



RANKING DE LAS EPS: TRES DIMENSIONES DEL DESEMPEÑO

El Sistema de Salud en Colombia tiene como uno de sus principales propósitos poner en el centro del sistema de salud el bienestar del usuario, con un servicio de calidad, pertinente y oportuno. Una de las herramientas para lograr este objetivo es la información sobre el desempeño de los distintos actores del sistema que permita impulsar procesos de mejora continua dentro del sistema.

Por dicha razón el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) trabaja en el desarrollo y mejoramiento continuo del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores, recopilando la información necesaria para dar a los ciudadanos, el gobierno nacional y las Entidades de control, una mejor comprensión del desempeño de EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Territoriales.

Una de las herramientas del Ministerio de Salud para divulgar información sobre el desempeño es el ranking de EPS cuyos principales elementos se presentan en este documento.

METODOLOGIA GENERAL DEL RANKING E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El ranking de EPS es un instrumento orientado al mejoramiento del desempeño. Es decir, estos resultados sirven como detonadores de acciones de mejora en el desempeño de las EPS. Este ranking es importante por varias razones: informa a los ciudadanos sobre el desempeño de sus respectivas EPS y los acompaña en la toma de decisiones; ilustra a las EPS sobre su desempeño para que emprendan procesos de mejoramiento; y da información útil a las diversas instituciones que hacen parte del sistema de salud para el seguimiento al desempeño de las EPS.

Para generar el Ranking de las Entidades Promotoras de Salud se definieron tres dimensiones bajo las cuales fue calificado su desempeño. La primera, corresponde a la calificación que dan los usuarios a los servicios que reciben. La segunda, es el respeto a los derechos usando los criterios ordenados por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 y los autos expedidos en su seguimiento. Finalmente, la tercera dimensión se refiere al proceso y resultados de la atención en salud. Cada uno de estos aspectos se describe en la segunda sección de este documento.

Para cada una de la dimensiones se definieron los indicadores que mejor permitieran evaluar el desempeño de las EPS en cada uno de estos aspectos. Estos indicadores combinan información reportada por las EPS, información reportada por los usuarios e información de registros de otras fuentes. Con base en los resultados de los indicadores y mediante la aplicación de herramientas



estadísticas se ordenaron las EPS según su desempeño en cada una de las dimensiones. De esta manera para cada dimensión las EPS se califican dentro de una de las cuatro categorías: alto, medio-alto, medio-bajo y bajo. El documento con los detalles técnicos y las fichas de los indicadores utilizados se puede consultar en:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>

El ranking se debe interpretar en las tres dimensiones evaluadas. Un usuario que quiera saber el desempeño de la EPS a la cual esté afiliado o en la que esté interesado, debe mirar por separado cada una de los aspectos. Por ejemplo una EPS puede estar en la categoría ALTO en cuanto a la calificación por parte de sus afiliados, MEDIO – ALTO en cuanto al respeto a los derechos y MEDIO – BAJO en cuanto al proceso y resultados de la atención de sus afiliados. No existe un valor único y una EPS determinada puede tener un desempeño mejor en un aspecto y menor en otro.

Debido a la heterogeneidad de las medidas incluidas, la combinación de las tres medidas en una sola presenta problemas difíciles de resolver. El primero es la mezcla de diferentes aspectos a los cuales no es fácil asignarles un valor para poder agrupar en una sola medida. Esto quiere decir que mientras para un usuario lo que otros opinen de una EPS puede ser más valioso que los resultados en salud obtenidos, para otros puede ser lo contrario. Tampoco sería acertado asumir que todas tienen un valor igual.

El segundo radica en los efectos indeseados que pueda tener un ordenamiento con un único resultado. Aquellos que requieran mayor atención en salud preferirán cambiarse a la EPS calificada como 'la mejor', lo que puede inducir una alteración al equilibrio financiero de esta entidad. Para evitar este riesgo, las EPS podrían optar por alejarse de los primeros lugares, lo cual puede tomarse como un efecto indeseado de la generación de un ranking.

DIMENSIONES DEL RANKING

- **Dimensión de evaluación de los usuarios**

Esta dimensión se construyó a partir de los resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, realizada en 2012 a los usuarios de cada una las EPS, tanto del régimen subsidiado como contributivo. Se seleccionaron 14 preguntas que permitieran a los usuarios de cada EPS, realizar una calificación de los servicios que le fueron prestados¹.

