

ORDENAMIENTO POR DESEMPEÑO EPS 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Diciembre de 2014

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	3
1 DEFINICIONES TÉCNICAS	5
1.1 ¿QUÉ SE ENTIENDE POR DESEMPEÑO EN SALUD?	5
1.2 REVISIÓN ESTUDIOS SOBRE DESEMPEÑO EN SALUD.....	5
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	6
2.1 LAS DECISIONES DE UN USUARIO EN SALUD	6
2.1.1 Dimensiones del derecho a la salud que debe proteger un asegurador	8
2.2 METRICAS PARA PRESENTACIÓN DEL ORDENAMIENTO POR DESEMPEÑO EPS.....	12
3 RESULTADOS	16
3.1 RESULTADOS EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	17
3.2 RESULTADOS EPSI RÉGIMEN SUBSIDIADO INDÍGENAS.....	18
3.3 RESULTADOS EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	19
4 REFLEXIONES FINALES	20
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ANEXOS	24

INTRODUCCION

En la actualidad, el interés de las empresas y los usuarios consiste en tener información de referencia que les sirva de soporte para la toma de decisiones. Unido a lo anterior, en términos de competitividad, el desempeño de las empresas no puede evaluarse solamente revisando sus propios indicadores, sino por el contrario que éstos sean susceptibles de compararse con los de otras empresas y no solo cumplan los estándares mínimos sino que los superen para llegar a convertirse en un referente o mejor práctica.

Siendo la salud un derecho fundamental que comprende el derecho de acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, debiendo ser respetado por las entidades responsables de asegurar la prestación de servicios de salud – EPS, tal como lo establece la Constitución Política Nacional y el Sistema General de Seguridad Social en Salud definido en la ley 100 de 1993, así como la Corte Constitucional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se considera necesario evaluar el desempeño de las EPS y que el mismo sirva de referente a los usuarios para tomar la mejor decisión frente a la EPS a la cuál afiliarse, así como también es deseable que este instrumento sea útil a las aseguradoras para que puedan evaluar sus resultados y a la vez compararlos con los obtenidos por sus competidores, generando acciones de mejora en todos los aspectos que forman parte del desempeño basado en calidad.

La importancia del ordenamiento por desempeño de EPS radica en que ofrece a usuarios y empresas del sector un contexto de comparación inmediato con respecto a sus similares permitiéndoles saber si la EPS a la cual están afiliados está haciendo bien las cosas o tiene un margen para mejorarlas. La sencillez en la presentación y la selección de un conjunto de indicadores se convierte en el éxito de un ranking, de ahí que para este Ministerio esas dos premisas fueron clave para desarrollar este trabajo.

El documento se ha organizado en tres secciones. La primera de ella parte de la definición de desempeño en salud como la medida en que el sistema de salud contribuye al logro de los resultados generales en términos de eficiencia, eficacia, resolutivez, costo beneficio, entre otros. Tiene en cuenta además el enfoque de la OMS relacionado con las estrategias para medir el desempeño de los sistemas de salud, así como el de la OCDE el cual resalta la importancia de la garantía del acceso a los servicios y la calidad de la atención.

La segunda sección presenta la metodología que permite estructurar el ordenamiento por desempeño de EPS, el cual debe ser útil, de fácil comprensión y facilitar al usuario, quien es el que efectivamente utiliza los servicios de salud, comprender cuales son los resultados de su EPS en términos de desempeño en comparación con otras EPS, todo esto

ordenado a través de tres dimensiones sencillas con las cuales se sienta identificado. Dimensión 1. ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por **proteger mi salud y evitar que me enferme?**, Dimensión 2. ¿Qué tanto el asegurador me **facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?**, Dimensión 3. ¿Qué tanto el asegurador me **informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud?**, consolidadas en un resultado final que refleja **el trato que como ser humano recibo de la EPS y en qué medida resuelve mi necesidad/problema.**

La tercera sección muestra los resultados obtenidos por las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado. Se parte definiendo los ejes con los cuales se evaluará el desempeño de las EPS: resultado de calidad y percepción de los usuarios, se definen las fuentes de información y, finalmente las tres dimensiones conformadas por grupos de indicadores.

Para el caso de las aseguradoras del régimen subsidiado, se destaca el hecho que las EPS: COMFAMILIAR CARTAGENA, COMFACOR, CAFAM, COMFAMILIAR HUILA, CCF DE NARIÑO, COOSALUD, EMSSANAR ESS y MUTUAL SER alcanzan un resultado final ALTO.

En el grupo conformado por las aseguradoras del régimen subsidiado EPS indígenas, las EPSI: DUSAKAWI EPSI y ANAS WAYUU EPSI obtienen un resultado final ALTO.

Respecto a las aseguradoras que pertenecen al régimen contributivo las EPS: ALIANSALUD, COMPENSAR, EPS SURA, FAMISANAR y S.O.S. EPS se destacan como aquellas que presentan resultado final ALTO.

Finalmente y como compromiso de todas las aseguradoras está el de mejorar en todos y cada uno de los indicadores evaluados en las tres dimensiones para garantizar el mejor desempeño en la prestación de servicios de salud al cual sus afiliados están accediendo ya sea con sus aportes o con los aportes del gobierno nacional.

1 DEFINICIONES TÉCNICAS

1.1 ¿QUÉ SE ENTIENDE POR DESEMPEÑO EN SALUD?

Equidad, calidad, desempeño, mejor práctica, son conceptos fundamentales cuando se aborda el tema de servicios de salud hoy en día, inclusive son relevantes al momento de considerar escenarios alternativos en los cuales se promueva generación de valor en términos de resultados en salud. Estos conceptos, a pesar de haber sido trabajados en años anteriores, no han dejado de formar parte de las agendas tanto en países desarrollados como en aquellos denominados emergentes, inclusive en estos últimos forman parte del actual debate político cuyo objetivo de lograr un mayor bienestar en salud para la población se enfrenta a revisiones y análisis en búsqueda de la mejor alternativa posible para la sociedad.

Según García et al (2006) “entender y presentar los resultados de cada uno de esos conceptos dependerá de cómo cada país ubique o privilegie a la salud dentro de su proyecto de desarrollo nacional; de cómo conciba, gestione y financie los sistemas de salud; de cómo considere que la mejora del desempeño de los sistemas de salud pueda contribuir a mejorar y proteger la salud de la población; y de cómo reconozca que el desempeño de los servicios de salud puede determinar las diferencias entre la calidad, el valor y la duración de la vida de los millones de personas a las que atienden”.

