Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS

2016

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUÍZ GOMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERMAN ESCOBAR MORALES
Jefe Oficina de Calidad

CLAUDIA MILENA CUELLAR SEGURA
Directora De Epidemiologia Y Demografía

Equipo técnico de la Oficina de Calidad
Eric Barney Iglesias
Camilo Matajira
Jhonathan Javier Rodríguez Lozano

Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS

Informe año 2016

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Oficina de Calidad

Contenido

1 Introducción 8

2 Justificación 11

3 Metodología 12

3.1 Identificación de las prioridades de medición 12

3.2 Conformación del Equipo de Medición 13

3.3 Revisión de la práctica y la evidencia existente 13

3.4 Construcción y selección de los indicadores 14

3.5 Análisis estadístico 16

4 Indicadores de DTS 19

4.1 Salud ambiental 19

4.1.1 Tasa de incidencia de dengue 19

4.1.2 Chikunguña y Zika 23

4.1.3 Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre 25

4.2 Vida saludable y condiciones no transmisibles 29

4.2.1 Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años 30

4.2.2 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres 33

4.2.3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero 37

4.3 Convivencia social y salud mental 42

4.3.1 Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente 42

4.4 Seguridad alimentaria y nutricional 45

4.4.1 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer 46

4.4.2 Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 5 años 52
4.5 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos 56
4.5.1 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años 57
4.5.2 Razón de mortalidad materna 62
4.5.3 Prevalencia de VIH/Sida 67
4.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles 69
4.6.1 Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis 70
4.7 Gestión diferencial de poblaciones vulnerables 74
4.7.1 Tasa de mortalidad infantil 75
4.7.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA 79
4.8 Indicadores de flujo y administración de recursos - Porcentaje de recursos ejecutados. 85
5 Indicadores de EPS 88
5.1 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud 88
5.1.1 Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general (EPS) 88
5.1.2 Oportunidades en la asignación de cita en consulta de odontología general (EPS) . 92
5.1.3 Tasa de traslados desde la EPS 96
5.2 Indicadores de satisfacción de los usuarios 100
5.3 Indicadores de quejas de los usuarios 108
5.4 Vida saludable y condiciones no transmisibles 114
5.5 Indicadores de gestión de riesgo para la ERC 114
5.6 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos 118
5.6.1 Porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales 119

5.6.2 Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años 124
5.6.3 Porcentaje de trasmisión materno infantil del VIH 127
5.7 Gestión diferencial de poblaciones vulnerables 129
5.7.1 Mortalidad perinatal 130
5.8 Indicadores de flujo y administración de recursos 136
5.8.1 Indicadores de Capital 137
5.8.2 Indicadores de calidad del Activo 139
5.8.3 Indicadores de capacidad de la Gerencia 142
5.8.4 Indicadores de rentabilidad 144
5.8.5 Indicadores de Liquidez 151
6 Indicadores de IPS 155
6.1 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud 155
6.1.1 Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general (IPS) 155
6.1.2 Oportunidades en la atención en consulta de odontología general (IPS) 156
6.1.3 Tasa de satisfacción global (IPS) 157
6.2 Indicadores de flujo y administración de recursos 159
6.2.1 Indicadores de Capital 160
6.2.2 Calidad del activo 163
6.2.3 Capacidad de la gerencia 167
6.2.4 Rentabilidad 170
6.2.5 Liquidez 174
7 Conclusiones 179
8 Bibliografía 185

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Introducción, Justificación & Metodología

1 Introducción

Son múltiples las maneras de medir y presentar el desempeño de un Sistema de Salud, con una tendencia mundial centrada en el paciente, la cual se ve influenciada y a su vez se hace efectiva en el empoderamiento de sus derechos.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha priorizado un conjunto de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS) con el propósito de orientar la formulación de políticas e intervenciones en salud, a partir de un sistema único y representativo para el país, el cual ha sido materializado en el Sistema de Información Integral de la Protección Social (SISPRO).

A través del SISPRO, el Ministerio recopila datos sanitarios de diversas fuentes de información, entre las que se destacan los registros vitales de nacimientos y defunciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la Encuesta Nacional de Salud (ENS) y el Registro Único de Afiliados (RUAF), entre otras.

Asimismo, el país cuenta con el Sistema de Información para la Calidad (SIC), el cual permite, entre otros, realizar el seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad de la atención en salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El SIC brinda información a los usuarios para elegir libremente sus proveedores en salud teniendo en cuenta la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano.

Hoy en día, la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que anualmente realiza el MSPS, ha cogido gran fuerza para la evaluación de desempeño de las EPS. Se ha convertido en el gran insumo para la elaboración del Ranking de EPS, así como en una herramienta para los usuarios de vital importancia en la toma de decisiones para la elección de su Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Del mismo modo, otras acciones integradas en la gestión del conocimiento en salud que realiza el Ministerio, tales como la investigación y el análisis de la situación de salud, representan otras fuentes de información, que junto a las arriba mencionadas, pueden ser utilizadas para dar respuesta a las necesidades que, en materia de evaluación de calidad y desempeño de los actores del SGSSS, demandan el sistema mismo y sus usuarios.

Los sistemas de seguimiento y evaluación son una iniciativa multidimensional enfocada a hacer el desarrollo global más efectivo por medio de herramientas de administración basada en resultados. En este sentido, se debe contar con información que permita retroalimentar las acciones gubernamentales facilitando mayor entendimiento de la evolución de situaciones y dificultades específicas, a través del ajuste y orientación de planes, programas y proyectos en el momento oportuno para garantizar alcanzar estos resultados.

La herramienta básica para estos sistemas son los indicadores, los cuales permiten tener una visión de la realidad que se pretende transformar con el proyecto o política que se pondrá en marcha. Los indicadores permiten valorar las modificaciones de las características del problema que se quiere medir, es decir que permiten calcular las variaciones y dinámicas de la dimensión política, económica o social que se quiere monitorear y evaluar.

No obstante, contar con un gran volumen de información en salud no garantiza una evaluación integral del desempeño y la calidad de los actores de nuestro sistema sanitario. Para ello se precisa de un plan que defina lo que se quiere medir, acompañado de una metodología que lo haga sistemático y confiable tanto para quienes son evaluados, como para los usuarios finales de dicha evaluación, tales como los pacientes y tomadores de decisiones en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente informe del Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA) tiene los siguientes objetivos:

- Responder al Artículo 111 de la Ley 1438 de 2011. Para este año el informe incorpora indicadores sobre la administración y flujo de recursos.

- Continuar con la metodología utilizada para la selección de los indicadores que lo componen.
- Describir los resultados clave del análisis de la información de dichas mediciones, considerando el histórico disponible según la fuente de información.
- Servir como referente de consulta para el gobierno central y local, los diferentes agentes del sector, los usuarios, y el público en general sobre la situación del SGSSS en los aspectos evaluados, para ayudar a la toma de decisiones de cada uno de acuerdo a sus competencias y fortalecer la participación ciudadana informada.

2 Justificación

Dentro de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra garantizar el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad por parte de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Entre las cuales, la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, así como los resultados en términos de desempeño de la atención, son prioridad para el Ministerio.

Por lo anterior, y en cumplimiento a lo ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, es responsabilidad del Ministerio desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores (SEA) arriba mencionados, con el propósito de dar a conocer públicamente información relacionada con la gestión del riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, así como la calidad en la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS.

Para dar respuesta a lo ordenado por la Ley, el presente informe reúne un conjunto de indicadores a partir de las fuentes de información disponibles en SISPRO y a través de otras fuentes externas oficiales, considerándose en su selección el análisis de situación de salud del país, las políticas en salud pública y la evidencia científica disponible.

3 Metodología

Con el fin de medir el desempeño de DTS, EPS e IPS en el marco del SGSSS colombiano, este informe consolida una estrategia metodológica secuencial que permite la construcción, selección y análisis de indicadores que respondan con la necesidad de medición arriba mencionada. En consecuencia, se sintetiza una serie de pasos que abarca desde la identificación de las prioridades de medición, pasando por la revisión de la literatura disponible, hasta el diseño final de los indicadores. La estrategia se articula además con el marco conceptual de desempeño de un Sistema de Salud antes descrito (proyecto Health Care Quality Indicator de la OCDE), el cual plantea una serie de atributos en torno a los cuales debe girar el desempeño de un Sistema de Salud. Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se describe en detalle la metodología utilizada.

3.1 Identificación de las prioridades de medición

Varios propósitos pueden confluir en la decisión de qué medir, siendo los del SEA aquellos definidos en el Artículo 111 dela Ley 1438 de 2011. Al respecto, el Artículo 111 de dicha Ley ordena que el SEA debe permitir conocer públicamente la gestión del riesgo en salud, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, indicadores de calidad en la atención y de satisfacción del usuario. Este año incorporamos aspectos relacionado con la administración y flujo de recursos.

Asimismo, la Ley establece que el SEA deberá alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales. Para ello, esta propuesta enfatiza la pertinencia de seguir como guía para la elección de dichas metas, aquellas contempladas en las dimensiones de medición del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, como producto del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2010-2014.

Además, el PDSP responde a las problemáticas de salud priorizadas, las cuales son determinadas por los Análisis de la Situación de Salud (ASIS) locales, regionales y nacionales. Así, el PDSP define 8

dimensiones prioritarias y dos transversales. Las prioritarias son: Salud ambiental, Vida saludable y condiciones no transmisibles, Convivencia social y salud mental, Seguridad alimentaria y nutricional, Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos y Vida saludable y enfermedades transmisibles, y las transversales, Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud dentro de las transversales. enmarcan las dimensiones de medición de esta propuesta(1).

Del mismo modo, y en concordancia con el rol de los actores evaluados por el SEA, el PDSP determina las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las DTS, y de todos los demás actores del SGSSS, que se complementan con las acciones de los otros sectores, definidas en el PND y en los planes de desarrollo territorial.

3.2 Conformación del Equipo de Medición

El Equipo de Medición (EM) se conformó buscando la representatividad de diferentes perspectivas, y la confluencia de expertos en calidad de los servicios de salud y metodólogos que aseguraran la validez de los indicadores, las fuentes de información y el análisis de los datos.

Posterior a la definición del conjunto de indicadores con las diferentes Dependencias, el EM presentó las mediciones a los representantes de las EPS, buscando conciliar posibles diferencias en la validez de las mediciones e identificar barreras para su implementación. Ver adelante en la sección 4.4 (Construcción y selección de los indicadores) la metodología utilizada para la construcción y validación de los indicadores.

3.3 Revisión de la práctica y la evidencia existente

Con el fin de tener en cuenta tanto los indicadores ya definidos a partir de las diferentes fuentes de información disponibles, así como la evidencia científica de los trabajos publicados por el Ministerio,

esta metodología consideró el Catálogo de Indicadores y las guías de práctica clínica (GPC) como los principales insumos para la revisión de la práctica y el conocimiento existente.

En el caso de las GPC, se tuvieron en cuenta las dispuestas por el Ministerio en el portal gpc.minsalud.gov.co, dado que éstas responden a temáticas que han sido priorizadas en el contexto del SGSSS, y han sido desarrolladas bajo el alcance y los objetivos propuestos por el Ministerio. Para la extracción de las recomendaciones de las guías se definieron cinco criterios basados en los propósitos del SEA y siguiendo el trabajo de Kotter et al (Kotter T, 2012), los cuales incluyeron el impacto de la recomendación en la gestión del riesgo, su importancia en la calidad de la atención en salud, coherencia con el aseguramiento en salud, factibilidad de monitorización y factibilidad para construir un indicador a partir de ésta.

Por su parte, la revisión de la práctica existente consideró los indicadores definidos a partir de las fuentes integradas en la Gestión del Conocimiento del Ministerio. Entre éstas, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y la Caracterización Poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud representaron los marcos de referencia clave para la identificación de indicadores de DTS y EPS. Para el caso de las IPS, se propuso una combinación entre los indicadores propuestos en las guías de práctica clínica y los indicadores del Sistema de Información de la Calidad (SIC).

3.4 Construcción y selección de los indicadores

En este se transformaron las recomendaciones de las GPC en indicadores, a la vez que se seleccionaron aquellos de la práctica existente que mejor se ajustaron a los criterios ya utilizados para la extracción de las recomendaciones de guías. De este modo se priorizaron los que guardaran relación con las dimensiones del PDSP, evaluaran la gestión del riesgo, la calidad de la atención en salud, fueran coherentes con el aseguramiento y factibles de monitorizar.

En ambos casos, tanto para los indicadores construidos a partir de las GPC, como para los seleccionados a partir del catálogo del Ministerio, se tuvieron en cuenta los criterios de calidad (Tabla 1) de la publicación *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose*

indicators, del *National Health Service (NHS)* de Inglaterra (NHS Institute for Innovation and Improvement, 2016).

Además de lo anterior, se buscó un balance entre los indicadores de proceso y resultado, entendiéndose estos últimos como aquellos que reflejan el grado de cumplimiento de un objetivo final en la atención en salud, haciendo referencia a desenlaces como mortalidad, morbilidad, estado de salud y satisfacción del paciente. Mientras que los indicadores de proceso describen la práctica clínica habitual, en la que incurren procesos de diagnóstico, tratamiento, referenciación y prescripción, entre otros.

Tabla 1. Criterios de calidad de un indicador

Criterios	**Preguntas**	**Cumple**
A. Importancia y relevancia	A1. ¿El indicador mide momentos clave del proceso o resultados relevantes?	Sí/No
	A2. ¿Si se ha diseñado un conjunto de indicadores, están éstos balanceados y reflejan el espectro del desempeño?	Sí/No
	A3. ¿Puede el conjunto de indicadores elegido generar un consenso alrededor de los objetivos de desempeño del Sistema?	Sí/No
B. Validez, ¿Mide el indicador realmente lo que dice medir?	B1. ¿Mide realmente el indicador el problema en cuestión?	Sí/No
Debe cumplir con A y B para poder continuar		
C. Viabilidad, ¿Es posible acceder a los datos para calcular el indicador?	C1. ¿Existe disponibilidad de los datos para el periodo, el actor evaluado y los comparadores adecuados?	Sí/No
	C2. ¿Si no existe información, se justifica el costo y esfuerzo adicional para conseguirla?	Sí/No
D. Significado, ¿Qué información refleja el indicador y cuál es su precisión?	D1. ¿Tiene la sensibilidad suficiente para detectar los cambios ocurridos que requieren investigación adicional?	Sí/No
	D2. ¿Si el indicador es alto o bajo, esta información es capaz de justificar investigación adicional o acciones de control?	Sí/No

	D3. ¿Puede el indicador ser entendido fácilmente, así como su construcción?	Sí/No
	D4. ¿Las implicaciones de los resultados del indicador pueden ser transmitidas a los actores evaluados y entendidas por éstos?	Sí/No
E. Implicaciones, ¿Cuál es la acción ante el resultado?	E1. ¿Hay conocimiento suficiente de cómo actuar ante los resultados del indicador?	Sí/No
	E2. ¿El resultado del indicador induce incentivos perversos y consecuencias no intencionales?	Sí/No
	E3. ¿La frecuencia de medición del indicador asegura que se actúe de forma oportuna?	Sí/No

Fuente: Traducido de NHS, *The Good Indicators Guide : Understanding how to use and choose indicators*, 2008(14)

Una vez se definió un primer set de indicadores, éstos fueron solicitados a la Dirección de Epidemiología y Demografía , asi como a la Superintendencia Nacional de Salud para disponer de estos e inciar la construcción del informe.