Para implementar un ordenamiento fue necesario sintetizar o resumir la información de las 14 preguntas en una sola dimensión que recoge la mayor proporción posible de la información original.

¹ Para mayor detalle ir a [http://www.minsalud.gov.co/Salud/Calidad de atención en salud/Ordenamiento –Ranking- de EPS/ Documento técnico encuesta de Evaluación 2012](http://www.minsalud.gov.co/Salud/Calidad%20de%20atencion%20en%20salud/Ordenamiento%20Ranking-de%20EPS/Documento%20t%C3%A9cnico%20encuesta%20de%20Evaluaci%C3%B3n%202012).



Esto se hizo mediante el Análisis de Componentes Principales (ACP). Esta técnica estadística de análisis multivariado permite realizar una síntesis de la información.

Para dar manejo adecuado a algunas de las variables cualitativas escogidas, se usó la técnica estadística de Componentes Principales Cualitativas (PRINQUAL). Este procedimiento extiende el Análisis de Componentes Principales ordinario a un contexto más general en el cual se pueden emplear tanto variables cualitativas como cuantitativas.

Finalmente, las EPS se ordenan a partir de la única medida de resumen que resulta de la aplicación de esta metodología, y se presenta el resultado formando cuatro categorías: Alto, Medio – Alto, Medio – Bajo y Bajo.

- **Dimensión de respeto a los derechos de los usuarios de las EPS según los parámetros de la Corte Constitucional**

En este ordenamiento se mide la frecuencia en que incurren en “prácticas violatorias del derecho a la salud” las EPS, según lo ha señalado la Honorable Corte Constitucional en la Orden 20 de la sentencia t-760 y autos de seguimiento de la misma. Para ello se definieron una serie de indicadores, recurriendo a diversas fuentes de información existentes en el sector, para evaluar de la mejor manera posible y con la información disponible, lo solicitado por esta entidad.

Los indicadores seleccionados miden aspectos relacionados con la negación de servicios, la falta de oportunidad en la autorización y prestación de los servicios, trámites innecesarios, fraccionamiento de la atención, negación de servicios autorizados por un médico no adscrito a la EPS, barreras a la afiliación y negación de servicios amparados por una Tutela entre otros. En total son 14 criterios que se ajustan a lo dispuesto por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T760 de 2008 y Autos posteriores².

De igual manera, esta información debió convertirse en una sola medida que resuma toda la información contenida en los diferentes indicadores que representan los criterios iniciales. Para ello, se generó una ponderación de cada uno de los criterios y de las variables utilizadas. El Análisis de Componentes Principales mostró una poca efectividad para establecer esta medida de resumen debido a las características intrínsecas de los datos. La ponderación se obtuvo de la consulta a diferentes expertos sobre la importancia que para ellos reviste cada variable, teniendo en cuenta la información disponible.

² Para mayor detalle ir a <http://www.minsalud.gov.co> / Salud / Calidad de atención en salud / Ordenamiento –Ranking- de EPS / Actualización Documento de Cumplimiento del Auto 260 de 2012 de la Corte Constitucional, Abril de 2013.



Nuevamente se presenta el resultado en Alto, Medio – Alto, Medio – Bajo y Bajo, usando cuartiles como medidas de posición para generar un ordenamiento en esta dimensión.

- **Ordenamiento según proceso y resultado de la atención en salud**

En este último aspecto se definieron cuatro áreas para las cuales se escogieron indicadores trazadores que permitieran generar un ordenamiento. Estos indicadores se enfocaban en evaluar alguna de las funciones de las EPS consignadas en la Ley 1122 de 2007. Se tuvieron en cuenta indicadores que evaluaran el proceso de atención o los resultados de la misma.