1.2 REVISIÓN ESTUDIOS SOBRE DESEMPEÑO EN SALUD

La Organización Mundial de la Salud (2002), al proponer las Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud considera:

1. La OMS se ha preocupado por fomentar el desarrollo de los sistemas de salud nacionales, para lo cual ha apoyado la evaluación sistemática de su desempeño por parte de los respectivos ministerios de salud.
2. Los conceptos y valores básicos de la Estrategia Mundial de Salud para Todos, se orientan a establecer “sistemas de salud que mejoren de forma equitativa los resultados sanitarios, respondan a las exigencias legítimas de la población y sean financieramente justos”.
3. El análisis del desempeño del sistema de salud debe permitir a los usuarios entender mejor las funciones de los sistemas de salud y tener acceso a información sobre el grado en que se alcanzan resultados en el sistema sanitario.
4. Las metas del sistema de salud se traducen en cinco resultados específicos:
 - a) el nivel de salud alcanzado en una población.
 - b) la equidad en materia de salud dentro de esa población.

- c) la capacidad de respuesta del sistema de salud.
- d) la equidad en la capacidad de respuesta.
- e) la equidad de la contribución financiera.

De otra parte la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico* (2011) en su informe *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, propone que el desempeño de los sistemas de atención en salud contribuye a la salud de la población, especialmente a través de la garantía del acceso a los servicios y la calidad de la atención. Este desempeño depende entre otros del recurso humano que presta los servicios, de su formación, de la tecnología y equipos que están a su disposición, así como de los recursos financieros disponibles. También influyen las características demográficas, el contexto económico y social y el diseño de los sistemas de salud.

La OCDE realiza una publicación anual de indicadores donde compara el desempeño de los sistemas de salud de los países miembros, contrastando indicadores de las siguientes dimensiones:

1. el estado de salud.
2. determinantes no médicos de la salud.
3. el recurso humano en salud.
4. las actividades en salud.
5. la calidad de la atención.
6. el acceso a la atención.
7. el gasto en salud y el financiamiento.
8. el cuidado a largo plazo.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 LAS DECISIONES DE UN USUARIO EN SALUD

Presentar resultados de desempeño a través de un ordenamiento se ha convertido en una práctica habitual en diferentes sectores de la economía; el sector salud no ha sido ajeno a ella. El objetivo de divulgar este tipo de información es lograr despertar el interés del usuario respecto al desempeño que tiene la EPS que le presta los servicios y da una respuesta a su necesidad de salud. En este sentido, el ordenamiento no solamente deberá considerar la percepción del usuario o de las empresas relacionadas, sino también indicadores de desempeño, repetir el ejercicio periódicamente y mejorar constantemente

en la calidad de los indicadores seleccionados y la rigurosidad en la selección de fuentes de información.

Ante esta situación, es indispensable entender que el objetivo esencial de un ordenamiento de este tipo es ofrecer al usuario promedio del sistema de salud colombiano, un instrumento a su alcance y comprensión, mediante el cual pueda formarse una opinión acerca del desempeño de las diferentes EPS, y con base en ello pueda tomar una decisión de elegir en cuál de ellas prefiere estar afiliado.

Aceptar que el objetivo del ordenamiento es apoyar al usuario promedio en la elección de su EPS, exige considerar los supuestos teóricos y fácticos que fundamentan la construcción de una herramienta de este tipo. En este sentido, la teoría de la elección racional se utiliza para entender y modelar formalmente el comportamiento social y económico de las personas cuando toman decisiones. Supone que el individuo al elegir tiende de manera intuitiva a maximizar su utilidad o beneficio y a reducir los costos o riesgos, es decir prefieren optimizar y mejorar sus condiciones.

No obstante lo anterior, el ser humano no actúa solo como un ser racional, porque cuando toma decisiones también tiene un sesgo o prejuicio cognitivo, que es un efecto psicológico que produce una desviación en el procesamiento de lo percibido, que lo lleva a una distorsión, juicio inexacto, interpretación ilógica, o lo que se llama en términos generales irracionalidad, que se da sobre la base de la interpretación de la información disponible, aunque los datos no sean lógicos o no estén relacionados entre sí. Esto lleva a que la información disponible se filtre de forma selectiva o subjetiva ante la incapacidad de procesarla toda y frente a la necesidad de emitir juicios.

Bajo la anterior perspectiva, el Nobel de Economía 2002 concedido al psicólogo Daniel Kahneman destaca la existencia de los “atajos cognitivos” o “heurísticos” que emplean las personas cuando deben tomar decisiones en situaciones inciertas. Al respecto:

“los seres humanos, lejos de ser pensadores lógicos, calculadores y con amplias nociones probabilísticas, tienden a procesar la información y a tomar decisiones de manera sistemáticamente sesgada, confiando en una cantidad limitada de atajos heurísticos que ayudan a simplificar la compleja tarea que requeriría analizar de manera completa y exhaustiva toda la información disponible. Si bien tales “atajos” pueden ser de gran utilidad y contribuyen a una toma de decisiones rápida, en ocasiones pueden llevar a cometer errores sistemáticos”. (Tversky & Kahneman, 1974)

Lo anterior significa en términos más sencillos, que el usuario promedio del sistema de salud toma decisiones sobre las entidades que prefiere lo atiendan, utilizando una cantidad limitada de información, valorando de manera intuitiva, no técnicamente, aquella que considera está más relacionada con la búsqueda de su bienestar y a los

menores riesgos y costos posibles. Así las cosas, reiterando que el objetivo del ordenamiento es apoyar la elección de entidades por parte de los usuarios, y que estos toman sus decisiones basados en información limitada que es procesada selectiva y sesgadamente, las categorías de análisis o dimensiones son relevantes como apoyo a la toma de decisiones y a las cuales nos vamos a referir en concreto a continuación.

Teniendo como referente **la información de desempeño reportada por las EPS y los resultados de la encuesta a los usuarios de las EPS**, se proponen las dimensiones esenciales que permitirán entender al usuario cómo es el trato que como ser humano recibe de la organización y la medida en que le resuelven su necesidad / problema. Los criterios a evaluar están relacionados con la oportunidad, la suficiencia, la integralidad, la información, la divulgación, la accesibilidad, la resolutiveidad y la satisfacción.

Las dimensiones se evalúan considerando de un lado la percepción del usuario y de otro el cumplimiento de las obligaciones (Artículo 177 de la Ley 100 de 1993- Art. 2, Decreto 1485 de 1999 y Art. 14, Ley 1122 de 2007) y la realización de actividades (Artículo 4 Decreto 1804 de 1999, Artículo 14 Ley 1122 de 2007) por parte de las EPS para la protección y garantía del derecho a la salud.