Exceptuando los indicadores financieros, todos los indicadores ya venían validados por parte de la Dirección de Epidemiología y Demografía. Los indicadores financieros requirieron de una validación y posterior revisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

3.5 Análisis estadístico

Este informe describe una serie de indicadores que siguen la forma de proporciones o razones cuyo valor ha sido multiplicado por un factor entre 100 y 100.000 según la ficha técnica del indicador (Anexos). Las mediciones seleccionadas fueron descritas en tablas y líneas de tiempo por actor evaluado, DTS, EPS e IPS, presentándose en las tablas la información para cada actor y seleccionándose para las figuras los valores extremos y/o llamativos según el caso.

Previo al análisis de los datos, los indicadores con fuente Circular Única de Supersalud fueron sometidos a una serie de reglas de validación de la calidad de la información, siguiendo lo dispuesto por la misma Supersalud, excluyéndose aquellos datos en que el numerador era menor que el denominador (para los indicadores de oportunidad), numerador mayor que denominador (para

indicadores de tasa, o proporción), numerador = 0 y denominador = 1, numerador = 1 y denominador = 1, e indicadores con numerador = 0 (para indicadores de oportunidad). Asimismo, aquellos indicadores con gran inconsistencia, definida por un valor menor al percentil 1 o por encima del 99, también fueron excluidos.

En el caso de las DTS se seleccionaron indicadores de resultado e impacto, fundamentalmente tasas ajustadas de mortalidad, las cuales fueron estandarizadas siguiendo el método directo y teniendo en cuenta la población estándar de la OMS.

Tanto para las tasas ajustadas como para las proporciones, siempre que se disponía de una serie de datos de cuatro o más años, éstas fueron modelizadas mediante análisis de regresión lineal con el objetivo de establecer la presencia de tendencias, medida mediante el coeficiente, p. valor y la tasa de crecimiento porcentual.

Para estos análisis la variable dependiente era la razón o la proporción del indicador, la independiente el año, y para el caso de las tasas, la variable de ajuste fue la edad en forma de grupos quinquenales. El programa estadístico empleado para el análisis de regresión lineal fue *STATA.* Todos los análisis de regresión fueron realizados con una significación estadística <1% (***), <5%.(**) y <10% (*)

Para aquellos indicadores que no se disponía de una serie de datos adecuada para el análisis, fueron descritos mediante su valor puntual o mediante una línea de tiempo estratificada según el actor evaluado por régimen de afiliación (EPS) o naturaleza de la red, pública o privada (IPS).

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Indicadores de DTS

4 Indicadores de DTS

4.1 Salud ambiental

Según el PDSP, esta dimensión hace referencia al conjunto de políticas transectoriales que buscan promover la calidad de vida y la salud de la población, materializando el derecho a un ambiente sano mediante la transformación positiva de los determinantes sociales, sanitarios y ambientales.

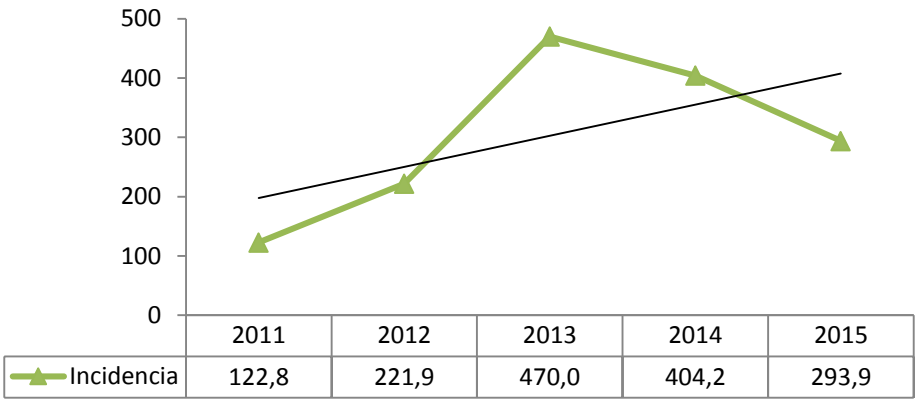
Esta dimensión establecen dos componentes, Hábitat saludable y Situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales, de los cuales este informe ha priorizado el seguimiento a los siguientes objetivos del PDSP (se muestran como pie de página los indicadores relacionados con cada uno de los objetivos):

- Intervenir los determinantes sanitarios y ambientales de la salud, con enfoque diferencial, relacionados con el riesgo biológico asociado a la presencia de vectores, tenencia de animales de producción, compañía y silvestres.
- Identificar y abordar eventos de interés en salud pública, relacionados con factores ambientales.

4.1.1 Tasa de incidencia de dengue

El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por A. aegypti de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la introducción de Aedes albopictus y la urbanización de la población por problemas de violencia (Instituto Naciona de Salud, 2016) (ver Figura 1)

Figura 1. Proporción de incidencia de Dengue en Colombia. 2011-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Entre 2011 y 2015, la proporción de incidencia en Colombia mostró una tendencia creciente, pasando de 122,8 a 239,9 casos por 100.000 habitantes.

Tabla 2. Proporción de incidencia de dengue (x 100.000 hab.) por Departamento, años 2011-2015.

Departamento	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	1926	1058,56	602,02	1068,8	355,5
Antioquia	45	47,26	123,93	146,1	124,1
Arauca	134	322,64	634,45	414	356,3
Atlántico	48	64,24	316,49	347,6	213
Barranquilla	57	79,07	341,76	226,4	83
Bolívar	52	194,59	354,83	315,3	357,3
Boyacá	360	259,28	538,87	422,5	786,3
Caldas	87	35,5	250,65	310,8	429,2
Caquetá	260	642,83	322,67	219,9	200,9
Cartagena	34	22,85	241,99	97,8	38,3
Casanare	373	866,03	1312,64	873,8	728,3

Departamento	2011	2012	2013	2014	2015
Cauca	49	66,1	122,39	79,2	114,3
Cesar	172	639,22	530,35	383,8	415,9
Chocó	152	88,21	65,56	101,4	128,5
Córdoba	120	169,63	197,41	397,3	132,6
Cundinamarca	220	475,88	901,61	824,4	601,9
Guainía	108	933,28	207,4	1163,7	506,97
Guaviare	328	145,35	458,93	1145,8	355,2
Huila	272	191,46	588,74	864,9	521,8
La guajira	71	923,02	342,05	254,7	40,2
Magdalena	17	92,08	310,9	149,4	217,1
Meta	399	913,63	1172,33	1005,3	770,3

Departamento	2011	2012	2013	2014	2015
Nariño	49	38,41	210,08	240	131,4
Norte de Santander	264	429,51	760,89	822,5	327,6
Putumayo	405	545,47	995,79	1067,9	576,7
Quindío	231	132,73	394,99	682,4	721,6
Risaralda	94	33,48	52,29	87	175,8
San Andrés	367	54,15	126,58	188,9	216,5
Santa Marta	15	335,86	381,3	168,1	47,4

Departamento	2011	2012	2013	2014	2015
Santander	471	65,85	1018,8	920	497,4
Sucre	235	346,82	545,08	731,4	411,7
Tolima	248	540,1	1206,3	822	806,4
Valle del Cauca	67	80,04	543,26	250,4	429,5
Vaupés	25	168,5	165,06	63,5	12,7
Vichada	1075	390,54	924,61	699,3	500,4
País	122,8	221,95	470	404,2	293,9

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Tabla 3. Coeficiente de regresión y P. Valor de la proporción de incidencia de Dengue por Departamento. 2011-2015

Departamento	Coeficiente	P. Valor
Amazonas	-0,002	0,085*
Antioquia	0,028	0,065*
Arauca	0,004	ns
Atlántico	0,007	ns
Barranquilla	0,003	ns
Bolívar	0,01	0,04**
Boyacá	0,006	0,01***
Caldas	0,009	0,01***
Caquetá	-0,004	ns
Cartagena	0,002	ns
Casanare	0,001	ns
Cauca	0,03	ns
Cesar	0,001	ns

Departamento	Coeficiente	P. Valor
Chocó	-0,007	ns
Córdoba	0,004	ns
Cundinamarca	0,003	ns
Guainía	0,001	ns
Guaviare	0,001	ns
Huila	0,004	ns
La Guajira	-0,001	ns
Magdalena	0,008	ns
Meta	0,002	ns
Nariño	0,01	ns
Norte de Santander	0,001	ns
Putumayo	0,002	ns
Quindío	0,005	0,028**

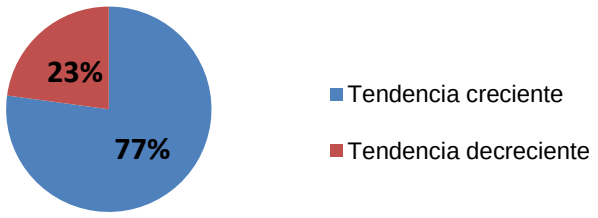
Departamento	Coeficiente	P. Valor
Risaralda	0,018	ns
San Andrés	-0,003	ns
Santa Marta	-0,0009	ns
Santander	0,001	ns
Sucre	0,005	ns

Departamento	Coeficiente	P. Valor
Tolima	0,002	ns
Valle del Cauca	0,005	ns
Vaupés	-0,005	ns
Vichada	-0,002	ns
País	0,006	ns

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)
ns: No significativo

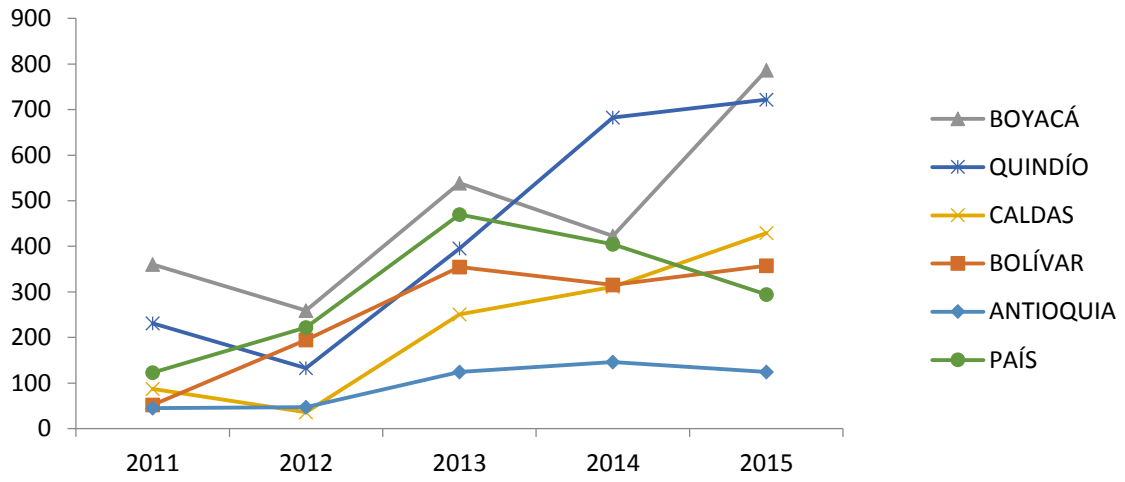
Como en el país, la mayoría de los Departamentos (77%) presentaron una tendencia creciente durante el periodo 2011-2015 (Figura 2), aunque los únicos estadísticamente significativos fueron Boyacá, Quindío, Caldas, Bolívar y Antioquia. El descenso más acusado con significación estadística se presentó en Amazonas (p<0,1) durante este periodo.

Figura 2. Tendencia por Departamentos de la proporción de incidencia de Dengue.2011-1015



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Figura 3. Proporción de incidencia de Dengue por Departamento, periodo 2011-2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

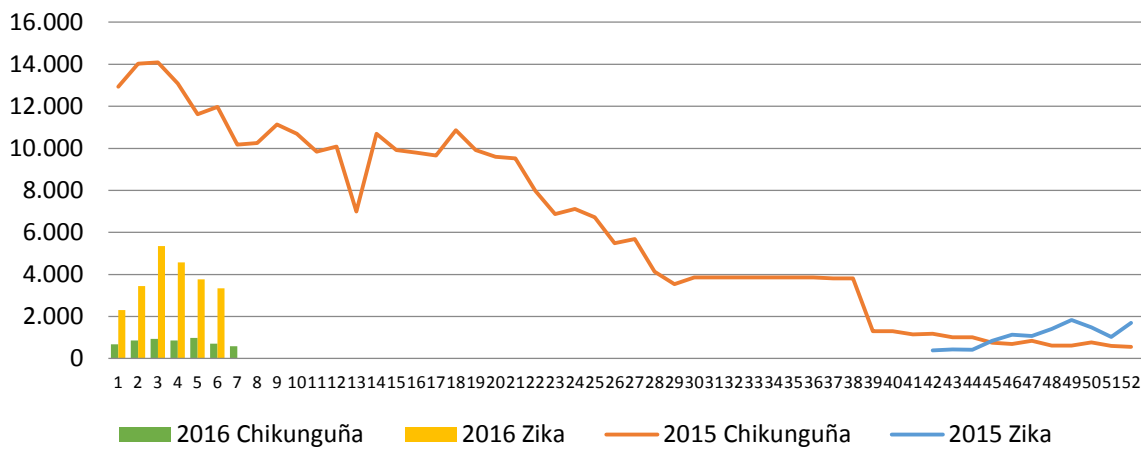
4.1.2 Chikunguña y Zika

En Colombia se identificaron los primeros casos autóctonos confirmados de Arbovirus por el laboratorio del Instituto Nacional de Salud en Septiembre de 2014 (semana epidemiológica 37), mediante pruebas de RT-PCR en pacientes provenientes del corregimiento de San Joaquín del municipio de Mahates en el departamento de Bolívar, una vez realizada la investigación epidemiológica de campo conjunta entre del Instituto Nacional de Salud y la secretaria de Salud Departamental (Instituto Nacional de salud, 2016).