Las cuatro dimensiones tenidas en cuenta, para la cual fueron escogidos indicadores trazadores son:

a. Calidad de la atención

Se utilizaron los indicadores de oportunidad de la atención por Medicina General, Medicina Especializada y Odontología General reportados por las EPS en el marco del Anexo técnico 1 de la Resolución 1446 de 2006. Se escogieron estos como trazadores, acogiendo lo expresado por los usuarios en diferentes encuestas, donde la oportunidad es el factor que califican como el de mayor importancia en el proceso de atención.

b. Salud Materna e Infantil

Se tienen en cuenta indicadores trazadores como el número de controles pre natales, el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al año y a los cinco años y la razón de mortalidad materna.

c. Enfermedad Transmisible

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y la atención de quienes padecen esta infección fue el trazador elegido para evaluar esta dimensión. Otras enfermedades infecciosas están capturadas en indicadores de mortalidad infantil, por lo que no se tuvieron en cuenta para evitar un posible doble conteo.

d. Enfermedad Crónica no Transmisible

Este tipo de enfermedades representa una gran parte de la Carga de Enfermedad de nuestro país. Se tomaron indicadores trazadores del manejo de este tipo de enfermedades acerca de una de las patologías con mayor prevalencia que es la hipertensión arterial y su relación con la enfermedad renal crónica.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Mayor información sobre los indicadores evaluados en este aspecto puede ser encontrada en:
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>

Para el cálculo de una única medida de resumen para este aspecto de la evaluación, se recurrió nuevamente al Análisis de Componente Principales. Para esto se realizó un análisis separado para los indicadores incluidos en cada una de las dimensiones anteriormente nombradas. Al final, se realizó un promedio simple que agregara los resultados de los cuatro análisis separados.

Finalmente se presenta el resultado como un desempeño Alto, Medio – Alto, Medio – Bajo y Bajo acorde a los cuartiles calculados para las puntuaciones obtenidas.

Los resultados de las tres dimensiones se pueden consultar en
<http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>



FICHA TÉCNICA INDICADORES DIMENSIÓN, PROCESO Y RESULTADO DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Dominios

1. Enfermedades Trasmisibles
2. Salud Infantil
3. Salud Materna
4. Enfermedades Crónicas No Trasmisibles
5. Calidad de la atención

1. ENFERMEDADES TRASMISIBLES

Indicador	Cobertura de Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH/SIDA
Unidad de Medida	Por 100 personas (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Cuenta de Alto Costo - CAC VIH
Metodología de Medición	Cociente entre el total de personas que reciben TAR y el total de personas con VIH/SIDA que cumplen criterios para recibir TAR, para cada EPS.
Descripción del indicador	Este indicador mide la cobertura de tratamiento antirretroviral entre las personas con VIH/SIDA que tienen indicación del mismo. Es un indicador de proceso que evalúa la gestión de la EPS en el acceso a los servicios de salud.
Observaciones	La CAC-VIH inició la recolección de información en 2012. En este momento se cuenta con información del segundo semestre del año 2011. La forma de recolección de los datos no permite evaluar la oportunidad en la entrega de los medicamentos, lo que limita el análisis. El indicador dice si a la persona con infección por VIH se le ha formulado la medicación, pero no permite establecer la continuidad u oportunidad en la entrega del tratamiento.
Forma de cálculo	Se utiliza la variable 89 de la Base de Datos de la Cuenta de Alto Costo –VIH: Recibe terapia anti retroviral (TAR). Numerador: cuenta por EPS de todos los registros que tienen el valor 4 (Recibe TAR) Denominador: Cuenta por EPS de todos los que tienen valor 1 a 4



Indicador	Porcentaje de personas de 13 o más años en estadio SIDA al momento del diagnóstico
Unidad de Medida	Por 100 personas (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Cuenta de Alto Costo-CAC VIH
Metodología de Medición	Cociente entre el total de personas diagnosticadas con SIDA (A3, B3, C1, C2, C3) al momento del diagnóstico de la infección por VIH y el total de personas diagnosticadas con infección por VIH para cada EPS.
Descripción del indicador	Este indicador permite identificar la oportunidad en el diagnóstico y la detección temprana de acuerdo los estadios clínicos definidos para la infección por VIH. Es un indicador de proceso que evalúa la gestión del riesgo en salud que deben hacer las EPS.
Observaciones	La CAC-VIH inició la recolección de información en 2012. En este momento se cuenta con información del segundo semestre del año 2011.
Forma de cálculo	Se utiliza la variable 27 de la Base de Datos de la CAC-VIH - Estadio clínico al momento del diagnóstico - para el numerador y la variable 20 – Condición con respecto al diagnóstico de infección por VIH – para el denominador. Numerador: cuenta por EPS de todos los valores 3 (A3) o 6 (B3) o 7 (C1) o 8 (C2) o 9 (C3) Denominador: cuenta por EPS de registros con valor 0 en la variable 20.