2.1.1 Dimensiones del derecho a la salud que debe proteger un asegurador

Un asegurador en salud en el sistema colombiano tiene unas obligaciones asignadas por ley que al cumplirlas contribuyen a la protección general del derecho a la salud. En su caso particular, estas entidades tiene la obligación de proteger y garantizar las siguientes dimensiones del derecho a la salud, las cuales se pueden expresar de la forma como un usuario las podría entender mejor: preguntas sencillas con las cuales se sienta identificado. Al final, la calificación del desempeño que se le asigna a un asegurador estará en función del cumplimiento de estas tres dimensiones:

- 1. Dimensión 1. ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar que me enferme?** Se refiere a si mi asegurador conoce mi estado de salud, los riesgos que pueden afectarlo y si ha diseñado y puesto en marcha programas o actividades específicas para tratar de eliminarlos o mitigarlos. En términos técnicos esta obligación se refiere a las actividades de gestión integral del riesgo en salud que todo asegurador en salud debe realizar con su población afiliada, incluidas aquellas de coordinación con otros sectores para el manejo de los determinantes sociales de la salud. Al final el resultado que espero como usuario es tener la certeza de que mi asegurador protege mi derecho a la salud cuando demuestra que conoce mi estado de salud, los riesgos que pueden afectarlo y realiza de manera permanente acciones concretas para que me mantenga sano.

- 2. Dimensión 2. ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?** Se refiere a si cuando por alguna circunstancia debo solicitar y acudir a un servicio de salud, el asegurador dispone de todo lo necesario para que este sea para mí un proceso fácil y oportuno. En términos técnicos esta obligación se refiere en esencia a la disponibilidad y operatividad de una red de prestación de servicios suficiente e integral, y de un sistema de información de apoyo a través del cual pueda saber cuál es, donde está ubicada, que servicios ofrece y en que horarios, que opciones tengo para elegir, y además cómo los trámites para solicitar y autorizar el servicio se pueden realizar de manera fácil y rápida, y que en caso de necesitarlo alguien me pueda orientar. Al final el resultado que espero como usuario es tener la certeza de que mi asegurador me apoya y facilita acceder al prestador de servicios que requiero cuando me siento enfermo.
- 3. Dimensión 3. ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiarme y moverme dentro del sistema de salud?** Se refiere a si mi asegurador dispone de todos los medios físicos, tecnológicos y humanos necesarios para que cuando yo deba afiliarme al sistema de salud, cambiar de asegurador, inscribir un hijo y en general cualquier trámite de este tipo, pueda hacerlo de manera rápida y fácil, sin que ello se constituya en un obstáculo para poder acceder al disfrute de mi derecho a la salud. En términos técnicos esta obligación se refiere a la disponibilidad y operatividad de la infraestructura técnica, humana y de comunicaciones necesaria para que el usuario pueda realizar los trámites de afiliación, movilidad, y registro de novedades en el sistema de salud. Al final el resultado que espero como usuario es tener la certeza y satisfacción de que mi asegurador me apoya y facilita los trámites de afiliación, movilidad, y registro de novedades en el sistema de salud que requiera de una manera rápida y fácil.

Las dimensiones propuestas se evalúan considerando de un lado la percepción del usuario y de otro el cumplimiento de las obligaciones y la realización de actividades por parte de las EPS, de tal forma que se presente un ordenamiento donde se muestren las prácticas que mejor protegen el derecho a la salud. Consecuentemente la importancia de las dimensiones será igual, es decir todas tendrán el mismo peso dentro del cálculo final del ordenamiento, ya que todas ellas están protegiendo el derecho a la salud desde el punto de vista del asegurador; por tal razón se ha considerado inicialmente presentar los resultados de una institución para cada dimensión y un total utilizando promedio simple.

Con el objeto de validar que tanto grado de aceptación tendría una propuesta para presentar el ordenamiento por desempeño de EPS de esta manera, el Ministerio de Salud

y Protección Social contrató un estudio de grupos focales¹ cuyo objetivo general fue el de “Evaluar las alternativas propuestas para la presentación del *ranking* de las EPS construido por el Ministerio de Salud, identificando su capacidad, credibilidad, facilidad de lectura y comprensión de resultados”. A continuación se presentan de forma sintetizada los resultados del estudio:

Si bien es claro que el ranking de EPS debe permitir al usuario tomar decisiones, se hace necesario entre otros:

1. Identificar la capacidad de atraer la atención de la audiencia para cada una de las alternativas de presentación del *ranking*
2. Evaluar si la presentación de resultados del *ranking* de las EPS logra conexión emocional, permitiendo generar un entorno de confianza y comprensión al momento de su exposición
3. Validar si las alternativas de presentación del *ranking* ofrecen un intercambio consciente e inconsciente justo, lo que permite asimilar el contenido y apropiarse el mensaje
4. Identificar si la estructura de resultados conecta con el grupo objetivo y genera un nuevo aprendizaje, construyendo un mensaje poderoso capaz de ajustar comportamientos

Se buscaba entonces, comparar la presentación del ranking de aseguradores bajo el esquema del año inmediatamente anterior (2013) en el cual se tenía en cuenta: **Derechos:** Ordenamiento calculado a partir de los 14 criterios definidos por la Corte Constitucional (Cumplimiento Orden 20 de la Sentencia T-760); **Resultados en salud:** Ordenamiento calculado a partir de los indicadores del **Sistema de Evaluación de Actores** y, **Evaluación por el usuario:** Ordenamiento calculado a partir de los resultados de la Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS – Noviembre 2012, con el ranking de desempeño aseguradores 2014 considerando las dimensiones esenciales que evalúa el usuario en un ordenamiento de organizaciones de servicios de salud – EPS y presentadas a través de preguntas de fácil comprensión para el usuario: ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar me enferme?; ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?; ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud?

¹ El estudio de grupos focales fue desarrollado por la empresa TMG ® - total Marketing Group. El levantamiento de información se realizó en el mes de marzo de 2014 en 8 ciudades del país, en el cual se incluyen usuarios agrupados en edades entre 18 y 28 años, 29 y 40 años, 41 y 55 años o más.

Para el usuario elegir una EPS despierta interés, siempre y cuando se conozca cómo se hace y qué implicaciones conlleva dicha elección, al final de la evaluación de alternativas de presentación del ranking se concluyó que:

1. Un sistema de evaluación de las EPS debe garantizar como mínimo:
 - a) Objetividad en la evaluación.
 - b) Claridad de los criterios evaluados, estableciendo aquellos que responden a las necesidades de los usuarios.
 - c) Utilidad de la evaluación, que vaya más allá de ser un medio para elegir la EPS; es decir, que a partir de esos resultados se generen acciones de mejora en cada EPS.