Para el 2015, el 53,1 % de los casos de Chikinguña confirmados (laboratorio y clínica) registrados en Sivigila se concentró en 20 municipios del territorio nacional, encabezados por Cali con el 13,3%, Neiva con el 5,5%, Villavicencio con el 4 %, Ibagué con el 3,2 %, Girardot con el 2,5 % y Cartago con 2,3%. La incidencia nacional de Chikunguña para la semana 52 el 2015 fue de 1.342 casos X 100.000 habitantes en riesgo; 11 entidades territoriales presentan incidencias superiores a la nacional: Casanare, Tolima, Huila, Arauca, Guaviare, Valle del Cauca, Meta, Cundinamarca, Caquetá, San Andrés y Córdoba (Instituto Nacional de salud, 2016)

A partir de la confirmación de la circulación de virus Zika en el país y el inicio de la fase epidémica (desde la semana epidemiológica 40 de 2015), hasta la semana epidemiológica 07 de 2016, se han notificado 1.612 casos confirmados por laboratorio, distribuidos en 34 de las 37 entidades territoriales, 34.464 casos confirmados por clínica procedentes de 32 de las 37 entidades territoriales y 6.630 casos sospechosos procedentes de 32 de las 37 entidades territoriales. La mayor frecuencia de casos notificados se observa en la región caribe con 15.384 casos. Desde el inicio de la fase epidémica de la enfermedad hasta la semana epidemiológica 07 del año 2016 se han notificado 7.653 casos de Zika en mujeres en estado de embarazo. La entidad territorial que más casos ha notificado es el departamento de Norte de Santander con 1.947 gestantes (el 25,4 %) (Instituto Nacional de Salud, 2016).

Figura 4. Casos notificados por virus Chikunguña y Zika, Colombia, 2015-2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)

Se observa en la figura #4 el descenso de la notificación de casos de chikunguña durante todo el 2015 llegando a estar por debajo de las 2000 notificaciones a partir de la semana epidemiológica 39. Iniciando el año 2016 el aumento del reporte de los casos de Zika supera a los casos de chikunguña, que incluso descienden a menos de 1.000 casos por semana epidemiológica.

4.1.3 Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre

Las causas externas constituyen la cuarta causa de muerte con un 16,79% (296.969) del total de la mortalidad en el periodo, y aunque no son la primera causa de deceso, son las que mayor número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) generan: en efecto, durante el periodo 2005-2013 aportaron el 30,51% (13.267.720) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 25%, para 2013 se generaron 2.719,97 AVPP por cada 100.0000 habitantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 4. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre (x 100.000 hab.) por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	7,1949	2,2491	13,1523	4,2087	1,8509	17,744	7,0671	1,0221	1,979
Antioquia	17,4316	18,7565	17,5209	16,3765	15,9328	14,0234	13,7832	14,8311	14,4493
Arauca	18,8985	17,8729	29,6574	21,6095	24,3156	23,3641	34,9993	25,9692	35,204
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	17,7918	17,4552	31,6905	16,2505	17,1331	25,9069	12,8842	21,0479	17,2585
Atlántico	9,8874	11,305	10,1543	8,3678	8,1687	5,6292	5,3969	6,4567	7,5468
Bogotá D.C.	10,9414	10,5242	11,214	9,643	9,5297	8,8002	8,4765	8,4749	7,9738
Bolívar	8,5728	9,3461	8,26	7,8449	8,8344	5,9551	6,7226	6,0137	6,813
Boyacá	16,9157	14,5231	15,6296	19,4383	15,7226	14,3882	13,3919	14,7833	14,0057
Caldas	14,0167	16,1345	14,6415	13,4513	12,3155	12,6382	10,9172	13,1594	12,5435
Caquetá	12,7852	13,4608	13,8027	10,689	11,8249	11,5215	12,0535	12,7594	12,6773
Casanare	20,778	26,5733	30,1494	27,2359	34,5299	31,7839	35,0221	40,9015	39,1331
Cauca	15,1149	16,1703	15,5806	15,2874	13,8162	15,6692	13,1084	14,287	14,9881
Cesar	18,7331	18,5347	21,2368	22,9827	26,1689	23,2408	27,5128	22,9616	26,3185
Chocó	4,9054	8,6445	8,3404	4,0251	10,1161	5,8905	7,751	6,4067	10,3047
Córdoba	13,0343	11,507	14,6625	12,4905	10,4356	9,3809	11,7985	12,7871	10,7195
Cundinamarca	17,9918	17,1536	17,0004	13,4901	13,5341	13,5056	10,7821	13,4567	13,2763
Guainía		11,9085			3,3231	3,3658	7,3553	1,9278	1,8988
Guaviare	13,7952	11,0747	11,834	9,1138	16,8104	10,836	1,1313	4,6364	10,3849
Huila	19,6121	23,6897	21,357	22,0737	22,597	22,7164	18,8316	19,4997	24,147
La Guajira	12,433	13,5634	11,9943	11,7947	12,2183	13,8572	11,6929	13,615	14,1657
Magdalena	11,5175	15,8405	18,3027	13,088	11,7512	10,5214	11,0475	13,7907	12,6985
Meta	23,4524	21,174	26,1402	26,4012	30,8344	26,555	24,1944	24,383	24,6242

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nariño	11,466	11,4303	14,0151	12,8706	14,2889	13,4617	11,9602	10,7463	13,4164
Norte de Santander	14,4748	15,5458	16,0229	19,0275	20,0271	17,1715	14,15	16,4123	17,6615
Putumayo	13,6607	13,004	10,9355	17,3527	14,7789	12,9619	11,7076	16,6575	21,772
Quindío	15,988	19,8088	16,9938	14,7345	18,4123	12,1299	9,296	15,7691	12,5031
Risaralda	15,8285	13,3743	18,0544	14,1786	15,3902	14,0207	14,4771	15,871	17,5649
Santander	13,1153	13,9522	16,5511	18,481	17,3535	13,0206	14,3377	15,2762	16,1365
Sucre	9,8829	12,2722	11,9268	11,9953	13,8783	9,6794	12,787	12,5282	15,4909
Tolima	20,5628	19,736	18,3379	21,1564	20,827	17,2569	16,4283	19,2289	18,1683
Valle del Cauca	20,8206	19,9787	21,7137	20,1387	20,1234	18,6949	16,7074	16,5689	16,2566
Vaupés					3,7214	8,4928	6,8666	2,5856	
Vichada	5,0624	13,3971	24,7055	15,6769	19,7133	8,9629	13,0301	10,0358	16,5247
Colombia	15,153	15,4939	16,0335	15,3365	15,2778	13,7352	13,1333	13,8378	14,1963

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 5. Coeficiente de regresión y P. Valor de la tasa ajustada de mortalidad por accidentes por transporte terrestre, por Departamento. 2005-2013

Departamento	Coef.	P>t
Colombia	-209.423	0.019**
Amazonas	-0,0870084	ns
Antioquia	-1.362.592	0.002***
Arauca	0,3145353	0.025**
Atlántico	-1,057904	0.01***
Bogotá	-2.211.877	0***
Bolívar	-1,742569	0.01***
Boyacá	-0,757601	ns
Caldas	-127.894	0.035**
Caquetá	-0,6846754	ns
Casanare	0,3999295	0***
Cauca	-1,404551	ns
Cesar	0,6825332	0.009***
Chocó	0,3967602	ns
Córdoba	-0,7095126	ns
Cundinamarca	-0,9452946	0.007***
Guajira	1,126409	ns

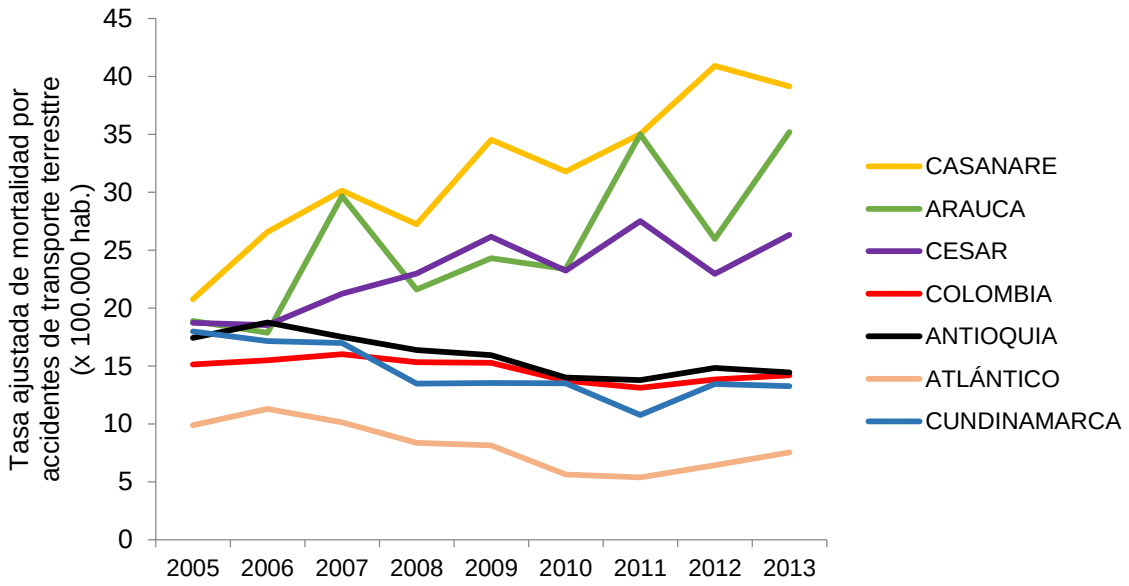
Departamento	Coef.	P>t
Guainía	-0,5014195	0.058*
Guaviare	-0,3019317	ns
Huila	0,0395025	ns
Magdalena	-0,3674448	ns
Meta	0,1852901	ns
Nariño	0,1738872	ns
Norte de Santander	0,3147762	ns
Putumayo	0,4458994	ns
Quindío	-0,5044269	0.082*
Risaralda	0,3477305	ns
San Andrés	-0,0732328	ns
Santander	0,2106972	ns
Sucre	0,8728459	0.106*
Tolima	-0,8651265	ns
Valle del Cauca	-121.106	0.001***
Vaupés	-0,1120881	ns
Vichada	0,0204634	ns

Fuente: elaboración propia a partir de Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Entre 2005 y 2013, la tasa de mortalidad por accidentes de transporte terrestre mostró una tendencia decreciente estadísticamente significativa (*P*<5%) (Tabla 4 y Tabla 5).

Como en el país, 58% (17) de los Departamentos presentaron tendencia decreciente de este indicador, aunque no siempre significativos desde el punto de vista estadístico. Los descensos más acusados con significación estadística (*P*<1%) se presentaron en Antioquia, Atlántico, Bogotá D.C., Bolívar, Cundinamarca y Valle del Cauca. La Figura 5 también muestra los tres departamentos que continúan presentando tendencias crecientes estadísticamente significativas, destacándose Casanare (*p*<1%), Cesar (*p*<1%) y Arauca (*p*<5%).

Figura 5. Tasa ajustada de mortalidad por accidentes de transporte terrestre por Departamento, periodo 2005-2013.



Fuente: elaboración propia a partir de Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.2 Vida saludable y condiciones no transmisibles

El PDSP define esta dimensión como el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los componentes de esta dimensión incluyen Modos, condiciones y estilos de vida saludables y Condiciones crónicas prevalentes, priorizándose para este informe el seguimiento a los siguientes objetivos del PDSP:

- Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permitan ejercer un mayor control sobre la propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que las personas opten por decisiones informadas que propicien su salud.

- Mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.

4.2.1 Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años

La hipertensión arterial contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras, siendo una enfermedad que rara vez produce síntomas en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica (Organización Mundial de la Salud, 2016).

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total, de las cuales las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. Según datos de la OMS, en 2008 en el mundo se habían diagnosticado de hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años, con una mayor prevalencia en los países de menos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Tabla 6. Prevalencia (%) de hipertensión arterial y tasa de crecimiento porcentual en personas de 18 a 69 años por Departamento, periodo 2008-2015.

Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
Antioquia	6,3	6,5	7	6,9	7,8	8,2	8,7	10,1	6,077	1,894	0,002***
Atlántico	4,5	4,9	5,2	5,1	6,2	6,3	7,3	8,0	7,423	2,060	0***
Bogotá, D. C.	4,1	5	6	5,9	6,9	6,5	8,0	7,8	8,336	1,733	0,002***
Bolívar	3,5	3,8	4,8	5,1	6,3	5,9	6,9	7,7	10,340	1,624	0,001***
Boyacá	2	3,5	3,7	3,6	4,5	5,2	6,7	6,7	16,314	1,465	0,001***
Caldas	5,5	6,2	6,8	6,9	8,3	7,8	8,7	9,1	6,526	1,879	0,001***
Caquetá	3,3	4	3,9	2,3	3	4,8	5,3	4,8	4,850	2,083	ns