2. SALUD INFANTIL

Indicador	Porcentaje de Nacidos Vivos con Bajo Peso al Nacer
Unidad de Medida	Por 1.000 nacidos vivos (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer y el número de nacidos vivos total para cada EPS.
Descripción del indicador	Los niños que nacen prematuramente o con un bajo peso son más vulnerables a la enfermedad y desarrollo de discapacidades, incluyendo trastornos del desarrollo cognitivo. Este indicador refleja el cuidado antenatal que ha recibido la madre. Es un indicador de proceso que evalúa la gestión del riesgo en salud y sus acciones para disminuirlo.
Observaciones	El bajo peso al nacer recopila los resultados de acciones integrales del cuidado del binomio madre-hijo. Aunque no todos los factores que llevan al bajo peso al nacer son susceptibles de ser controlados por una EPS, la identificación de estos y su intervención a través del control pre natal tiene un impacto positivo en la reducción del bajo peso al nacer y complicaciones relacionadas con este.
Forma de cálculo	De los registros de estadísticas vitales del DANE se obtiene la cuenta de los nacidos vivos con peso inferior a 2500g y la cuenta de nacidos vivos por cada EPS. Los números de documento de la madre fueron cruzados con la BDUA para asegurar la pertenencia de la madre a la EPS a la cual se está atribuyendo el caso.



Indicador	Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 1 año)
Unidad de Medida	Por 1.000 nacidos vivos
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de defunciones de menores de 1 año y el total de nacidos vivos para cada EPS multiplicado por 1.000.
Descripción/justificación del indicador	Expresa la relación de las muertes en población menor de 1 año con los nacimientos ocurridos en el mismo período. Es indicativo del nivel de vida y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como de atención; muchas de las defunciones pueden considerarse prevenibles o evitables, como enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales o relacionadas con el embarazo.
Observaciones	La presente medición corresponde a la tasa de mortalidad infantil sin incluir las muertes violentas, las cuales no pueden ser atribuidas a la gestión de la EPS.
Forma de cálculo	De los registros de estadísticas vitales del DANE se obtiene la cuenta del número de muertes en menores de 1 año, sin incluir las muertes que son registradas como violentas. Los números de documento de la madre fueron cruzados con la BDUA para asegurar la pertenencia de la madre a la EPS a la cual se está atribuyendo el caso.



Indicador	Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años)
Unidad de Medida	Por 1.000 nacidos vivos
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de defunciones de menores de 5 años y el número de nacidos vivos para cada EPS multiplicado por 1.000.
Descripción/justificación del indicador	Como la mortalidad infantil, la defunción de menores de cinco años se asocia con condiciones de bienestar de la población y con la salud materna. Durante la primera infancia, el niño es vulnerable y es sujeto de intervenciones que reduzcan la probabilidad de enfermar. La gestión del riesgo en salud en esta etapa de la vida tiene un impacto positivo en el futuro del menor.
Observaciones	La presente medición corresponde a la tasa de mortalidad infantil sin incluir las muertes violentas, las cuales no pueden ser atribuidas a la gestión de la EPS.
Forma de cálculo	De los registros de estadísticas vitales del DANE se obtiene la cuenta del número de muertes en menores de 5 años, sin incluir las muertes que son registradas como violentas. Los números de documento de la madre fueron cruzados con la BDUA para asegurar la pertenencia de la madre a la EPS a la cual se está atribuyendo el caso.



Indicador	Cumplimiento en la meta de Vacunación para DPT
Unidad de Medida	Porcentaje de cumplimiento en el año (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Numerador: Datos reportados por las EPS de dosis aplicadas, en el marco de la Resolución 3384 de 200. Denominador: Datos reportados por las EPS de dosis programadas, en el marco de la Resolución 3384 de 2000.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de dosis aplicadas y el número de dosis programadas expresado como porcentaje (%).
Descripción del indicador	La vacunación es una de las actividades que mayor impacto puede tener en la salud de los niños. La aplicación ha sido definida como responsabilidad de las EPS dentro de la gestión del riesgo en salud.
Observaciones	El cumplimiento en la meta es un <i>proxy</i> de la variable que se quiere medir, que es la cobertura de vacunación. La manera agregada en que se ha realizado de manera histórica la medición de la vacunación, no permite establecer valores precisos de cobertura, por tratarse de número de dosis aplicadas.
Forma de cálculo	Número de dosis aplicadas por cada EPS dividido por el número de dosis programadas según matriz (Resolución 3384 de 200), expresado como porcentaje.