2. La evaluación de los dos modelos de presentación de los resultados de la evaluación de las EPS mostró dos caminos con claras diferencias:
 - a) **Una opción desde los derechos** Parte de un concepto de alto impacto: el respeto de los derechos, lo que implícitamente sugiere la defensa de los usuarios y la exigencia de mejor calidad en el servicio; sin embargo, esta misma opción reúne las mayores dudas, pues los indicadores se perciben lejanos y técnicos, lo que genera desconfianza en su evaluación y aplicación.
 - b) **Una opción que parte desde las preguntas cercanas** Esta opción conecta mejor con los usuarios, pues cada una de las preguntas responde a necesidades reales y sentidas del servicio; adicionalmente, dispone de una columna de Total que se presenta como respeto por el ser humano, expresión que implica un sentimiento desde el usuario, pero también sugiere mayores consecuencias en su aplicación.

3. Para destacar la utilidad de esta herramienta, se sugiere:
 - a) **Publicación** La presentación de los resultados debe tener una periodicidad específica para que genere intención de consulta. Sin embargo, es necesario que se haga por diferentes medios, que permitan que toda la población tenga acceso a estos; como canales se proponen los centros de atención médica, los sitios *web*, las oficinas de las EPS, etc.
 - b) **Utilidad** Si bien la propuesta se centra en una herramienta para elegir la EPS, los entrevistados consideran que su impacto debe ser mayor, pues en la medida que la elección es una opción escasa, el impacto será mínimo. Se sugiere llevar esta evaluación a un modelo de estímulo y castigo, con el fin de establecer acciones concretas, como multas, beneficios o sanciones suficientemente motivantes, de tal forma que los actores del sistema se exijan y mejoren su calidad.

2.2 METRICAS PARA PRESENTACIÓN DEL ORDENAMIENTO POR DESEMPEÑO EPS

La metodología de trabajo que se utilizó para la realización de este ordenamiento por desempeño EPS, comprendió previamente la revisión de otros indicadores nacionales e internacionales que miden desempeño y resultados en salud, considerando en esta revisión los ámbitos de observación comprometidos, criterios o dimensiones involucradas y metodologías aplicadas. De acuerdo a lo anterior, se optó por construir un Índice de Desempeño en Salud (en adelante IDS) sobre la base de dimensiones objetivas, es decir, aquellas dimensiones (conformadas por un conjunto de indicadores de desempeño) que se sostienen estadísticamente a partir de datos cuantitativos que son registrados y actualizados con cierta regularidad por fuentes institucionales confiables.

Esta alternativa metodológica, tuvo también como propósito establecer con precisión la naturaleza de los factores que explican el mayor o menor desempeño de una EPS, desde la perspectiva del usuario, para lo cual se establecieron tres dimensiones como componentes de un IDEPS, bajo condiciones objetivas y comparables, ámbitos reconocidos como expresión de un mayor o menor desempeño en salud de una EPS, a saber:



Una vez definidos los ámbitos que constituyen el IDEPS, se establece:

1. Definición de los ejes con los cuales se evaluará el desempeño de las EPS:
 - a. Desempeño resultado calidad
 - b. Desempeño percepción usuarios
2. Definición de las fuentes de información:
 - a. EEVV-DANE.
 - b. CAC - ERC – VIH.
 - c. Resolución 4505 de 2012.
 - d. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS.
3. Definición de estándares mínimos para los indicadores:
 - a. se construyó una base de datos preliminar con más de 800 variables aplicables a todas las EPS y con un nivel de actualización anual, de los cuales se seleccionaron 15 variables provenientes de cinco fuentes secundarias de

- carácter público y privado (Anexo 1). Los indicadores están calculados en términos de su proporcionalidad. Estos indicadores, permiten medir y comparar el desempeño en salud de las EPS.
- b. Dado que las variables están sobre unidades y escalas diferentes, así como su comportamiento cuándo **más es mejor** y en otras cuando **menos es mejor**, se procedió a efectuar un proceso denominado de *normalización de datos* que permitiera sumar y promediar variables para la construcción de indicadores.
4. Indicadores agrupados alrededor de cada una de las tres dimensiones, tal como se presenta a continuación.

Tabla 1 ¿Qué tanto la EPS se preocupa por proteger la salud y evitar que el usuario se enferme?

Cod. indicador	Nombre del indicador
E-10	Tasa de incidencia sífilis congénita
S-04	Porcentaje de tamización para VIH en gestantes
S-06	Porcentaje de personas con diabetes mellitus estudiadas y clasificadas
O-01	Cobertura de citología cérvico uterina
O-02	Cobertura en consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez
5,1	% personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?" responden afirmativamente.

El conjunto de indicadores seleccionados para esta primera dimensión corresponde a todas aquellas actividades relacionadas con temas de Promoción y Prevención, los cuales desde el punto de vista del aseguramiento forman parte de la Gestión Integral del Riesgo en Salud.

Ante todo, una EPS debe tener un conocimiento claro del estado de salud de sus afiliados procurando que éstos no se enfermen y si finalmente se llegan a enfermar que reciban el tratamiento adecuado y oportuno dado que se conoce las condiciones de salud de los afiliados. Finalmente, las acciones que desarrolla la EPS orientadas a prevenir la enfermedad se reconocen efectivas tanto para el afiliado como para el asegurador.

Tabla 2 ¿Qué tanto la EPS le facilita al usuario el acceso a los servicios cuando los requiere?

Cod. indicador	Nombre del indicador	Justificación del Indicador Seleccionado
3.3_a	% de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días	Dando cumplimiento a lo establecido por la norma vigente Circular 056 de SNS y Decreto 019 de 2012 los tiempos de espera no deben superarse dado que estarían vulnerando la garantía del acceso a los servicios cuando se requieren.
3.3_b	% de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días	
3,10_a	% de personas que considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue: fácil / muy fácil	Para el usuario el hecho de obtener una cita en el menor tiempo posible mejora su nivel de satisfacción respecto a la EPS a la cual se encuentra afiliado
4,3_a	% personas que a la pregunta "¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?", responden : "probablemente si o definitivamente si"	Satisfacer la necesidad del afiliado hace referencia a prestar un servicio de salud cuando se requiera y que éste garantice mejor salud, mejor experiencia en la atención y menores costos de la misma, de tal forma que se haga evidente que los servicios se han diseñado pensando en el usuario, en su necesidad y no en los intereses de las empresas
S-03	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales	Actividades de promoción y prevención a medres gestantes minimizan el resultado del indicador

Tabla 3 ¿Qué tanto la EPS informa y facilita la afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud?