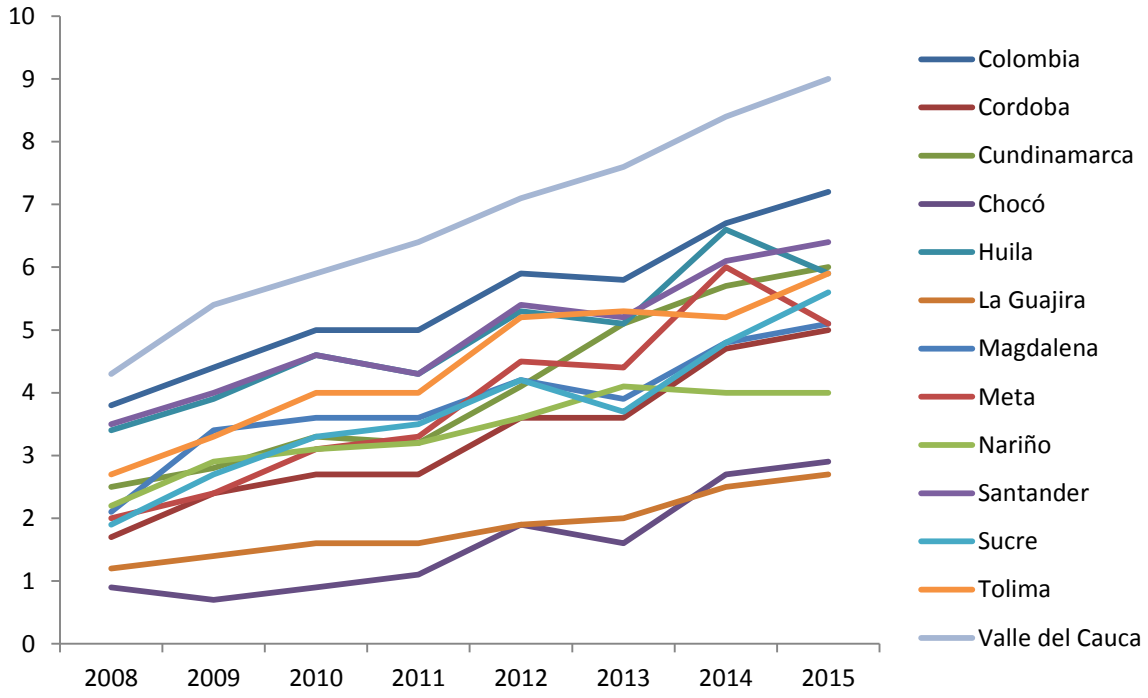
Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
Cauca	3	3	3,1	3,2	3,6	3,2	4,3	5,1	6,726	2,771	0,042**
Cesar	3,4	3,8	3,8	3,6	4,3	3,5	4,2	4,8	4,459	3,643	ns
Córdoba	1,7	2,4	2,7	2,7	3,6	3,6	4,7	5,0	14,494	2,141	0***
Cundinamarca	2,5	2,8	3,3	3,2	4,1	5,1	5,7	6	11,565	1,854	0***
Chocó	0,9	0,7	0,9	1,1	1,9	1,6	2,7	2,9	15,700	2,926	0,006***
Huila	3,4	3,9	4,6	4,3	5,3	5,1	6,6	5,9	7,087	2,181	0,005***
La Guajira	1,2	1,4	1,6	1,6	1,9	2,0	2,5	2,7	10,719	4,673	0***
Magdalena	2,1	3,4	3,6	3,6	4,2	3,9	4,8	5,1	11,620	2,417	0,006***
Meta	2	2,4	3,1	3,3	4,5	4,4	6,0	5,1	12,496	1,702	0,004***
Nariño	2,2	2,9	3,1	3,2	3,6	4,1	4	4,0	7,893	3,414	0,004***
Norte de Santander	2,8	3,9	4,4	4	4,4	4,1	4,3	4,5	6,228	3,699	0,037**
Quindío	6,7	6,6	7,6	7,4	9	8,3	8,5	10,4	5,675	1,742	0,013**
Risaralda	4,9	6,9	8,5	8,9	10,5	7,8	9,6	10,7	10,242	1,045	0,031**
Santander	3,5	4	4,6	4,3	5,4	5,2	6,1	6,4	7,815	2,413	0***
Sucre	1,9	2,7	3,3	3,5	4,2	3,7	4,8	5,6	14,543	1,963	0,003***
Tolima	2,7	3,3	4	4	5,2	5,3	5,2	5,9	10,147	2,129	0,002***
Valle del Cauca	4,3	5,4	5,9	6,4	7,1	7,6	8,4	9,0	9,733	1,539	0***
Arauca	0,9	1,5	1,5	1,5	1,3	1,3	2,3	3,3	17,590	2,463	0,06*
Casanare	0,7	0,9	2,5	3,2	3,2	3,1	4,3	3,1	20,346	1,776	0,013**
Putumayo	1,3	1,7	2	1,8	2,4	2,3	2,2	2,2	6,736	5,565	0,038**
San Andrés	1,6	1,9	2,7	2,7	1,3	3,0	2,1	3,5	10,121	2,219	ns
Amazonas	0,7	1,4	1,7	1,7	2	1,6	3,0	2,4	16,468	2,948	0,029**
Guainía	0,4	0,6	0,8	0,5	0,7	0,8	1	0,7	7,993	11,663	0,041**
Guaviare	1,9	1,3	1,4	1,2	1,4	0,6	1,5	3,8	9,051	0,880	ns

Departamento	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
Vaupés	0,2	0,6	0,3	0,2	0,1	0,2	0,5	0,4	8,706	-0,102	ns
Vichada	0,9	1,3	1,2	0,5	0,7	0,9	1	1,0	0,941	-3,666	ns
Total	3,8	4,4	5	5	5,9	5,8	6,7	7,2	8,222	2,123	0***

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Bodega de Datos SISPRO y Cuenta de alto costo ERC.

Entre 2008 y 2015 el país ha mostrado un incremento en la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años, pasando de un 3,8% en 2008 a un 7,2% en 2015, lo que representa un aumento del 89,5% en este indicador. El indicador muestra una tendencia creciente del indicador a nivel nacional estadísticamente significativa (*P*<1%), y con una tasa de crecimiento anual porcentual de 8,2%.

Figura 6. Prevalencia (%) de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años por Departamento, periodo 2008-2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Bodega de Datos SISPRO y Cuenta de alto costo ERC.

Todos los departamentos muestran una tendencia creciente del indicador en el período 2008-2015, a excepción de Vaupés y Vichada que reportan una tendencia decreciente aunque no significativa. El departamento del Valle del Cauca presenta durante el periodo evaluado una prevalencia mayor a la de Colombia (Figura 6).

4.2.2 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres

En Colombia se diagnostican cerca de 7.000 casos nuevos de cáncer de mama cada año, y mueren alrededor de 2.500 mujeres por esta causa. De acuerdo con las estimaciones de incidencia en el periodo 2000-2006, el cáncer de mama fue la primera localización en mujeres. En 2013, fue la segunda causa de muerte en mujeres. En nuestro país se observa una tendencia al incremento de la mortalidad por este tipo de cáncer. Las tasas ajustadas se incrementaron en un 10%, lo cual se traduce en 0,98 muertes más por cada 100.000 mujeres, y para 2013 alcanzaron un valor de 11,14 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Tabla 7. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres (x 100.000 hab.) por Departamento, periodo 2005-2013.

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antioquia	10,90	11,54	10,59	10,69	11,99	12,06	11,53	11,87	12,27
Atlántico	14,56	12,26	13,32	14,57	14,01	14,58	10,66	14,46	15,97
Bogotá D.C	11,90	10,83	13,38	11,42	11,89	11,78	11,47	11,84	10,87
Bolívar	9,36	9,49	8,54	10,27	8,18	10,80	9,80	11,02	9,37
Boyacá	6,84	6,58	8,11	5,36	6,28	10,04	7,73	7,79	6,19
Caldas	10,68	9,68	10,36	13,00	12,98	10,46	13,37	12,36	10,36
Caquetá	4,96	7,48	8,10	7,68	6,02	9,10	13,08	6,86	8,84
Cauca	6,99	6,54	7,70	6,78	5,90	9,13	7,27	7,83	9,38
Cesar	7,09	10,68	7,75	10,14	7,64	9,19	8,12	10,91	12,93
Córdoba	4,41	6,77	5,94	4,74	7,01	9,28	7,18	10,57	7,44

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cundinamarca	9,78	9,12	9,75	7,54	9,73	9,13	9,66	8,25	10,31
Chocó	3,13	6,34	5,28	5,83	5,25	6,57	4,95	4,79	6,47
Huila	10,90	7,90	11,55	12,71	10,62	13,25	10,48	9,39	11,79
La Guajira	4,35	5,41	2,44	6,04	5,45	7,37	4,41	3,85	4,06
Magdalena	7,73	10,73	11,16	5,99	12,39	8,20	10,12	11,33	10,03
Meta	8,83	13,84	10,17	13,06	11,58	13,15	9,61	12,22	9,50
Nariño	3,74	5,43	5,48	6,38	7,59	6,47	6,91	7,30	6,60
Norte de Santander	11,80	9,73	11,16	9,36	9,37	10,28	11,43	10,12	12,84
Quindío	15,47	11,31	13,48	13,48	12,90	10,46	12,20	17,12	15,39
Risaralda	14,00	10,40	10,89	12,19	10,22	12,02	13,78	13,99	10,82
Santander	8,60	9,52	9,32	10,01	12,66	9,83	8,95	8,62	12,58
Sucre	5,33	5,70	7,23	8,81	10,40	8,75	6,66	8,11	10,22
Tolima	9,94	8,77	11,80	0,00	8,57	11,88	10,80	10,90	13,50
Valle del Cauca	12,68	14,21	15,08	13,32	13,09	14,20	13,12	12,59	13,36
Arauca	11,58	2,12	15,44	6,30	15,81	9,43	15,35	8,64	12,32
Casanare	9,31	4,11	5,35	6,31	4,68	10,25	5,11	13,21	7,39
Putumayo	2,42	4,97	3,65	3,45	3,64	3,77	4,19	7,23	0,00
San Andrés	17,43	19,89	24,76	4,53	4,62	13,48	16,64	6,53	11,71
Amazonas			6,62		4,92		6,66		4,14
Guainía						12,08	11,21		
Guaviare	5,43		2,61	7,93	9,44	8,93	9,39	2,56	0,00
Vaupés			7,35				6,90		
Vichada	6,58		15,05	6,31	9,44	10,49	4,28		
PAÍS	10,15	10,09	10,87	10,31	10,79	11,17	10,52	10,92	11,14

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 8. Tasa de crecimiento porcentual de la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de la mama en mujeres por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
PAÍS	2005	2013	1,16	4,91	0.024**
Antioquia	2005	2013	1,49	3,10	0.032**
Atlántico	2005	2013	1,17	0,36	ns
Bogotá D.C	2005	2013	-1,13	-1,01	ns
Bolívar	2005	2013	0,02	1,07	ns
Boyacá	2005	2013	-1,23	0,33	ns
Caldas	2005	2013	-0,39	0,62	ns
Caquetá	2005	2013	7,49	0,59	ns
Cauca	2005	2013	3,74	1,40	0.094*
Cesar	2005	2013	7,79	0,80	ns
Córdoba	2005	2013	6,76	0,98	0.033**
Cundinamarca	2005	2013	0,66	0,15	ns
Chocó	2005	2013	9,47	0,94	ns
Huila	2005	2013	0,98	0,30	ns
La Guajira	2005	2013	-0,84	0,13	ns
Magdalena	2005	2013	3,31	0,33	ns
Meta	2006	2013	-5,24	0,09	ns
Nariño	2005	2013	7,35	1,81	0.014**
N. DE SANTANDER	2005	2013	1,06	0,59	ns
Quindio	2005	2013	-0,06	0,00	ns

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Risaralda	2005	2013	-3,16	0,19	ns
Santander	2005	2013	4,86	0,63	ns
Sucre	2005	2013	8,46	0,96	0.064*
Tolima	2006	2013	6,35	0,35	0.065*
Valle del Cauca	2005	2013	0,65	-0,97	ns
Arauca	2005	2013	0,78	0,15	ns
Casanare	2005	2013	-2,84	0,31	ns
Putumayo	2005	2012	16,96	-0,12	ns
SAN ANDRÉS	2005	2013	-4,85	-0,05	ns
Amazonas	2005	2013			
Guainía	2005	2013			
Guaviare	2005	2012	-10,17659722	0,004	ns
Vaupés	2005	2013			
Vichada	2005	2011	-6,941284289	-0,194	ns

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

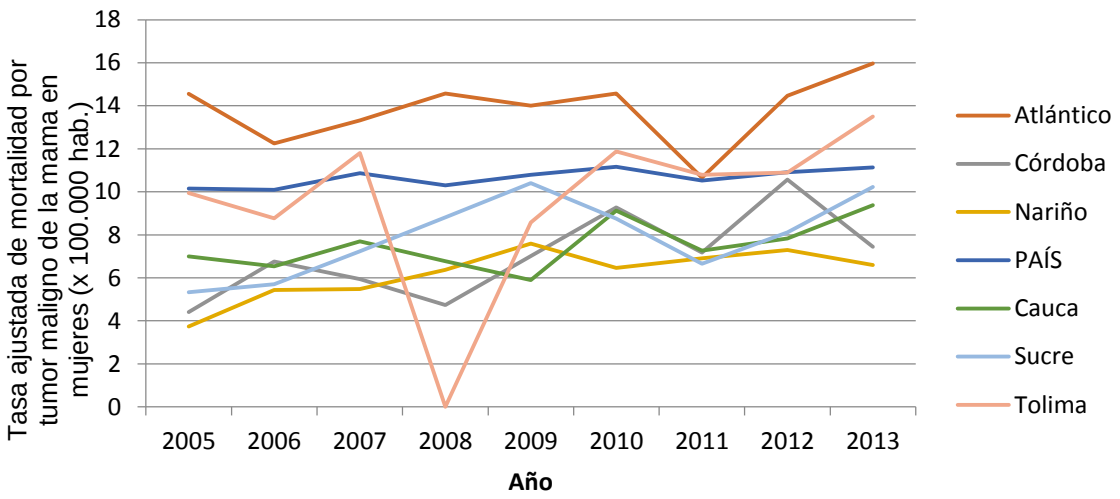
ns: No significtiva

Entre 2005 y 2013 el país ha mostrado un incremento del 9,7% en la tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno de mama en mujeres, pasando de 10,15 a 11,14 muertes por cada 100.000 mujeres (Tabla 7). El análisis de regresión mostró un cambio tendencia creciente significativa (P<5%) del indicador a nivel nacional (Tabla 8).

En general, gran parte de los Departamentos del país muestran una tendencia creciente, aunque sin significación estadísticamente en la mayoría de ellos (Tabla 8). La Figura reúne los Departamentos

que presentaron una tendencia creciente significativa, sobresaliendo Antioquia, Córdoba y Nariño (p<5%).

Figura 7. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres por Departamento, periodo 2005-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.2.3 Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero

Al igual que en el mundo, en Colombia el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre mujeres, con una tasa de incidencia ajustada por edad de 28,2 x 100.000 hab., y aunque se ha encontrado un descenso en la mortalidad con una tasa ajustada por edad de 7,0 x 100.000 hab. sigue siendo un problema grave de salud pública(21). Según el Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2021, la meta para este indicador es de 5,5 casos por 100.000 mujeres a 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerologia ESE. , 2016).