3. SALUD MATERNA

Indicador	Proporción de Nacidos Vivos con Cuatro o más Controles Prenatales
Unidad de Medida	Por 100 nacidos vivos (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el total de nacidos vivos que recibieron 4 o más controles prenatales y el total de nacidos vivos expresado como porcentaje.
Descripción/justificación del indicador	Permite conocer el acceso al conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.
Observaciones	El valor de controles prenatales realizados a la madre es registrado por el personal de salud, proveniente de la entrevista a la madre o de revisión de documentos de historia clínica o control prenatal que tenga la madre al momento del parto.
Forma de cálculo	De los registros de EEVV se obtiene la cuenta de nacidos vivos que tienen el campo de Número de controles prenatales un valor igual o mayor a 4. Se obtiene la cuenta nacidos vivos por cada EPS. Los números de documento de la madre fueron cruzados con la BDUA para asegurar la pertenencia de la madre a la EPS a la cual se está atribuyendo el caso.



Indicador	Razón de mortalidad materna a 42 días
Unidad de Medida	Por 100.000 nacidos vivos
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de muertes de mujeres en estado de gestación hasta los 42 días posteriores al parto por causas asociadas y el número de nacidos vivos multiplicado por 100.000.
Descripción/justificación del indicador	Muerte materna se define como la defunción de una mujer en estado de embarazo o que ha estado embarazada en el lapso de 42 días posteriores a la terminación de su embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención. Este indicador mide de manera agregada el acceso a los servicios de salud y la calidad de la atención recibida, además de otros determinantes de la salud.
Observaciones	Los números de documento de las mujeres que fallecen en relación con el embarazo fueron cruzados con la BDUA para asegurar su pertinencia a la EPS a la cual se atribuye el caso.
Forma de cálculo	Se obtiene la cuenta de mujeres que hayan fallecido en los 42 días siguientes a terminar su estado de gestación por causas relacionadas con el embarazo y la cuenta de nacidos vivos para cada EPS.



Indicador	Porcentaje de partos por cesárea
Unidad de Medida	Por 100 (%)
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el número de nacidos vivos con vía del parto abdominal (cesárea) y el número nacidos vivos para cada EPS.
Descripción/justificación del indicador	La cesárea se ha convertido en un procedimiento muy común (según la OMS, en 2007 Colombia fue el tercer país en el mundo con mayor proporción de cesáreas) y se asocia con aumento de los costos y los riesgos de complicaciones maternas y fetales, con relación al parto vaginal. La proporción de cesáreas no puede determinar el uso adecuado de los servicios, pero la variación de la proporción de realización de este procedimiento quirúrgico a través de las instituciones se considera un <i>proxy</i> de la calidad técnica de la atención.
Observaciones	Debido a que la fuente no tiene la vía del parto de gestaciones anteriores, este indicador tiene la limitante que está contando también las mujeres que tienen indicación de cesárea por tener un procedimiento anterior del mismo tipo. Aún así, la variabilidad en los resultados tiene un valor como <i>proxy</i> . Los números de documento de las mujeres que fallecen en relación con el embarazo fueron cruzados con la BDUA para asegurar su pertinencia a la EPS a la cual se atribuye el caso.
Forma de cálculo	Se obtiene la cuenta de partos por cesárea y la cuenta el total de nacidos vivos para cada EPS.



4. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISSIBLES

Indicador	Tasa de Mortalidad Ajustada
Unidad de Medida	Por 100.000 personas
Periodicidad	Anual
Fuente	Estadísticas vitales del DANE (EEVV), incluyendo los datos parciales hasta 2012.
Metodología de Medición	Cociente entre el total de muertes por EPS y el total de la población afiliada a cada EPS.
Descripción/justificación del indicador	La mortalidad es un indicador de resultados en salud. Refleja diferentes determinantes de la salud, entre ellos el acceso a los servicios de salud. Esta se utiliza para fines comparativos entre las entidades.
Observaciones	Se excluyeron las muertes que fueran registradas con un valor diferente a "Natural". Los números de documento fueron cruzados con BDUA para asegurar su pertinencia a la EPS a la cual se atribuye el caso.
Forma de cálculo	Se obtiene la cuenta de muertes durante el periodo por cada EPS y se divide por la población afiliada a la EPS activa o suspendida. Se hizo ajuste de la tasa por método directo usando la población DANE estimada para 2012.