Cod. indicador	Nombre del indicador	Justificación del Indicador Seleccionado
3,16_a	% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)	De manera responsable las EPS están obligadas a dar a conocer la carta de derechos y deberes a sus afiliados por los diferentes canales de comunicación con los cuales mantengan contacto con ellos.
3,16_g	% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño)	De manera responsable las EPS están obligadas a dar a conocer la carta de desempeño a sus afiliados por los diferentes canales de comunicación con los cuales mantengan contacto con ellos.
4,11_a	% de personas que presentó queja ante la EPS y su principal motivo fue "Demora en el servicio de autorizaciones"	No garantizar la adecuada prestación del servicio por demora en autorizaciones refleja el bajo nivel de satisfacción del afiliado frente a su EPS
PQR - SNS	tasa PQR por 10.000 afiliados (negación afiliación", "barreras de acceso en la afiliación (trámites no contemplados por la ley)" y "trámites administrativos para la afiliación que son responsabilidad de las EPS, traslados al usuario")	Las solicitudes de traslados están debidamente reconocidas y autorizadas por la ley, cualquier inconveniente no justificado es motivo de bajos niveles de satisfacción del afiliado frente a su EPS

En su mayoría las variables seleccionadas se encuentran en porcentajes y tienen una escala que va de 0 a 100, sin embargo para las variables "tasa" la transformación escogida recoge los elementos expuestos y transforma las variables originales en una escala que va desde el cero (0) al cien (100) y expresa la noción **más es mejor**. Si se llama a las variables originales X_i y sus transformaciones como Z_i , la transformación es:

$$Z_1(i) = 100 \times \frac{Max [X_i] - X_i}{Max [X_i] - Min[X_i]}$$

$$Z_2(i) = 100 \times \frac{X_i - Min [X_i]}{Max [X_i] - Min[X_i]}$$

La transformación $Z_1(i)$ se aplica a aquellas variables donde **más es peor**, ya que para el máximo valor de X_i el valor $Z_1(i)$ tiene un valor 0 y para el mínimo de X_i tiene un valor 100. La transformación $Z_2(i)$ se aplica a aquellas variables que expresan numéricamente que

“más es MEJOR” ya que el valor de $Z_2(i)$ para el máximo de X_i es 100 y para el mínimo de X_i tiene un valor de 0.

Efectuado el proceso de normalización de datos, se procedió a efectuar el cálculo para determinar el resultado de cada una de las tres dimensiones propuestas. Tal como se mencionó anteriormente, para las dimensiones del derecho a la salud que debe proteger un asegurador, se establece un principio de equivalencia entre ellas: “todas tendrían el mismo peso dentro del cálculo final del ordenamiento, ya que todas ellas están protegiendo el derecho a la salud desde el punto de vista del asegurador”. Finalmente, se realizó un promedio simple de los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones y se obtuvo el **Índice de Desempeño EPS (IDEPS)** para las aseguradoras del régimen subsidiado y régimen contributivo.

3 RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del Índice de Desempeño EPS (IDEPS) tanto para aquellas EPS que forman parte del régimen subsidiado como del régimen contributivo. Así mismo, el hecho de considerar tres dimensiones claramente identificadas puede llegar a permitir intervenciones proactivas en las EPS en procura de mejorar el desempeño en beneficio el usuario.

3.1 RESULTADOS EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

Tabla 4 Desempeño EPS Régimen Subsidiado

EPS		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	TOTAL
SAVIA SALUD	CCF002	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO
COMFAMILIAR CARTAGENA	CCF007	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
COMFABOY	CCF009	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO
COMFACOR	CCF015	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO
CAFAM	CCF018	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
COMFAGUAJIRA	CCF023	BAJO	ALTO	BAJO	MEDIO
COMFAMILIAR HUILA	CCF024	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
CCF DE NARIÑO	CCF027	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO
CCF DE SUCRE	CCF033	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO
COMFACUNDI	CCF053	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
CAJACOPI ATLÁNTICO	CCF055	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO
COLSUBSIDIO	CCF101	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
CCF DEL CHOCÓ	CCF102	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO
CAPRECOM	EPS020	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
CONVIDA	EPS022	ALTO	BAJO	MEDIO	MEDIO
CAPRESOCA E.P.S.	EPS025	MEDIO	BAJO	ALTO	BAJO
CAFESALUD EPS RS	EPSS03	BAJO	MEDIO	MEDIO	BAJO
SALUDVIDA E.P.S. RS	EPSS33	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO
CAPITAL SALUD	EPSS34	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
EMDISALUD	ESS002	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
COOSALUD	ESS024	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
ASMET SALUD	ESS062	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO
AMBUQ EPS	ESS076	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
ECOOPSOS	ESS091	ALTO	BAJO	ALTO	MEDIO
EMSSANAR E.S.S	ESS118	BAJO	ALTO	ALTO	ALTO
COMPARTA	ESS133	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
MUTUAL SER	ESS207	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO

Nota: No se incluyen las siguientes EPSS por encontrarse en proceso de liquidación: Humana Vivir, Selvasalud, Caja de Compensación Familiar del Norte de Santander- COMFANORTE, Caja de Compensación Familiar del Oriente Colombiano - COMFAORIENTE.

El resultado promedio del **Índice de Desempeño** para las aseguradoras del régimen subsidiado refleja una situación en la cual el desempeño en las tres dimensiones es MEDIO. Si se considera el resultado para cada una de las dimensiones hay tres aspectos a tener en cuenta: 1) los temas relacionados con promoción y prevención así como de gestión integral en salud deben mejorar en más de la mitad de las EPS del régimen subsidiado, de tal forma que el cumplimiento de los indicadores que forman parte de la dimensión 1 “Qué tanto mi EPS protege mi salud y evita que me enferme” se cumplan y el IDEPS sea más alto; 2) A pesar de los inconvenientes relacionados con la efectiva prestación de servicios, dimensión 2 “Qué tanto mi EPS facilita el acceso a los servicios cuando los requiero”, el cumplimiento de los indicadores que forman parte de la dimensión 2 se cumple en gran mayoría de las EPS, se aclara que si bien algunas de ellas están clasificadas con MEDIO o BAJO individualmente los indicadores reportan resultados satisfactorios.; 3) las acciones orientadas a mejorar y facilitar el cumplimiento de la dimensión 3 “Qué tanto mi EPS me informa y facilita moverme dentro del sistema de salud” es MEDIO, la comunicación entre Asegurador – Usuario existe pero debe mejorarse aprovechando de una mejor forma los medios de comunicación que se disponen.