Tabla 9. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero (x 100.000 hab.) por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	14,52	4,03	21,03	19,81	10,34	24,11	25,02	36,76	29,42
Antioquia	7,55	7,23	6,30	6,60	6,17	5,72	5,24	5,67	4,94
Arauca	9,89	14,45	22,50	21,71	13,68	10,22	13,95	9,96	13,27
Atlántico	9,24	8,44	7,77	10,00	9,38	7,71	5,65	6,40	6,41
Bogotá, d.c.	7,53	7,54	6,58	5,94	6,53	6,19	5,84	5,13	5,35
Bolívar	9,13	8,14	6,81	6,85	7,58	5,50	6,29	6,19	5,25
Boyacá	7,97	6,39	5,48	6,11	6,68	6,58	7,17	6,32	4,64
Caldas	10,96	8,80	11,38	9,85	9,65	9,83	6,93	9,53	6,12
Caquetá	10,17	13,74	18,02	12,75	13,35	11,39	8,78	9,48	8,54
Casanare	16,28	11,41	10,66	12,86	10,55	12,39	13,78	13,71	9,39
Cauca	12,80	10,51	10,37	10,91	8,84	8,54	7,41	9,33	6,02
Cesar	9,84	12,94	14,54	11,25	10,99	10,36	11,79	9,44	8,65
Chocó	5,34	1,48	7,21	4,89	4,57	7,70	5,60	5,39	3,05
Córdoba	6,67	8,05	5,27	9,30	7,36	7,56	10,52	8,33	12,15
Cundinamarca	6,66	8,29	7,45	6,97	6,59	6,64	5,64	6,11	5,53
Guainía	26,68		28,15	10,76				10,69	0,00
Guaviare	20,06	3,25	18,17	5,44	34,57	12,17	4,19	3,34	23,09
Huila	11,45	9,10	8,23	7,18	8,31	10,35	8,09	7,61	7,72
La guajira	7,61	5,42	4,92	6,24	5,76	3,07	4,17	3,55	2,70
Magdalena	10,08	8,83	9,82	10,48	7,97	6,68	5,58	8,62	5,55
Meta	20,76	12,96	17,20	19,01	15,66	13,46	16,38	8,99	0,00
Nariño	5,75	8,50	9,09	10,74	7,09	10,29	8,66	7,41	7,51
N. De santander	13,93	10,33	12,64	7,94	9,98	8,91	7,25	7,63	7,16

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Putumayo	11,94	8,54	4,71	11,25	9,17	13,32	4,82	5,95	7,50
Quindio	10,23	12,04	7,02	12,98	7,83	10,05	9,18	8,95	5,92
Risaralda	11,20	9,56	10,57	10,66	9,81	8,22	6,23	6,51	8,54
San andrés	6,27	11,51	2,18	2,10	2,76	10,02	6,24		7,28
Santander	7,88	8,15	6,39	7,36	7,70	7,30	6,88	5,18	4,26
Sucre	6,68	6,69	5,08	7,51	5,70	7,56	5,85	8,47	4,22
Tolima	11,29	11,50	11,40	11,92	9,02	11,05	9,80	7,78	8,34
Valle del cauca	10,73	8,76	9,71	7,65	8,23	8,06	7,53	7,66	8,00
Vaupés	8,80	7,48	7,04		7,12		7,20	7,54	0,00
Vichada	8,28	6,36	6,88		11,05	5,75	9,07		28,25
País	9,07	8,45	8,18	8,14	7,74	7,56	6,94	6,70	6,43

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 10. Tasa de crecimiento porcentual de la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Amazonas	2005	2013	9,23	0,22	0.013**
Antioquia	2005	2013	-5,17	-2,99	0***
Arauca	2005	2013	3,75	-0,16	ns
Atlántico	2005	2013	-4,47	-1,31	0.027**
Bogotá, d.c.	2005	2013	-4,18	-2,96	0***
Bolívar	2005	2013	-6,69	-1,90	0.002***
Boyacá	2005	2013	-6,53	-1,35	ns
Caldas	2005	2013	-7,03	-1,10	0.039**

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Caquetá	2005	2013	-2,16	-0,53	0.095*
Casanare	2005	2013	-6,64	-0,42	ns
Cauca	2005	2013	-9,01	-1,20	0.002***
Cesar	2005	2013	-1,60	-0,81	ns
Chocó	2005	2013	-6,78	0,07	ns
Córdoba	2005	2013	7,79	0,93	0.037**
Cundinamarca	2005	2013	-2,29	-2,50	0.011**
Guainía	2005	2013		-0,25	0.052**
Guaviare	2005	2013	1,78	-0,01	ns
Huila	2005	2013	-4,81	-1,05	ns
La guajira	2005	2013	-12,15	-1,45	0.004***
Magdalena	2005	2013	-7,19	-1,10	0.019**
Meta	2005	2012	-11,27	-0,33	0.021**
Nariño	2005	2013	3,39	0,12	ns
N. De santander	2005	2013	-7,99	-0,95	0.004***
Putumayo	2005	2013	-5,64	-0,30	ns
Quindio	2005	2013	-6,60	-0,61	ns
Risaralda	2005	2013	-3,33	-1,20	0.012**
San andrés	2005	2013	1,89	0,04	ns
Santander	2005	2013	-7,40	-1,65	0.012**
Sucre	2005	2013	-5,58	-0,20	ns
Tolima	2005	2013	-3,71	-1,43	0.009***
Valle del cauca	2005	2013	-3,60	-1,94	0.016**
Vaupés	2005	2012	-2,18	-0,68	ns

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Vichada	2005	2013	16,58	0,25	0.093*
País	2005	2013	-4,21	-3,11	0***

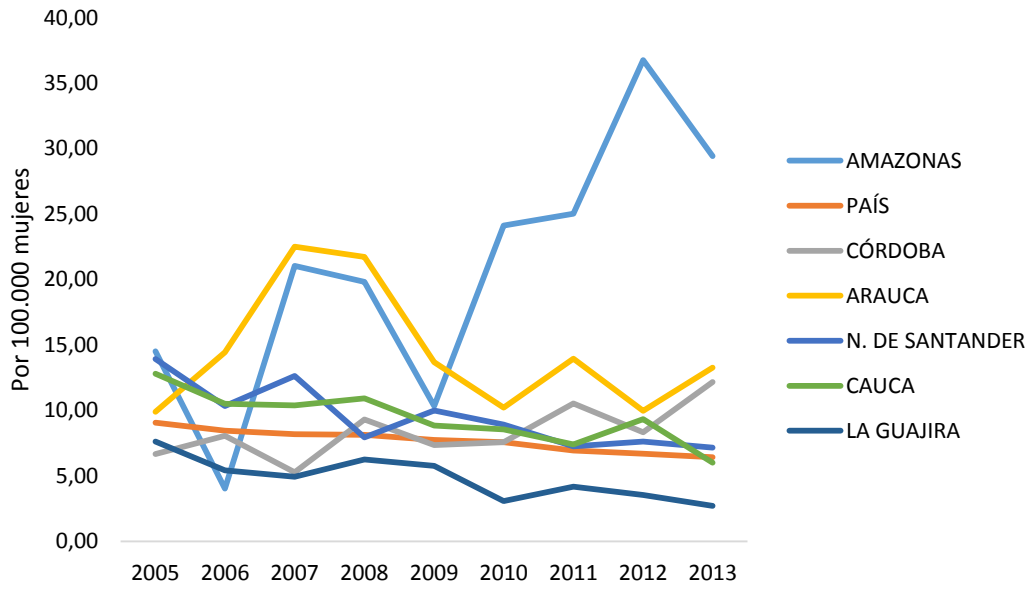
Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

ns: No significtiva

Entre 2005 y 2013 el país ha mostrado una disminución del 29,1% en la tasa de mortalidad ajustada por edad por tumor maligno del cuello del útero, pasando de 9,07 a 6,43 muertes por cada 100.000 mujeres (Tabla 9). El análisis de regresión mostró además una tendencia decreciente significativa del indicador (p<1%), con una tasa de crecimiento de -4,2% (Tabla 10).

En general, todos los Departamentos del país muestran una tendencia negativa, estadísticamente significativo en muchos de ellos (Tabla 10). Amazonas y Córdoba presentaron una tendencia creciente significativa (p<5%), mientras que Tolima, Norte de Santander, La Guajira, Cauca, Bolivar, Bogotá y Antioquia fueron los departamentos con una tendencia decreciente más significativa (p<1%).

Figura 8. Tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno del cuello del útero por Departamento, periodo 2005-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.3 Convivencia social y salud mental

El PDSP define esta dimensión como un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Esta dimensión contempla dos componentes, Promoción de la salud mental y la convivencia y Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia. Para los propósitos de esta evaluación se ha priorizado el seguimiento del siguiente objetivo del PDSP

- Intervenir los factores de riesgo asociados a las diferentes formas de violencia; los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados en población general y población e individuos con riesgos específicos.

4.3.1 Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente

Como se mencionó en la dimensión de Salud ambiental, entre 2005 y 2013 las causas externas constituyeron la cuarta causa de muerte en el país con un 16,79% (296.969) de la mortalidad en el periodo, y aunque no son la primera causa de deceso, son las que mayor número de años de vida potencialmente perdido (AVPP) generan, aportando en el mismo periodo el 30,51% (13.267.720) de las AVPP. Por su parte, las lesiones auto-infligidas intencionalmente (suicidios) ubicadas en el tercer lugar de frecuencia de las causas externas, disminuyeron en un 13%, con tasas ajustadas que pasaron de 5,10 a 4,42 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 11. Tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinflingidas intencionalmente (x 100.000 hab.) por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amazonas	6,65	4,55	12,45	9,74	7,39	2,03	17,86	7,12	5,04
Antioquia	5,75	5,83	5,23	5,78	5,50	5,19	5,14	5,29	5,18
Arauca	11,53	9,05	9,59	6,89	8,01	7,52	6,38	9,91	7,30
San Andres	2,45	3,06	1,10		1,52	1,27	1,08	2,49	2,48
Atlántico	3,55	2,37	2,80	2,64	2,65	2,55	1,55	3,56	3,12
Bogotá d.c.	3,47	3,45	3,43	3,87	3,65	3,45	3,33	3,11	2,87
Bolívar	4,05	3,08	2,90	2,38	2,71	2,64	2,25	2,17	2,62
Boyacá	5,03	6,81	5,30	5,00	5,00	7,30	5,49	4,72	4,94
Caldas	7,13	8,55	8,69	9,63	7,93	6,29	6,00	5,55	5,46
Caquetá	5,66	5,88	5,44	4,58	5,44	3,10	5,17	4,50	5,07
Casanare	4,15	10,05	4,36	2,88	4,40	2,66	3,67	10,37	4,41
Cauca	7,23	9,40	7,45	6,84	7,84	5,91	5,66	4,79	4,67
Cesar	4,37	4,58	4,69	4,20	6,30	5,33	4,20	5,36	5,87
Chocó	1,78	2,27	1,65	1,87	0,29	1,86	1,25	1,94	1,32
Córdoba	3,65	2,34	3,56	3,28	3,79	2,76	3,96	3,37	3,03
Cundinamarca	4,85	4,89	4,65	4,23	5,06	4,08	4,03	3,83	4,41
Guainía	8,41	3,16		7,04	5,86	3,56	5,12		3,66
Guaviare	15,22	2,77	3,23	8,58	6,64	5,13	2,73	4,64	8,81
Huila	7,18	7,66	9,10	8,84	6,80	6,48	5,65	7,23	6,44
La guajira	2,76	1,67	3,42	3,23	4,21	2,93	2,73	2,06	2,48
Magdalena	3,28	3,20	3,35	4,28	4,77	3,77	3,79	3,29	2,85
Meta	6,75	6,05	7,66	6,44	5,65	5,54	5,65	5,21	7,90

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nariño	5,48	7,22	10,50	6,61	8,64	8,39	6,51	6,14	5,20
Norte de santander	6,88	6,62	5,66	5,98	7,79	5,47	6,28	5,11	6,76
Putumayo	10,05	8,58	8,13	8,30	5,02	6,08	7,58	9,17	5,75
Quindío	7,53	7,25	9,46	6,60	10,41	8,23	10,03	7,40	7,26
Risaralda	7,26	7,42	5,21	6,75	5,39	4,99	6,13	8,57	5,45
Santander	5,05	5,73	5,61	5,36	5,49	4,62	3,91	4,76	4,58
Sucre	2,47	3,83	3,26	3,53	4,97	3,65	4,13	4,75	4,57
Tolima	8,37	7,39	8,49	7,12	5,57	6,36	5,52	7,72	6,94
Valle del cauca	4,87	5,56	4,95	5,68	4,51	4,62	4,37	3,95	3,74
Vaupés			6,87	16,37	27,20	13,02	14,67	17,24	20,06
Vichada	11,36	6,64	11,43	10,11	3,65	3,51	1,14	9,25	
Colombia	5,10	5,20	5,17	5,14	5,12	4,69	4,49	4,59	4,42

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 12. Coeficiente de regresión y P. Valor de la tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas intencionalmente por Departamento. 2005-2013

Departamento	Coef.	P>t
Colombia	-7,542602	0,001***
Amazonas	0,0242883	ns
Antioquia	-7,18878	0,021**
Arauca	-0,8988025	ns
Atlántico	-0,2464809	ns
Bogotá	-6,0442	0,064*
Bolívar	-3,682729	0,017**
Boyacá	-0,594011	ns

Departamento	Coef.	P>t
Caldas	-1,318215	0,025**
Caquetá	-1,504289	ns
Casanare	0,0060051	ns
Cauca	-1,512913	0,004**
Cesar	1,832074	ns
Chocó	-1,378853	ns
Córdoba	0,4200456	ns
Cundinamarca	-4,200441	0,05**

Departamento	Coef.	P>t
Guainía	-0,7060632	ns
Guaviare	-0,1886096	ns
Guajira	-0,3971964	ns
Huila	-1,330164	ns
Magdalena	-0,3701493	ns
Meta	-0,3884583	ns
Nariño	-0,4546774	ns
Norte de santander	-0,7817385	ns
Putumayo	-0,8298419	ns

Departamento	Coef.	P>t
Quindío	0,1433659	ns
Risaralda	-0,3068043	ns
San andres	-0,5496275	ns
Santander	-3,150774	0,041**
Sucre	2,586801	0,02**
Tolima	-1,217848	ns
Valle del cauca	-3,377225	0,009***
Vaupés	0,1219388	ns
Vichada	-0,3265056	ns

Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE
ns: No significativa

Entre 2005 y 2013 el país ha mostrado una disminución del 13% en la tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, pasando de 5,10 a 4,42 muertes por cada 100.000 habitantes (Tabla 11). El análisis de regresión mostró una tendencia decreciente del indicador estadísticamente significativa (p<1%) (Tabla 12)

En general, la mayoría de los Departamentos del país muestran una tendencia decreciente, con significación estadística en los departamentos de Antioquia, Bolívar, Caldas, Cauca, Cundinamarca, Santander y Valle del Cauca. Mientras que el único departamento que mostró una tendencia creciente estadísticamente significativa fue Sucre (p<5%) (Tabla 12).

4.4 Seguridad alimentaria y nutricional

Esta dimensión se define como las acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión

transectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El PDSP contempla tres componentes para esta dimensión, Disponibilidad y acceso a los alimentos, Consumo y aprovechamiento biológico e Inocuidad y calidad de los alimentos, priorizándose los siguientes objetivos para su monitorización mediante indicadores:

- Lograr que la población colombiana consuma una alimentación completa, equilibrada, suficiente y adecuada.
- Mejorar el nivel de aprovechamiento y utilización biológica de los alimentos.

4.4.1 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Bajo Peso al Nacer (BPN) se define como todo niño o niña que nace con un peso menor a 2.500 gramos independiente de la semana gestacional u otra característica. El BPN está documentado dentro de las primeras causas de muerte neonatal, por lo que su control es de importancia en el logro del cuarto objetivo de desarrollo del milenio (Reducir la mortalidad infantil). El PDSP establece la meta a 2021 de mantener en <10% la proporción de bajo peso al nacer.

Tabla 13. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por Departamento, periodo 2005-2013.

