





# Grupos focales

- Las familias participantes afirmaron que habían recibido las acciones pero no las identificaban con la denominación “Salud a su Hogar” sino con visitas de funcionarios del hospital o de distintas entidades, destacándose las relacionadas con Salud e Integración Social
- Observan un cambio en la manera como se ejecutan las acciones de Salud Pública en sus barrios y localidades, aunque perciben como pocas las verdaderas transformaciones en los mismos.



## GASTO EFECTIVIDAD SASH ENFOQUE FAMILIAR

*Pesos constantes (2007)*

Principio	Tipo Exposición	n	Estimador (1)	IC 95%		Efectividad incremental (2)	Efectividad incremental relativa (3)	Gasto efectividad Incremental (4)
Accesibilidad	expuestos	220	0.79			0.08	11.52%	1,274,919
	no expuestos	505	0.71	0.67	0.75			
Vínculo	expuestos	206	0.59			0.15	34.57%	690,589
	no expuestos	427	0.44	0.39	0.48			
Integralidad	expuestos	206	0.51			0.14	37.41%	750,572
	no expuestos	428	0.37	0.34	0.40			
continuidad	expuestos	206	0.73			0.07	11.09%	1,433,062
	no expuestos	426	0.66	0.60	0.71			
Participación social	expuestos	220	0.21			0.05	33.26%	2,007,152
	no expuestos	505	0.16	0.14	0.17			
Transectorialidad	expuestos	220	0.04			0.02	82.33%	5,455,279
	no expuestos	505	0.02	0.01	0.03			
Salud ambiente*	expuestos	220	0.77			-0.003	-0.33%	-41,072,638
	no expuestos	505	0.77	0.75	0.79			
Indicador general	expuestos	214	0.52			0.07	16.50%	1,415,842
	no expuestos	472	0.45					

(1) Entre 0 y 1. Es mejor el indicador mientras más cercano a 1

(2) Diferencia entre efectividad expuestos encuestados y no expuestos

(3) Incremento de efectividad expuestos encuestados en relación con no expuestos

(4) Gasto incremental / efectividad incremental



- La razón de gasto efectividad para todos los principios (excepto salud – ambiente) es inferior al PIB per cápita de Bogotá (\$13'597.176)



## COSTO EFECTIVIDAD SASH ENFOQUE INDIVIDUAL

*Pesos constantes (2007)*

Principio	Tipo Exposición	n	Estimador (1)	IC 95%		Efectividad incremental (2)	Efectividad incremental relativa (3)	Gasto efectividad incremental (4)
Uso	expuestos	211	0.79			0.01	1.81%	7,398,538
	no expuestos	492	0.78	0.75	0.80			
Accesibilidad	expuestos	211	0.77			0.01	1.25%	10,963,053
	no expuestos	491	0.76	0.74	0.78			
Vínculo	expuestos	208	0.77			0.03	3.62%	3,870,641
	no expuestos	472	0.74	0.72	0.76			
Integralidad	expuestos	208	0.77			-0.01	-1.03%	-13,090,064
	no expuestos	471	0.77	0.74	0.81			
continuidad	expuestos	183	0.77			0.05	7.22%	2,015,224
	no expuestos	406	0.72	0.69	0.75			
Indicador general	expuestos	204	0.77			0.02	2.08%	6,626,221
	no expuestos	466	0.75					

(1) Entre 0 y 1. Es mejor el indicador mientras más cercano a 1

(2) Diferencia entre efectividad expuestos encuestados y no expuestos

(3) Incremento de efectividad expuestos encuestados en relación con no expuestos

(4) Gasto incremental / efectividad incremental

# Encuestas a Empresas Sociales del Estado

## CUMPLIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE APS EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN

VARIABLE	PROMEDIO	DS	% DE PUNTOS CON $X \geq 5$
TOTAL ACCESIBILIDAD	4.38	0.78	23.81
TOTAL LONGITUDINALIDAD O VÍNCULO	5.03	0.60	53.38
TOTAL INTEGRALIDAD	5.54	0.34	92.00
TOTAL CONTINUIDAD	5.24	0.44	76.19
TOTAL TRANSECTORIALIDAD	3.92	1.25	67.00
TOTAL PARTICIPACIÓN SOCIAL	5.01	1.12	61.9



# DISCUSION



- Desarrollar una política orientada a la garantía del derecho, en el contexto del SGSSS centrado en el aseguramiento, fue una de las principales limitaciones del proceso.
- Se percibía como contradictoria, y como opuestas a las orientaciones definidas por el nivel nacional.



- Las ESE adecuaron su estructura y procesos para facilitar el funcionamiento del programa.
- Transectorialidad es débil, y no se logra la articulación entre sectores para abordar los determinantes de la salud.





- Programas individuales ya tenían cierto nivel de cumplimiento en la población y que SASH no fue efectivo en mejorar el nivel
- Programa fue socialmente rentable, si tiene como referencia el PIB per cápita

# GRACIAS



Centro de Estudios e  
Investigación en Salud  
Fundación Santa Fe de Bogotá



Fundación  
Santa Fe de Bogotá