3.2 RESULTADOS EPSI RÉGIMEN SUBSIDIADO INDÍGENAS

Tabla 5 Desempeño EPSI Régimen Subsidiado indígenas

EPS		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	TOTAL
DUSAKAWI EPSI	EPSI01	MEDIO	ALTO	MEDIO	ALTO
MANEXKA	EPSI02	BAJO	ALTO	MEDIO	MEDIO
A.I.C. EPSI	EPSI03	MEDIO	MEDIO	ALTO	MEDIO
ANAS WAYUU EPSI	EPSI04	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
MALLAMAS EPSI	EPSI05	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
PIJAOS SALUD EPSI	EPSI06	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO

El resultado promedio del **Índice de Desempeño** para las aseguradoras del régimen subsidiado que atienden población indígena refleja una situación en la cual el desempeño en las tres dimensiones es MEDIO. Aquellas EPSI con resultado total ALTO tienen una o dos dimensiones con resultado MEDIO, situación que implica a mejorar en cada uno de los indicadores relacionados con esas dimensiones. Las EPSI con resultado final BAJO deben presentar un plan de mejoramiento alineado con el presentado a la Superintendencia Nacional de Salud, de tal manera que se logren corregir los aspectos que están generando indicadores con resultado bajo en cada una de las tres dimensiones consideradas.

3.3 RESULTADOS EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Tabla 5 Desempeño EPS Resultado Final

EPS		Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	TOTAL
ALIANSA SALUD EPS	EPS001	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTO
SALUD TOTAL	EPS002	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
CAFESALUD EPS RC	EPS003	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO
E.P.S. SANITAS	EPS005	MEDIO	ALTO	ALTO	MEDIO
COMPENSAR	EPS008	ALTO	MEDIO	MEDIO	ALTO
EPS SURA	EPS010	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
COMFENALCO VALLE	EPS012	BAJO	ALTO	ALTO	MEDIO
SALUDCOOP	EPS013	BAJO	BAJO	MEDIO	BAJO
COOMEVA E.P.S.	EPS016	MEDIO	ALTO	MEDIO	MEDIO
FAMISANAR	EPS017	ALTO	BAJO	BAJO	ALTO
S.O.S.	EPS018	ALTO	MEDIO	ALTO	ALTO
CRUZ BLANCA	EPS023	MEDIO	MEDIO	BAJO	BAJO
SALUDVIDA E.P.S. RC	EPS033	BAJO	MEDIO	BAJO	BAJO
NUEVA EPS	EPS037	ALTO	BAJO	MEDIO	MEDIO
GOLDEN GROUP	EPS039	BAJO	BAJO	BAJO	BAJO

Para las aseguradoras del régimen contributivo el resultado promedio del **Índice de Desempeño** es MEDIO. Las tres dimensiones obtienen en promedio un resultado MEDIO; este resultado evidencia que se facilita el acceso a los servicios de salud pero no oportunamente o cuando se requiere. No se considera negación del servicio pero es una llamada de atención para minimizar tiempos de espera de tal forma que la experiencia en la atención, desde que se solicita la cita y se asiste al médico o se programa cualquier tipo de examen o cirugía, el proceso genere una experiencia satisfactoria para el usuario.

Se puede entonces considerar que si bien se conocen y desarrollan los temas de gestión integral de riesgo en salud, aun se desaprovecha la información que puede llegar a minimizar desenlaces que conduzcan a que un paciente se enferme o su estado de salud empeore.

4 REFLEXIONES FINALES

1. Presentar los resultados del desempeño de las aseguradoras a través de un ordenamiento se convierte no en una moda sino en la necesidad de conocer temas relacionados con el desempeño del aseguramiento, la prestación del servicio a sus afiliados y la calidad del mismo.
2. Las aseguradoras tendrán la oportunidad de comparar sus resultados con sus competidores y establecer acciones que les permita estar en los primeros lugares en cuanto a desempeño y calidad se refiere.
3. Aquellas aseguradoras cuyo resultado sea BAJO deben establecer medidas de acción al interior de las empresas y establecer contacto tanto con el Ministerio de Salud y Protección Social como con la Superintendencia Nacional de Salud para desarrollar un programa para desarrollo y fortalecimiento de capacidades que permitan alcanzar un mejor desempeño en la prestación de servicios de salud a sus afiliados.
4. La simplicidad en la presentación de la información debe servir a los afiliados para conocer el desempeño de su EPS comparada con otras.
5. Tres dimensiones logran simplificar la presentación del ranking de desempeño para las aseguradoras tanto del régimen subsidiado como del contributivo, presentadas como preguntas que logran ver reflejadas las necesidades de los afiliados: Dimensión 1. ¿Qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar me enferme?, Dimensión 2. ¿Qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?, Dimensión 3. ¿Qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafilarme y moverme dentro del sistema de salud?
6. Considerando que las tres dimensiones tienen igual importancia cuando de garantizar el derecho a la salud se refiere, el índice de desempeño será el resultado promedio que refleje el trato que como ser humano recibo de la EPS y en qué medida resuelve mi necesidad/problema.
7. El total del **Índice de Desempeño** para aseguradoras del Régimen Subsidiado y para aseguradoras que atienden población indígena - EPSI, es decir “En qué medida mi EPS resuelve mi necesidad o problema” es MEDIO un resultado que refleja un estado de confort en el cual se cumple pero no se esfuerza para brindar la mejor calidad en la prestación del servicio a los afiliados.

8. Las EPS del régimen subsidiado que obtienen un resultado ALTO en el IDEPS y que resuelven en gran medida las necesidades de sus afiliados son en orden alfabético: CAFAM, CCF DE NARIÑO, CCF DE SUCRE, COMFAMILIAR CARTAGENA, COMFACOR, COMFAMILIAR HUILA, COOSALUD, EMSSANAR ESS Y MUTUAL SER
9. Las EPS del régimen subsidiado que obtienen un resultado MEDIO en el IDEPS son (en orden alfabético): AMBUQU EPS, ASMET SALUD, COMPARTA, COMFAGUAJIRA, CONVIDA, ECOPSOS, EMDISALUD, SALUDVIDA EPS RS, Y SAVIA SALUD.
10. Las EPS del régimen subsidiado que obtienen un resultado BAJO en el IDEPS son (en orden alfabético): CAFESALUD EPS RS, CAJACOPI ATLÁNTICO, CAPITAL SALUD, CCF DEL CHOCÓ, CAPRECOM, CAPRESOCA EPS, COLSUBSIDIO, COMFABOY Y COMFACUNDI.
11. Las EPS indígenas del régimen subsidiado que obtienen un resultado ALTO en el IDEPS y que resuelven en gran medida las necesidades de sus afiliados son en orden alfabético: ANAS WAYUU EPSI Y DUSAKAWI EPSI
12. Las EPS indígenas del régimen subsidiado que obtienen un resultado MEDIO en el IDEPS son (en orden alfabético): A.I.C. EPSI Y MANEXCA
13. Las EPS indígenas del régimen subsidiado que obtienen un resultado BAJO en el IDEPS son (en orden alfabético): MALLAMAS EPSI Y PIJAOS SALUD EPSI.
14. Para las aseguradoras del régimen contributivo el **Índice de Desempeño** presenta un resultado es MEDIO. Teniendo mayores recursos financieros y administrativos se esperaría el pleno cumplimiento de los indicadores de calidad y desempeño, los resultados como se expreso en la sección son una llamada de atención para minimizar tiempos de espera de tal forma que la experiencia en la atención, desde que se solicita la cita y se asiste al médico o se programa cualquier tipo de examen o cirugía, el proceso genere una experiencia satisfactoria para el usuario.
15. Las EPS del régimen contributivo que obtienen un resultado ALTO en el Desempeño en Salud son (en orden alfabético): ALIANSALUD EPS, COMFENALCO VALLE, COMPENSAR, E.P.S. SURA, FAMISANAR Y S.O.S. EPS
16. Las EPS del régimen subsidiado que obtienen un resultado MEDIO en el IDEPS son (en orden alfabético): COOMEVA, COMFENALCO VALLE, EPS SANITAS, NUEVA EPS Y SALUD TOTAL.