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antioquia	9,1	9,3	9,1	9,4	9,6	9,6	9,4	9,1	9,3
Atlántico	7,3	8,2	8,4	8,4	8,7	8,6	9	8,6	9
Bogotá, d.c.	12	12,2	12,4	12,4	12,9	13	13,3	12,9	12,8
Bolívar	7,4	7,3	7,8	7,6	7,5	7,7	7,9	8,2	7,7
Boyacá	8,6	8,6	8,8	9,2	9,4	9,5	9,3	9,5	8,8
Caldas	6,5	6,9	6,6	6,7	6,8	6,8	6,7	7,5	7,4
Caquetá	5,1	6	5,2	5,8	6,1	6	6,6	6,4	6,6
Cauca	8	8,1	8,3	7,9	8,8	8,2	8,1	8,1	7,9

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cesar	6,9	7	7,7	8,5	8,5	7,8	7,9	8,8	8
Córdoba	8,4	7,5	7,8	7,7	8,1	8,4	8,3	8,5	8,2
Cundinamarca	10	10,2	10	10,2	10,4	10,7	10,8	10,9	11,3
Chocó	9,1	9,6	9,2	9,2	9,8	9,9	9,4	7,3	8,7
Huila	5	6,3	6,4	6,2	6,7	6,2	6,2	6,3	6,5
La guajira	7,8	7,5	8,9	9,4	8,3	8,3	8,1	8,4	9,4
Magdalena	5,9	7	6,4	7,3	7,5	7,5	7,7	7,8	8,2
Meta	5,5	5,7	5,7	5,8	6,3	6,2	6,6	5,7	6
Nariño	8,3	8,1	8,7	8,9	9,1	8,9	8,5	9,2	8,8
N. De santander	5,2	5,6	5,9	6,3	6,3	6,4	6,3	6,6	6,3
Quindío	7,2	7,3	7,4	7,7	7,8	7,4	7,2	6,7	7
Risaralda	6,8	6,9	7,7	7,3	8,1	8,7	8,6	8,3	7,7
Santander	6,8	7	7,3	8,1	7,6	7,3	7,5	7,5	7,3
Sucre	7,5	7,6	7,6	7,1	7,9	7,5	7,8	8,5	8,6
Tolima	5,5	6	6	6,5	6,9	7	6,7	6,7	6,4
Valle del cauca	8,3	9	8,6	8,8	8,9	9,1	8,9	8,9	8,8
Arauca	5	6	6,5	6,1	6,4	6,8	6,5	6,1	6,1
Casanare	4,6	4,6	5,6	5,7	6,6	5,7	5,5	5,9	5,6
Putumayo	5,1	5	5,6	5,6	5,6	6,1	5,8	5,6	6,6
San andrés	8,7	7,4	7,3	9,4	7,6	8,4	7,7	8,6	7,1
Amazonas	7,1	6,6	8,4	7,7	6,7	6,6	5,7	6,4	8
Guainía	5,3	5,1	6,2	6,7	7,5	5,8	4,4	6,9	4,5
Guaviare	9,2	8,9	9,1	7,1	8,5	7,1	7,4	7,3	7,2
Vaupés	4,7	4,4	4,4	4,8	5,9	5,3	6,4	13,8	26,3

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Vichada	5,8	7,6	6,7	6,4	7,9	7	6,1	5,1	6,7
País	8,3	8,6	8,7	8,9	9,1	9,1	9,1	9	9

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 14. Tasa de crecimiento porcentual del porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por Departamento, periodo 2005-2013.

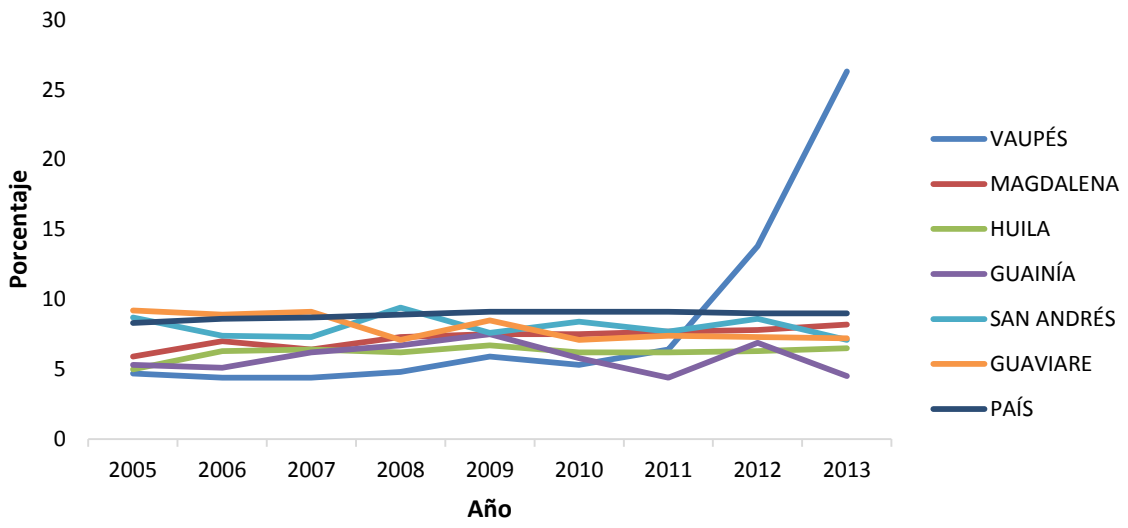
Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
País	2005	2013	1,02	8,06	0,007***
Antioquia	2005	2013	0,27	3,17	ns
Atlántico	2005	2013	2,65	4,48	0,005***
Bogotá, d.c.	2005	2013	0,81	5,34	0,006***
Bolívar	2005	2013	0,50	7,05	0,035**
Boyacá	2005	2013	0,29	4,23	0,101*
Caldas	2005	2013	1,63	5,97	0,019**
Caquetá	2005	2013	3,28	4,29	0,003***
Cauca	2005	2013	-0,16	-0,83	ns
Cesar	2005	2013	1,87	2,79	0,051*
Córdoba	2005	2013	-0,30	3,90	ns
Cundinamarca	2005	2013	1,54	5,80	0***
Chocó	2005	2013	-0,56	-1,52	ns
Huila	2005	2013	3,33	3,04	ns
La guajira	2005	2013	2,36	1,83	ns
Magdalena	2005	2013	4,20	3,48	0,001***
Meta	2005	2013	1,09	4,11	ns
Nariño	2005	2013	0,73	4,64	0,078*
N. De santander	2005	2013	2,43	5,19	0,004***

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Quindio	2005	2013	-0,35	-3,67	ns
Risaralda	2005	2013	1,57	2,84	0,028**
Santander	2005	2013	0,89	2,83	ns
Sucre	2005	2013	1,73	4,18	0,022**
Tolima	2005	2013	1,91	3,94	0,033**
Valle del cauca	2005	2013	0,73	5,79	ns
Arauca	2005	2013	2,52	2,60	ns
Casanare	2005	2013	2,49	2,50	ns
Putumayo	2005	2013	3,28	4,68	0,006***
San andrés	2005	2013	-2,51	-0,62	ns
Amazonas	2005	2013	1,50	-0,59	ns
Guainía	2005	2013	-2,02	-0,24	ns
Guaviare	2005	2013	-3,02	-2,38	0,009***
Vaupés	2005	2013	24,02	0,28	0,022**
Vichada	2005	2013	1,82	-0,74	ns

Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Ns: no significativa

Figura 9. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer por Departamento, periodo 2005-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Entre 2005 y 2012, el país y la mayoría de los Departamentos muestran porcentajes de nacidos vivos con BPN por debajo de la meta nacional del PDSP a 2021 para este indicador (<10%), no siendo esto así para el Distrito de Bogotá, Cundinamarca y los dos últimos años del Vaupés (Tabla 13).

El análisis de regresión mostró una tendencia creciente estadísticamente significativa del indicador nacional (p<1%), que paso de 8.3% a 9% entre 2005 y 2013. El único departamento con una tendencia decreciente estadísticamente significativa fue Guaviare. Mientras que los departamentos con una tendencia creciente estadísticamente significativa fueron Putumayo, Norte de Santander, Magdalena, Cundinamarca, Caquetá, Bogotá y Atlántico (Tabla 14) (Figura 9).

4.4.2 Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 5 años

La desnutrición crónica indica la baja talla para una edad específica, respecto al patrón de referencia de la OMS, y se define a partir de menos de dos (-2) desviaciones estándar con respecto a la talla media. Este indicador se relaciona con el primer ODM (Erradicar la pobreza extrema y el hambre), fijándose una meta nacional a 2015 de reducir a 8% la prevalencia de desnutrición crónica. Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) 2010, la prevalencia en Colombia de este tipo de desnutrición tuvo un avance del 71,3% respecto a la meta ODM para 2015; sin embargo, si se mantiene la tendencia actual del indicador, no se esperaría alcanzar la meta (Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, 2016).

Tabla 15. Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 5 años x 100.000 por Departamento. 2005-2013

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ANTIOQUIA	9,60		5,23	8,34	4,46	3,87	3,66	2,49	1,72
Atlántico	38,07		13,68	16,50	12,44	12,04	8,37	5,59	6,53
Bogotá D.C	5,04		4,24	2,71	3,04	1,18	0,84	1,17	0,17
Bolívar	25,07		12,49	15,92	14,02	12,11	7,27	16,47	10,66
Boyacá	6,99		5,63	6,55	4,17	8,49	2,59	7,04	2,69
Caldas	6,99		3,54	4,75	2,39	2,42	2,43	2,45	2,47
Caquetá	30,80		14,65	31,31	20,37	18,58	16,77	9,33	16,77
Cauca	13,71		8,27	9,13	5,36	9,96	9,21	8,43	4,58
Cesar	24,75		33,00	36,72	21,58	18,95	13,56	25,36	11,79
Córdoba	24,79		16,54	18,19	15,31	9,61	11,80	10,62	7,23
Cundinamarca	3,50		3,95	3,50	0,87	0,86	3,84	1,27	0,84
Chocó	31,70		19,52	19,53	30,10	18,11	16,60	19,64	34,80
Huila	16,55		7,96	4,44	9,77	1,77	3,55	3,54	0,88

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
La Guajira	34,13		40,80	52,60	44,87	34,91	19,58	24,94	32,55
Magdalena	35,89		29,52	27,59	20,62	19,28	19,38	11,53	18,77
Meta	19,94		13,72	18,11	10,11	12,29	15,48	16,43	15,19
Nariño	7,68		3,60	8,46	5,46	10,96	10,38	6,12	7,34
N. DE SANTANDER	13,28		13,09	7,78	2,34	4,70	4,71	7,09	3,94
Quindio	2,14		0,00	4,32	8,68	0,00	4,35	0,00	2,17
Risaralda	10,16		0,00	9,06	7,80	9,12	6,53	20,92	7,86
Santander	5,02		4,03	7,57	2,34	5,89	4,73	1,19	1,79
Sucre	15,08		8,25	7,11	5,94	8,33	2,38	16,65	2,38
Tolima	18,74		4,44	7,49	4,54	6,12	3,86	7,77	2,34
Valle del Cauca	9,53		3,59	4,99	6,10	3,33	1,94	4,14	6,89
Arauca	8,77		2,92	2,94	5,93	5,97	0,00	6,05	0,00
Casanare	5,64		8,52	5,69	2,84	5,67	5,64	2,80	5,57
Putumayo	7,30		2,48	5,00	17,62	5,05	10,14	7,62	12,71
SAN ANDRÉS	0,00		0,00	0,00	15,63	15,67	0,00	0,00	0,00
Amazonas	79,96		40,21	48,31	79,14	9,84	19,53	67,99	48,30
Guainía	42,11		63,40	100,46	102,63	60,05	138,89	137,58	155,70
Guaviare	14,70		36,12	14,92	14,41	0,00	14,28	7,09	21,13
Vaupés	33,35		66,73	165,31	33,37	16,77	16,75	33,52	66,87
Vichada	92,27		90,30	133,16	76,67	183,31	84,83	52,14	82,15
PAÍS	14,87		9,75	11,72	9,16	8,15	6,72	7,57	6,77

Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 16. Tasa de crecimiento porcentual de la tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 5 años por 100.000, por Departamento. 2005-2013

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
ANTIOQUIA	2005	2013	-19,37	-0,9227	0,001***
Atlántico	2005	2013	-19,78	-0,22	0,001***
Bogotá D.C	2005	2013	-34,71	-1493,00	0***
Bolívar	2005	2013	-10,14	-0,371	0,035**
Boyacá	2005	2013	-11,27	-0,63	ns
Caldas	2005	2013	-12,18	-1409,00	0,006***
Caquetá	2005	2013	-7,32	-0,254	0,046**
Cauca	2005	2013	-12,82	-0,207	ns
Cesar	2005	2013	-8,86	-0,212	0,06*
Córdoba	2005	2013	-14,27	-0,456	0***
Cundinamarca	2005	2013	-16,34	-1222,00	0,052*
Chocó	2005	2013	1,17	-0,085	ns
Huila	2005	2013	-30,69	-0,448	0,01***
La Guajira	2005	2013	-0,59	-0,146	0,097*
Magdalena	2005	2013	-7,78	-0,318	0***
Meta	2005	2013	-3,34	-0,348	ns
Nariño	2005	2013	-0,57	0,231	ns
N. DE SANTANDER	2005	2013	-14,08	-0,513	0,012**
Quindio	2005	2013	0,19	-0,03	ns
Risaralda	2005	2013	-3,16	0,208	ns
Santander	2005	2013	-12,12	-0,736	0,072*
Sucre	2005	2013	-20,62	-0,241	ns

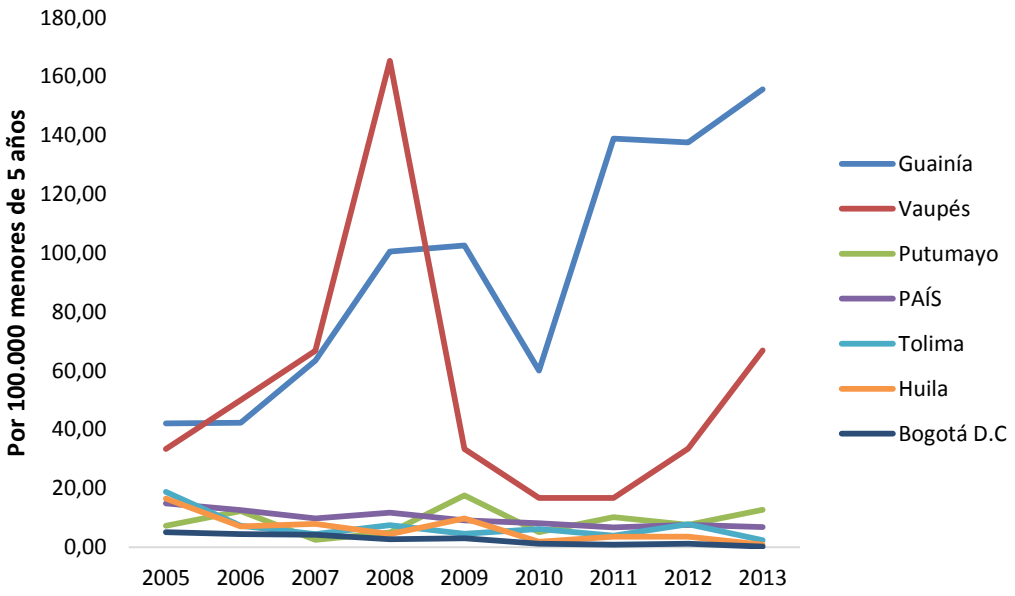
Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
Tolima	2005	2013	-22,89	-0,363	0,066*
Valle del Cauca	2005	2013	-3,97	-0,401	ns
Arauca	2005	2012	-5,16	-0,52	ns
Casanare	2005	2013	-0,16	-0,715	ns
Putumayo	2005	2013	7,17	0,128	ns
SAN ANDRÉS	2005	2013			ns
Amazonas	2005	2013	-6,106807512	-0,038	ns
Guainía	2005	2013	17,75922468	0,055	0.001***
Guaviare	2005	2013	4,63281186	-0,105	ns
Vaupés	2005	2013	9,084916737	-0,009	ns
Vichada	2005	2013	-1,441595148	-0,004	ns
PAÍS	2005	2013	-9,37	-0,893	0***

Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Ns: no significativa

Se observa que el país presentó una tendencia decreciente estadísticamente significativa entre 2005 y 2013, pasando de 14,87 a 6,77 muertes por 100.000 niños menores de 5 años, lo cual significa una reducción del 54% (Tabla 15). Mucho de los departamentos presentaron una tendencia decreciente incluso estadísticamente significativa, sin embargo el único departamento que mostró una tendencia creciente estadísticamente significativa fue Guainía ($p<1\%$) (Tabla 16) (Figura 10).