Indicador	Incidencia de Enfermedad Renal Crónica estadio 5 ajustada por edad
Unidad de Medida	Por 100 (%)
Periodicidad	Anual corte a 30 de junio
Fuente	Cuenta de Alto Costo - Enfermedad Renal Crónica
Metodología de Medición	Cociente entre el total de nuevos casos de personas con Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 y el total de la población afiliada a cada EPS
Descripción/justificación del indicador	La enfermedad renal crónica (ERC) es reconocido cada vez más como un problema global de salud pública. En la actualidad hay evidencia que el tratamiento de las enfermedades precursoras puede prevenir o retrasar las complicaciones, retrasar la progresión de la enfermedad renal y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV). El acceso a servicios que hagan detección temprana y protección específica de las personas con enfermedades precursoras tiene un impacto en el número de casos nuevos de Enfermedad Renal Crónica que requiere terapia de reemplazo renal.
Observaciones	Se utilizaron los datos recolectados y calculados por la Cuenta de Alto Costo, que previamente fueron socializados por este ente a las EPS.
Forma de cálculo	Cuenta del número de casos nuevos de Enfermedad Renal Crónica en estadio 5 reportados por la EPS sobre el total de afiliados activos y suspendidos. La tasa está ajustada por edad por método directo.



Indicador	Proporción de personas con enfermedad precursora de Enfermedad Renal Crónica que han sido estudiados para Enfermedad Renal Crónica
Unidad de Medida	Por 100%
Periodicidad	Anual corte a 30 de junio
Fuente	Cuenta de Alto Costo - Enfermedad Renal Crónica
Metodología de Medición	Cociente entre el número de personas reportadas con Enfermedad Renal Crónica o con una enfermedad precursora que han sido estudiadas en el año anterior sobre el total de personas Enfermedad Renal Crónica o con una enfermedad precursora.
Descripción/justificación del indicador	La gestión del riesgo en salud es una de la funciones del aseguramiento. La Enfermedad Renal Crónica puede prevenirse o retrasarse su progresión cuando se diagnostica y tratan las enfermedades precursoras. Se espera que las personas con enfermedad precursora sean estudiadas y evaluadas en cuanto a la aparición o progresión de la Enfermedad Renal Crónica.
Observaciones	Se utilizó la información reportada por la EPS a la Cuenta de Alto Costo en el año 2012.
Forma de cálculo	Cuenta del número de personas que un valor diferente a 6 en el campo estadio ERC sobre el total de personas que tienen un valor de 0 (cero) a 6 (seis) en el mismo campo.



5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Indicador	Promedio de tiempo de espera para la atención en Consulta de Medicina General
Unidad de Medida	Días
Periodicidad	Semestral
Fuente	Resolución 1446 - Circular única SUPERSALUD
Metodología de Medición	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita sobre el número total de consultas médicas generales asignadas.
Descripción/justificación del indicador	<p>La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
Observaciones	Se sumaron los numeradores y denominadores reportados por las EPS para el primer y segundo semestre de 2012.



Indicador	Promedio de tiempo de espera para la atención en Consulta de Odontología General.
Unidad de Medida	Días
Periodicidad	Semestral
Fuente	Circular única SUPERSALUD
Metodología de Medición	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita sobre el número total de consultas odontológicas generales asignadas en el período.
Descripción/justificación del indicador	<p>La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
Observaciones	Se sumaron los numeradores y denominadores reportados por las EPS para el primer y segundo semestre de 2012.



Indicador	Proporción de tiempo de espera para la asignación de Consulta de Medicina Especializada (Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Cirugía General y Pediatría).
Unidad de Medida	Porcentaje
Periodicidad	Semestral
Fuente	Resolución 1446 - Circular única SUPERSALUD
Metodología de Medición	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita sobre el número total de consultas de medicina especializada asignadas
Descripción/justificación del indicador	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas y la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las EPS.</p>
Observaciones	Se sumaron los numeradores y denominadores reportados por las EPS para el primer y segundo semestre de 2012.