17. Las EPS del régimen subsidiado que obtienen un resultado promedio BAJO en el **Índice de Desempeño** son (en orden alfabético): CAFÉ SALUD EPS R.C., CRUZ BLANCA EPS, GOLDEN GROUP, SALUD COOP, SALUD VIDA E.P.S. RC..
18. Comparando los resultados de los dos regímenes, el IDEPS es mayor para las aseguradoras del régimen contributivo que para las aseguradoras del régimen subsidiado.
19. Finalmente y para tener en cuenta. Todas las aseguradoras que pertenecen al régimen subsidiado y contributivo deben mejorar en sus indicadores de desempeño y calidad. Los resultados alcanzados dejan abierta la posibilidad de mejora de todas ellas y para lo cual el trabajo conjunto con Ministerio de Salud y Protección Social y con Superintendencia Nacional de Salud permitirá mejorar sus capacidades para garantizar el cumplimiento total del Derecho a la Salud que deben tener todos sus afiliados protegiendo la salud de ellos y evitando que se enfermen, agilizando el acceso a los servicios cuando lo requieran e informando y facilitando afiliarse, desafiliarse y moverse dentro del sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

García, A., & al., e. (2006). Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their. *Gac Sanit*, 20(4) , p. 316-324.

OECD. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Zurich: OECD Publishing.

OMS. (2002). *Estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de Salud*. Organización Mundial de la Salud.

Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. *Science New Series*, Vol 185, No. 4157 , p. 1124-1131.

ANEXOS

¿Qué tanto la EPS se preocupa por proteger la salud y evitar que el usuario se enferme?

E-10 Tasa de incidencia sífilis congénita

Nombre del indicador		Tasa de incidencia de Sífilis Congénita	
Definición		Se define como el número de casos nuevos de sífilis congénita, entre los nacidos vivos en un periodo de tiempo.	
Objetivo del indicador		Realizar un análisis periódico de la tendencia de la de incidencia de Sífilis Congénita permite determinar las áreas y poblaciones con mayor riesgo frente al evento, para definir y planear intervenciones frente al mismo.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre el número de casos nuevos de nacidos vivos con Sífilis Congénita y el número de nacidos vivos	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de casos nuevos de nacidos vivos con Sífilis Congénita	1000	por 1.000 nacidos vivos
Denominador	Total de nacidos vivos		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Numerador: SIVIGILA Denominador: RUAF-ND	

S-04 Porcentaje de tamización para VIH en gestantes

Nombre del indicador		Porcentaje de tamización para VIH en gestantes
Definición		Es el porcentaje de mujeres en estado de gestación que tienen toma de ELISA para VIH.
Objetivo del indicador		Aspecto importante en el diagnóstico precoz del VIH en la mujer embarazada para poder instaurar tratamientos inmediatos y evitar la factibilidad de que el menor recién nacido sea portador del virus.
Fórmula de Cálculo		Cociente entre total de mujeres en estado de gestación con toma de ELISA para VIH y el total de

		mujeres en estado de gestación en un período y territorio determinado	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total de mujeres en estado de gestación con toma de ELISA para VIH	100	%
Denominador	Total de Mujeres en estado de Gestación		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Numerador: Resolución 4505 Denominador: Resolución 4505	

S-06 Porcentaje de personas con diabetes mellitus estudiadas y clasificadas

Nombre del indicador		Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.	
Definición		Expresa la proporción de casos con diagnóstico de diabetes mellitus estudiados para enfermedad renal crónica en relación con los casos reportados	
Objetivo del indicador		Monitorear el funcionamiento de las estrategias para la detección, diagnóstico y clasificación de la enfermedad renal crónica en pacientes con diagnóstico de patologías precursoras de la enfermedad.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre el número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de diabetes mellitus y el total de personas reportadas con éste diagnóstico	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de diabetes mellitus	100	%
Denominador	Total de personas		

	reportadas con diagnóstico de diabetes mellitus		
Periodicidad	Anual		
Fuente	Cuenta de Alto Costo		

O-01 Cobertura de citología cérvico uterina

Nombre del indicador		Cobertura de citología cervico uterina	
Definición		Es el porcentaje de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología cervico uterina.	
Objetivo del indicador		Permite monitorear la gestión de la aseguradora para al seguimiento de las mujeres de 25 años frente a la detección temprana de cáncer de cuello uterino.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre Total mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología cervico uterina y el Total de Mujeres entre 25 y 69 años en un período y territorio determinado	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología cervico uterina	100	%
Denominador	Total de Mujeres entre 25 y 69 años		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Numerador: Resolución 4505 Denominador: Resolución 4505	

O-02 Cobertura en consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez

Nombre del indicador		Cobertura de consulta para crecimiento y desarrollo de primera vez	
Definición		Es el porcentaje de niños menores de 10 años que tienen consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez.	
Objetivo del indicador		Permite monitorear la gestión de la aseguradora frente a la protección de la salud del menor de 10	

		años para la identificación temprana de factores de riesgo en dicha población.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre Total de niños menores de 10 años que tienen consulta de primera vez por crecimiento y desarrollo y el Total de niños menores de 10 años en un período y territorio determinado	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total de niños menores de 10 años que tienen consulta de primera vez por crecimiento y desarrollo	100	%
Denominador	Total de niños menores de 10 años		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Numerador: Resolución 4505 Denominador: Resolución 4505	

5,1 % personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?" responden afirmativamente.

Nombre del indicador	% personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?" responden afirmativamente.
Definición	Expresa el porcentaje de personas que afirma haber sido invitado por su EPS a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
Objetivo del indicador	Evaluar la difusión de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?" responden afirmativamente, y el total de personas

		encuestadas	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?" responden afirmativamente	100	%
Denominador	Total de personas encuestadas		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS	

¿Qué tanto la EPS le facilita al usuario el acceso a los servicios cuando los requiere?