Figura 10. Tasa de mortalidad por deficiencias nutricionales y anemias nutricionales en menores de 5 años por Departamento. 2005-2013



Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

4.5 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

EL PDSP define esta dimensión como el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Los componentes que integran esta dimensión incluyen Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. Para dar seguimiento a lo anterior, este informe ha priorizado los siguientes objetivos del PDSP:

- Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.
- Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.
- Promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

4.5.1 Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años

El PDSP establece para este indicador la meta a 2021 de disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años a nivel nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Del promedio de 161.733 nacimientos anuales que ocurren en adolescentes con una desviación estándar de 4.596 nacimientos, el 96% sucedieron entre los 15 y 19 años, lo cual indica que por cada 1.000 mujeres en este grupo de edad se produjeron 73 nacimientos en el 2012, apenas 3 menos que en el 2005 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Tabla 17. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años (x 1.000 mujeres de 15 a 19 años) por Departamento, periodo 2005-2012.

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Antioquia	81,8	83,3	82,2	81,0	75,6	67,7	67,4	69,6
Atlántico	68,9	67,9	70,6	73,8	72,1	62,8	62,8	76,7

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Bogotá, d.c.	63,2	65,6	69,0	67,4	65,3	60,6	59,3	59,3
Bolívar	75,5	77,7	72,0	74,5	85,1	74,5	85,1	90,5
Boyacá	70,1	69,5	71,0	70,3	70,1	65,0	65,4	65,6
Caldas	67,3	68,1	67,8	68,6	62,9	62,3	61,6	62,8
Caquetá	91,5	87,5	90,4	87,8	91,8	90,8	91,9	101,8
Cauca	81,3	83,6	73,1	72,3	71,7	70,7	68,3	71,2
Cesar	101,8	104,5	99,9	101,0	98,2	90,0	99,9	98,8
Córdoba	90,3	73,9	66,1	81,7	79,5	69,5	84,6	88,1
Cundinamarca	68,6	70,9	74,2	74,1	72,1	70,7	67,9	70,0
Chocó	48,7	49,0	50,9	49,7	49,6	51,0	51,2	54,5
Huila	99,4	104,9	104,1	99,7	94,8	87,7	90,8	95,9
La guajira	59,5	61,3	62,8	63,0	65,4	62,9	65,7	66,7
Magdalena	80,7	86,4	89,4	89,0	91,6	86,2	90,3	96,6
Meta	91,9	85,6	92,8	91,5	88,3	85,2	85,0	90,8
Nariño	73,5	72,8	73,8	68,4	67,1	61,9	57,8	56,7
N. De santander	70,9	75,2	74,2	75,1	77,4	73,4	73,5	73,7
Quindio	80,7	78,6	76,6	69,5	66,7	63,0	63,7	59,9
Risaralda	74,0	76,8	84,1	77,3	74,6	69,8	67,2	68,8
Santander	71,5	70,2	69,1	70,2	66,8	64,3	68,9	71,2
Sucre	92,4	86,4	85,1	90,0	87,2	79,9	86,9	88,3
Tolima	82,4	85,1	81,4	79,9	78,6	76,9	74,7	79,0
Valle del cauca	71,5	71,5	71,2	70,4	65,7	60,8	62,0	63,1
Arauca	124,0	126,9	106,1	113,3	106,1	98,9	93,3	97,7
Casanare	93,5	93,2	97,4	100,3	77,7	97,2	90,7	100,1

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Putumayo	86,7	84,3	78,6	72,7	72,7	62,7	65,6	66,1
San andrés	49,9	51,1	57,5	47,6	48,0	45,3	44,0	48,8
Amazonas	71,9	55,0	81,4	85,3	78,7	73,4	75,8	91,2
Guainía	77,0	71,1	60,0	70,8	73,5	76,3	64,6	66,2
Guaviare	101,2	57,6	75,5	78,3	67,7	63,8	59,4	60,9
Vaupés	50,0	51,4	45,0	66,7	55,2	53,5	62,9	65,7
Vichada	63,0	48,3	58,2	64,4	56,9	56,0	54,7	53,2
País	75,6	75,9	75,9	76,0	74,0	68,9	70,0	72,6

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 18. Cambio anual porcentual (CAP) de la tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por Departamento, periodo 2005-2012.

DEPARTAMENTO	SEGMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	CAP (%) IC 95% L. INF.	CAP (%) IC 95% L. SUP.	P
ANTIOQUIA	1	2005	2012	-3,3	-4,9	-1,7	0
ATLÁNTICO	1	2005	2012	0,1	-2,7	3,1	0,9
BOGOTÁ, D.C.	1	2005	2007	4,7	-5,8	16,3	0,3
BOGOTÁ, D.C.	2	2007	2012	-3,4	-5,6	-1,1	0
BOLÍVAR	1	2005	2012	2,5	0,1	4,9	0
BOYACÁ	1	2005	2012	-1,2	-2,1	-0,3	0
CALDAS	1	2005	2012	-1,6	-2,6	-0,5	0
CAQUETÁ	1	2005	2012	1,3	-0,1	2,8	0,1
CAUCA	1	2005	2012	-2,4	-4	-0,9	0
CESAR	1	2005	2012	-0,9	-2,4	0,6	0,2
CHOCÓ	1	2005	2012	1,2	0,4	2,1	0

DEPARTAMENTO	SEGMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	CAP (%) IC 95% L. INF.	CAP (%) IC 95% L. SUP.	P
CÓRDOBA	1	2005	2012	0,7	-3,5	5,1	0,7
CUNDINAMARCA	1	2005	2007	4,3	-5,2	14,7	0,3
CUNDINAMARCA	2	2007	2012	-1,6	-3,6	0,5	0,1
HUILA	1	2005	2012	-1,8	-3,6	0	0
LA GUAJIRA	1	2005	2012	1,4	0,8	2,1	0
MAGDALENA	1	2005	2012	1,7	0,3	3	0
META	1	2005	2012	-0,5	-1,9	0,9	0,4
NARIÑO	1	2005	2007	0	-8,2	8,9	1
NARIÑO	2	2007	2012	-5,3	-7,2	-3,3	0
N. DE SANTANDER	1	2005	2012	0,2	-0,8	1,2	0,7
QUINDIO	1	2005	2012	-4,4	-5,3	-3,5	0
RISARALDA	1	2005	2007	5,3	-6,8	18,9	0,3
RISARALDA	2	2007	2012	-4,2	-6,8	-1,5	0
SANTANDER	1	2005	2010	-1,8	-3,4	-0,2	0
SANTANDER	2	2010	2012	4,3	-3	12,2	0,2
SUCRE	1	2005	2012	-0,6	-2,2	1	0,4
TOLIMA	1	2005	2012	-1,3	-2,3	-0,4	0
VALLE DEL CAUCA	1	2005	2012	-2,5	-3,7	-1,3	0
ARAUCA	1	2005	2012	-4,1	-5,9	-2,3	0
CASANARE	1	2005	2012	0,2	-3	3,4	0,9
PUTUMAYO	1	2005	2012	-4,5	-6	-2,9	0
SAN ANDRÉS	1	2005	2012	-1,9	-4,7	0,9	0,1
AMAZONAS	1	2005	2012	3,2	-1,7	8,3	0,2

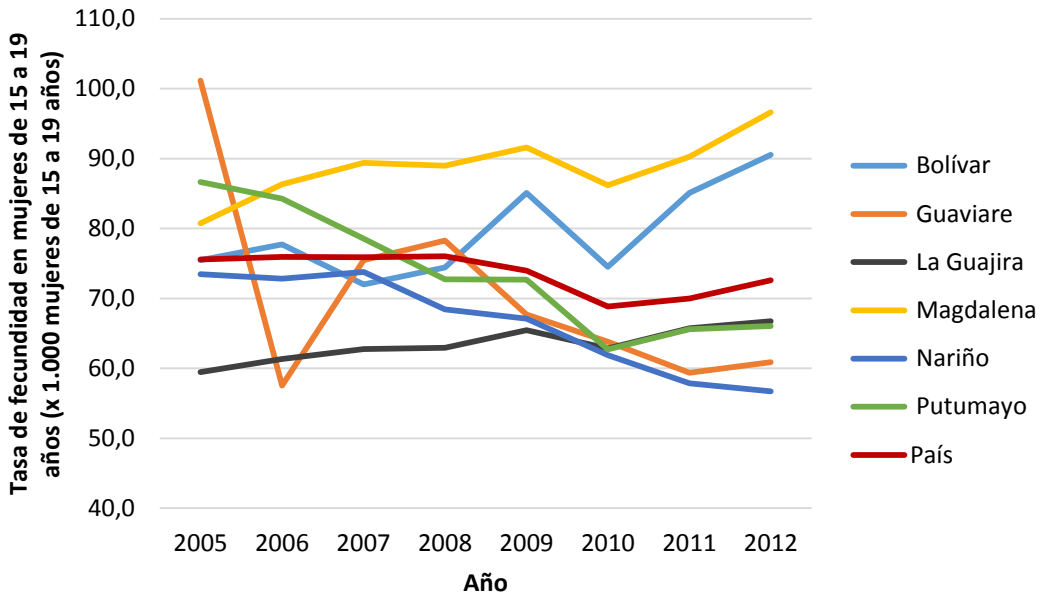
DEPARTAMENTO	SEGMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	CAP (%) IC 95% L. INF.	CAP (%) IC 95% L. SUP.	P
GUAINÍA	1	2005	2012	-1	-4,2	2,4	0,5
GUAVIARE	1	2005	2012	-5,5	-10,8	0	0
VAUPÉS	1	2005	2012	3,9	-0,5	8,4	0,1
VICHADA	1	2005	2012	-1,2	-4,6	2,4	0,4
PAÍS	1	2005	2012	-1,2	-2,2	-0,1	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Entre 2005 y 2012, la tasa de fecundidad en mujeres de 16 a 19 años mostró una tendencia descendente en el país, pasando de 75,58 a 72,59 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, lo cual significó una reducción del 4%, con un cambio anual porcentual (CAP) en el periodo de -1,2% estadísticamente significativo (Tabla 17 y Tabla 18).

La Figura 10 muestra la tendencia de los tres Departamentos con los CAP positivos más alto y los tres con los CAP negativos más bajos con significación estadística para este indicador. Bolívar, Magdalena y La Guajira presentaron los aumentos más acusados en la tendencia de este indicador, mientras que Putumayo, Nariño y Guaviare tuvieron las mayores desaceleraciones.

Figura 11. Tasa de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años por Departamento, periodo 2005-2012.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.5.2 Razón de mortalidad materna

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, siendo sus causas en su mayoría evitables. A pesar de importantes esfuerzos en muchas regiones, entre el año 1990 y el 2010 la razón de mortalidad materna a nivel mundial solo ha disminuido en un 3,1% anual, cifra que está lejos de alcanzar la reducción del 5,5% anual para lograr el Objetivo Desarrollo Mundial (ODM) número 5 “Mejorar la Salud Materna” (Mortalidad materna, 2016) .

De acuerdo al comportamiento de las causas de muerte materna, en el periodo 2010-2012 fuente SIVIGILA, las diez primeras causas identificadas en orden descendente fueron los trastornos hipertensivos (22,4%), complicaciones hemorrágicas (21%), sepsis no ginecobstétricas (6,2%), sepsis ginecobstétricas (6,2%), infecciosas respiratorias (5,5%), aborto (4,5%), tromboembolismo pulmonar (4,1%), cardiopatías (3,7%) y oncológicas (3,4%) (Mortalidad materna, 2016).

La situación epidemiológica de la mortalidad materna en Colombia, según el segundo informe del Observatorio Nacional de Salud para el periodo 1998 - 2011 ha presentado una disminución en las muertes maternas durante las últimas décadas, de acuerdo al procesamientos de los datos de las estadísticas vitales publicadas por el DANE, la razón de mortalidad materna (RMM) promedio en el periodo de 1998 a 2011 fue de 78,2 por 100.000 Nacidos Vivos.

Tabla 19. Razón de mortalidad materna (x 100.000 nacidos vivos) por Departamento, periodo 2005-2013.