3.3_a % de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días

Nombre del indicador		% de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días	
Definición		Expresa el porcentaje de usuarios que utilizaron el servicio de medicina general y obtuvieron la cita antes de 3 días.	
Objetivo del indicador		Identificar el cumplimiento de lo estipulado en el decreto ley 019 de acuerdo a la experiencia de los usuarios.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre el número de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días, y el número de usuarios que afirman haber utilizado el servicio de medicina general.	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días	100	porcentaje
Denominador	Número de usuarios que afirman haber utilizado		

	el servicio de medicina general.		
Periodicidad	Anual		
Fuente	Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS		

3.3_b % de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días

Nombre del indicador		% de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días	
Definición		Expresa el porcentaje de usuarios que utilizaron el servicio de medicina especializada y obtuvieron la cita antes de 30 días.	
Objetivo del indicador		Identificar el tiempo de espera para las citas de medicina especializada.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre el número de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días, y el número de usuarios que afirman haber utilizado el servicio de medicina especializada.	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días	100	porcentaje
Denominador	Número de usuarios que afirman haber utilizado el servicio de medicina especializada		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS	

3,10_a % de personas que considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue: fácil / muy fácil

Nombre del indicador	% de personas que considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue: fácil / muy
-----------------------------	--

		fácil	
Definición	Porcentaje de personas que considera que acceder a servicios de salud a través de su EPS fue fácil o muy fácil		
Objetivo del indicador	Evaluar la percepción del usuario frente al acceso a servicios de salud a través de su EPS		
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de personas que a la pregunta "En general en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue:" respondió fácil / muy fácil, y el número total de personas encuestadas		
Fórmula del indicador	Factor	Unidad de medida	
Numerador	Número de personas que a la pregunta "En general en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue:" respondió fácil / muy fácil	100	%
Denominador	Número total de personas encuestadas		
Periodicidad	Anual		
Fuente	Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS		

4,3_a % personas que a la pregunta "¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?", responden: "probablemente si o definitivamente si"

Nombre del indicador	% personas que a la pregunta "¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de
-----------------------------	--

		salud necesarios?", responden:"probablemente si o definitivamente si"	
Definición	Expresa el porcentaje de personas que considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios.		
Objetivo del indicador	Evaluar la confianza en la EPS.		
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número personas que a la pregunta "¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?", responden:"probablemente si o definitivamente si", y el total de personas encuestadas		
Fórmula del indicador	Factor	Unidad de medida	
Numerador	100	%	
Denominador		Total de personas encuestadas	
Periodicidad	Anual		
Fuente	Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS		

S-03 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales

Nombre del indicador	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales
Definición	Se define como la proporción de nacidos vivos cuyas

	madres asistieron a cuatro o más controles prenatales durante su gestación.		
Objetivo 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 morbimortalidad materna y perinatal.		
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de nacidos vivos cuyas madres recibieron 4 o más consultas de control prenatal y el número de nacidos vivos		
Fórmula del indicador	Factor	Unidad de medida	
Numerador	número de nacidos vivos que recibieron 4 o más controles prenatales	100	%
Denominador	Total de nacidos vivos		
Periodicidad	Anual		
Fuente	Numerador: RUAF-ND Denominador: RUAF-ND		

¿Qué tanto la EPS informa y facilita la afiliación, desafiliación y movimiento dentro del sistema de salud?

3,16_a % de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)

Nombre del indicador	% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)
Definición	Porcentaje de personas que recibieron la carta de derechos y deberes.
Objetivo del indicador	Evaluar la entrega de la Carta de derechos y deberes.
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de personas que a la pregunta “¿Su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)? respondió “Sí”, y el número total de personas encuestadas.

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas que a la pregunta “¿Su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)? respondió “Si”.	100	%
Denominador	Número total de personas encuestadas		
Periodicidad		Anual	
Fuente		Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS	

3,16_g % de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño)

Nombre del indicador		% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño)	
Definición		Porcentaje de personas que recibieron la carta de desempeño.	
Objetivo del indicador		Evaluar la entrega de la Carta de desempeño.	
Fórmula de Cálculo		Cociente entre el número de personas que a la pregunta “¿Su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño)? respondió “Si”, y el número total de personas encuestadas.	
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas que a la pregunta “¿Su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de la EPS (carta de desempeño)?” respondió “Si”.	100	%
Denominador	Número total de personas encuestadas		
Periodicidad		Anual	

Fuente	Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS
---------------	--

4,11_a % de personas que presentó queja ante la EPS y su principal motivo fue "Demora en el servicio de autorizaciones"

Nombre del indicador	% de personas que presentó queja ante la EPS y su principal motivo fue "Demora en el servicio de autorizaciones"		
Definición	Porcentaje de personas que presentó queja ante la EPS y su principal motivo fue "Demora en el servicio de autorizaciones"		
Objetivo del indicador	Evaluar los motivos de quejas ante la EPS.		
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de personas que a la pregunta "¿Cuál fue el principal motivo de la última queja que presentó?" respondió "Demora en el servicio de autorizaciones" y el número de personas que afirma haber interpuesto quejas ante la EPS.		
Fórmula del indicador	Factor	Unidad de medida	
Numerador	100	%	
Número de personas que a la pregunta "¿Cuál fue el principal motivo de la última queja que presentó?" respondió "Demora en el servicio de autorizaciones"			
Denominador			
Número de de personas que afirma haber interpuesto quejas ante la EPS.			
Periodicidad	Anual		
Fuente	Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS		

Tasa PQR por 10.000 afiliados

Nombre del indicador	Tasa PQR por 10.000 afiliados
Definición	Porcentaje de personas que presentó queja ante la SNS por las siguientes causas:

		“negación afiliación”, “barreras de acceso en la afiliación (trámites no contemplados por la ley)” y “trámites administrativos para la afiliación que son responsabilidad de las EPS, traslados al usuario	
Objetivo del indicador	Evaluar las quejas presentadas ante la SNS por motivos relacionados con la afiliación, desafiliación y movimiento entre EPS.		
Fórmula de Cálculo	Cociente entre el número de quejas presentadas ante la SNS por los siguientes motivos: negación afiliación”, “barreras de acceso en la afiliación (trámites no contemplados por la ley)” y “trámites administrativos para la afiliación que son responsabilidad de las EPS, traslados al usuario” y el número de afiliados a la EPS con corte a diciembre de 2013, multiplicado por 10.000		
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de quejas presentadas ante la SNS por los siguientes motivos: negación afiliación”, “barreras de acceso en la afiliación (trámites no contemplados por la ley)” y “trámites administrativos para la afiliación que son responsabilidad de las EPS, traslados al usuario”	10.000	Tasa por 10.000
Denominador	Número de afiliados a la EPS con corte a diciembre de 2013.		
Periodicidad		Anual	
Fuente		PQR - SNS	