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ANTIOQUIA	64,46	69,05	40,02	45,07	55,84	51,15	56,27	53,15	42,81
ATLÁNTICO	71,39	73,94	64,36	69,99	75,21	76,71	71,31	52,67	51,21
BOGOTÁ, D.C.	56,9	50,04	46,92	37,42	52,68	36,95	42,05	40,78	24,21
BOLÍVAR	91,06	88,7	86,7	103,72	64,34	71,09	71,33	61,66	36,85
BOYACÁ	73,09	65,08	107,12	62,52	74,9	73,22	34,97	63,85	73,44
CALDAS	35,51	83,18	45,65	111,97	87,09	73,54	74,83	66,32	19,64
CAQUETÁ	110,36	139,02	150,75	55,49	95,58	194,34	67,16	102,18	116,11
CAUCA	109,51	91,69	122,63	115,48	96,98	134,98	160,72	113,14	60,58
CESAR	34,28	57,44	58,98	61,75	43,25	117,26	100,85	105,17	62,64
CÓRDOBA	25,85	59,23	161,1	87,69	69,78	146,84	91,36	99,47	96,78
CUNDINAMARCA	66,85	80,1	56,32	40,13	49,88	40,52	59,55	73,02	43,75
CHOCÓ	250,92	227,36	194,72	197,56	108,75	178,67	341,63	224,61	149,08
HUILA	38,33	81,06	66,75	38,92	20,19	48,13	54,96	33,42	33,76
LA GUAJIRA	131,04	155,1	162,92	101,4	212,58	154,95	165,67	135,81	235,45
MAGDALENA	109,59	82,69	130,51	120,85	96,5	127,43	79,23	93,57	82,65
META	69,09	75,43	96,89	38,05	51,48	46,31	78,9	51,18	39,03
NARIÑO	76,63	75,9	89,96	81,46	108,08	69,37	120,33	51,05	90,92
N. DE SANTANDER	81,2	58,89	50,53	27,76	50,49	93,52	51,7	67,13	54,70

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
QUINDIO	66,68	14,1	85,75	29,71	0	65,03	32,97	33,55	67,82
RISARALDA	69,54	45,87	52,32	92,44	48,82	59,21	50,05	92,4	44,24
SANTANDER	50,39	52,05	37,54	39,69	43,01	43,84	35,73	38,37	52,27
SUCRE	51,51	66,41	99,72	43,69	77,17	62,8	83,97	45,22	87,47
TOLIMA	77,27	87,74	63,65	60,04	48,27	76,66	35,56	87	21,29
VALLE DEL CAUCA	88,29	66,76	64,48	44,72	56,53	54,98	57,04	75,13	45,70
ARAUCA	59,02	37,17	108,08	82,76	42,52	111,33	67,8	0	25,04
CASANARE	50,53	49,43	31,45	62,49	74,89	77,29	0	41,81	56,41
PUTUMAYO	57,6	95,95	139,89	84,71	126,13	242,19	160,55	116,44	69,44
SAN ANDRÉS	0	108,46	107,64	0	114,55	0	230,41	0	0,00
AMAZONAS	157,98	0	152,67	285,31	391,85	0	146,09	0	141,84
GUAINÍA	386,1	558,66	0	351,49	162,87	0	163,67	0	165,02
GUAVIARE	171,23	240	64,02	125,63	69,44	74,07	77,52	0	93,46
VAUPÉS	0	349,04	566,04	0	161,81	0	145,99	286,53	175,13
VICHADA	0	175,13	513,48	0	235,57	118,34	228,57	188,32	366,64
PAÍS	70,14	71,38	72,05	60,66	67,31	71,64	68,82	65,89	55,25

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 20. Tasa de crecimiento porcentual de la razón de mortalidad materna por Departamento, periodo 2008-2013.

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
ANTIOQUIA	2005	2013	-4,99	-0,13	ns
ATLÁNTICO	2005	2013	-4,07	-0,17	0.089*
BOGOTÁ, D.C.	2005	2013	-10,13	-0,22	0.013**
BOLÍVAR	2005	2013	-10,69	-0,11	0.006**
BOYACÁ	2005	2013	0,06	-0,05	ns

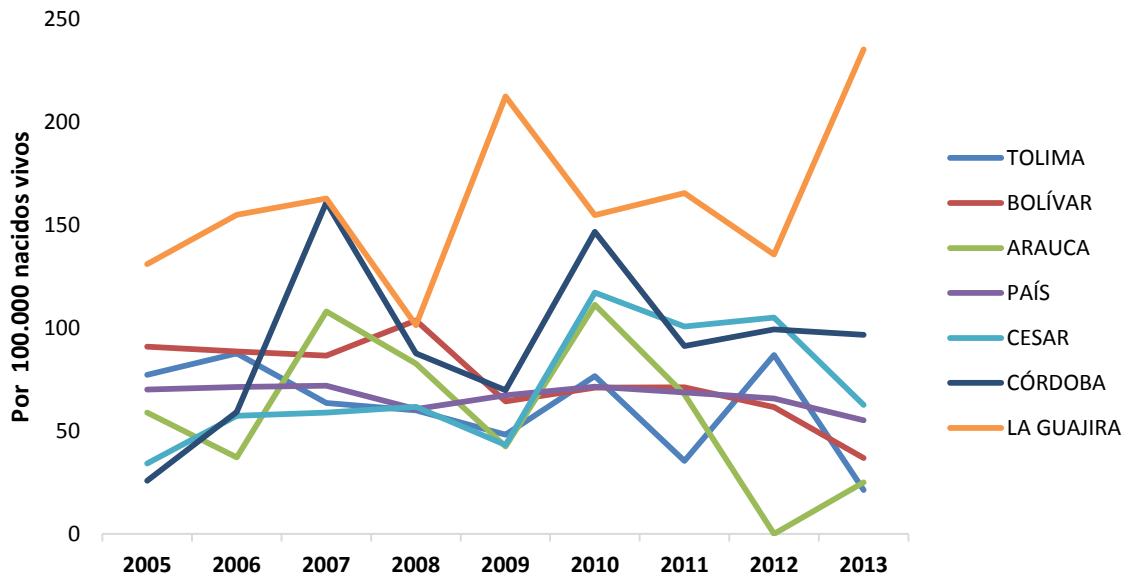
Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
CALDAS	2005	2013	-7,13	-0,01	ns
CAQUETÁ	2005	2013	0,64	-0,01	ns
CAUCA	2005	2013	-7,13	-0,01	ns
CESAR	2005	2013	7,83	0,06	0.075*
CÓRDOBA	2005	2013	17,94	0,02	0,35
CUNDINAMARCA	2005	2013	-5,16	-0,06	0,38
CHOCÓ	2005	2013	-6,30	0,00	0,80
HUILA	2005	2013	-1,57	-0,06	0,25
LA GUAJIRA	2005	2013	7,60	0,03	0,21
MAGDALENA	2005	2013	-3,47	-0,05	0,30
META	2005	2013	-6,89	-0,07	0,17
NARIÑO	2005	2013	2,16	0,01	0,86
N. DE SANTANDER	2005	2013	-4,82	0,00	0,94
QUINDIO	2005	2013	0,21	0,00	0,98
RISARALDA	2005	2013	-5,50	0,00	1,00
SANTANDER	2005	2013	0,46	-0,10	0,55
SUCRE	2005	2013	6,84	0,02	0,69
TOLIMA	2005	2013	-14,88	-0,06	0,15
VALLE DEL CAUCA	2005	2013	-7,90	-0,10	0,18
ARAUCA	2005	2013	-10,16	-0,03	0,33
CASANARE	2005	2013	1,39	-0,01	0,82
PUTUMAYO	2005	2013	2,37	0,01	0,52
SAN ANDRÉS	2005	2013	0	NA	NA
AMAZONAS	2005	2013	-1,34	-0,0025	0,751

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
GUAINÍA	2005	2013	-10,08	-0,0083	0.088*
GUAVIARE	2005	2013	-7,29	-0,027	0.039**
VAUPÉS	2006	2013	-9,38	-0,0011	0,84
VICHADA	2006	2013	11,13	0,0048	0,444
PAÍS	2005	2013	-2,94	-0,28	ns

Fuente: elaboración propia a partir de la Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Ns: no significativa

Figura 12. Razón de mortalidad materna por Departamento, periodo 2008-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Entre 2005 y 2013, la razón de mortalidad materna (RMM) mostró una disminución en el país pasando de 70,14 a 55,25 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, significando una reducción del 21% en el valor del indicador (Tabla 19). No obstante la tendencia no fue estadísticamente significativa (Tabla 20).

El único departamento con una tendencia creciente estadísticamente significativa fue Cesar, mientras que Bogotá, Bolívar y Guaviare mostraron una tendencia decreciente significativa (p<5%) (Tabla 20 y Figura 12).

4.5.3 Prevalencia de VIH/Sida

Según cifras de ONUSIDA, en el año 2013 había 35 millones de personas viviendo con VIH en el mundo. Según esta misma fuente, la incidencia de esta enfermedad ha disminuido en un 38% desde 2001, siendo esta disminución aún mayor en la niñez (58%). En Latinoamérica por su parte había 1,6 millones de personas con la enfermedad en 2013 y la reducción de nuevos casos fue de un 3% entre 2005 y 2013. Para dar fin a esta pandemia en 2030, se prevé necesario un aumento de la inversión para su control en países de ingresos bajos y medios, en torno a US$9,7 billones y US$8,7 billones a 2020 respectivamente; ya en países de ingresos medio-altos se financia su tratamiento con un 80% de recursos originados en fondos públicos, frente a un 22% y 10% en países de ingresos medio-bajos y bajos respectivamente (UNAIDS, 2016).

Tabla 21. Prevalencia (%) de VIH/Sida y tasa de crecimiento por Departamento. Periodo 2012 a 2015.

Departamento	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
ANTIOQUIA	0,13	0,13	0,15	0,17	6,9	63	0,01***
ATLÁNTICO	0,11	0,13	0,15	0,17	11,4	50	0,006***
BOGOTÁ, D. C.	0,10	0,17	0,19	0,21	20,3	24	0,045**
BOLÍVAR	0,07	0,10	0,11	0,12	14,4	54	0,018**
BOYACÁ	0,01	0,02	0,02	0,03	31,6	134	0,065*
CALDAS	0,05	0,09	0,11	0,12	24,4	40	0,066*
CAQUETÁ	0,05	0,07	0,07	0,07	8,7	93	ns
CAUCA	0,03	0,04	0,05	0,05	13,6	126	0,001***
CESAR	0,08	0,08	0,09	0,11	8,3	76	0,098*

Departamento	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
CÓRDOBA	0,08	0,09	0,12	0,13	12,9	62	0,019**
CUNDINAMARCA	0,03	0,04	0,05	0,06	18,9	94	0,013**
CHOCÓ	0,02	0,01	2,5	0,03	10,7	133	ns
HUILA	0,05	0,06	0,08	0,09	15,8	66	0,003***
LA GUAJIRA	0,04	0,05	0,05	0,06	10,7	141	0,026**
MAGDALENA	0,07	0,09	0,10	0,12	14,4	63	0,013**
META	0,07	0,11	0,13	0,14	18,9	41	0,062*
NARIÑO	0,03	0,03	0,04	0,05	13,6	126	0,003***
N. DE SANTANDER	0,09	0,12	0,13	0,14	11,7	60	0,057*
QUINDÍO	0,10	0,15	0,21	0,22	21,8	023	0,025**
RISARALDA	0.09	0,14	0,17	0,18	18,9	30	0,073*
SANTANDER	0,06	0,09	0,10	0,11	16,4	53	0,042**
SUCRE	0,07	0,07	0,09	0,10	9,3	82	0,008***
TOLIMA	0,04	0,06	0,08	0,08	18,9	61	0,039**
VALLE DEL CAUCA	0,12	0,15	0,18	0,20	13,6	36	0,007***
ARAUCA	0,03	0,02	0,04	0,04	7,5	128	ns
CASANARE	0,04	0,07	0,07	0,07	15	69	ns
PUTUMAYO	0,04	0,04	0,03	0,05	5,7	50	ns
SAN Andrés	0,04	0,11	0,02	0,14	36,8	10	ns
AMAZONAS	0,03	0,06	0,07	0,06	18,9	57	ns
GUAINÍA	0,02	0,01	0,01	0,02	0	62	ns
GUAVIARE	0,05	0,05	0,06	0,07	8,8	99	0,095*

Departamento	2012	2013	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)	Coeficiente	P. valor
VAUPÉS	0,02	0,02	0,02	0,03	10,7	1,14	ns
VICHADA	0,02	0,02	0,02	0,01	15,9	-378	0,098*
PAIS	0,08	0,11	0,12	0,14	15	48	0,017**

Fuente: Elaborado a partir de la Cuenta de Alto Costo. VIH/SIDA

Ns: no significativo

La Figura 12 muestra las prevalencias de VIH/Sida por Departamentos, entre los años 2012 y 2015. El análisis de regresión mostró una tendencia creciente estadísticamente significativa para el indicador nacional, pasado de una prevalencia de 0,08% en el 2012 a 0,14% en el 2015. La mayoría de los departamentos presentaron la misma tendencia creciente, siendo más significativo a nivel estadístico los departamentos Antioquia, Atlántico, Cauca, Huila, Nariño, Sucre y Valle del Cauca (Tabla 21).

4.6 Vida saludable y enfermedades transmisibles

Esta dimensión se define en el PDSP como un espacio de acción sectorial, transectorial y comunitario que busca garantizar el disfrute de una vida sana, en las diferentes etapas del ciclo de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los territorios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada ante situaciones, condiciones y eventos transmisibles, con enfoque diferencial y equidad social, desde una perspectiva de desarrollo humano sostenible(1).

Son tres los componentes de la dimensión, Enfermedades emergentes, re-emergentes y desatendidas, Enfermedades inmunoprevenibles y Enfermedades endemo-epidémicas. Para esta evaluación se han priorizado los siguientes objetivos del PDSP:

- Reducir la carga de enfermedades transmitidas por vía aérea y de contacto directo, como la Tuberculosis, Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad de Hansen, mediante acciones promocionales, gestión del riesgo y acciones intersectoriales.

- Disminuir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades prevenibles por vacuna.
- Contribuir a la reducción de la carga de las Enfermedades Transmitidas por Vectores ETV (Malaria, Dengue, Leishmaniasis, Enfermedad de Chagas), producto de su discapacidad, mortalidad y morbilidad, que afecta a la población colombiana, a través de la implementación, monitoreo, evaluación y seguimiento de la estrategia de gestión integral para las ETV.

4.6.1 Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis

En Colombia la tuberculosis continúa siendo una causa importante de mortalidad por enfermedades transmisibles, especialmente en hombres en quienes esta enfermedad es la tercera causa en frecuencia dentro de este grupo. La meta para este indicador en el PDSP es lograr la reducción progresiva a menos de 1,59 casos por 100.000 habitantes en todo el territorio nacional a 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 22. Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis (x 100.000 hab.) por Departamento, periodo 2005-2013.

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
AMAZONAS		2,7	5,89	3,83	7,65	11,47	6,52	10,33	0
ANTIOQUIA	1,86	2,12	2,54	2,64	2,38	1,78	2,15	2,2	2,25
ARAUCA	7,75	2,69	5,44	7,97	5,68	1,8	3,75	3,94	2,74
ATLÁNTICO	4,13	4,29	4,13	3,44	3,18	3,33	1,92	3,5	3,61
BOGOTÁ, D.C.	1,39	1,16	1,19	1,44	1,47	1,25	1,3	1,15	1,08
BOLÍVAR	2	2,6	3,03	2,33	1,89	1,55	1,49	2,05	1,37
BOYACÁ	1,4	1,84	1,4	1,4	1,41	0,79	0,89	0,84	1,01
CALDAS	3,93	2,66	3,52	2,74	2,95	2,46	1,74	2,04	1,84
CAQUETÁ	4,2	4,16	4,99	4	3,15	1,51	1,71	4,77	2,08
CASANARE	1,58	4,68	3,22	4,56	3,21	2,88	1,7	5,64	6,4
CAUCA	2,74	2,7	3,8	2,29	2,5	2,29	2,1	1,81	1,61

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CESAR	3,7	5,86	4	3,51	2,56	3,45	2,43	2,98	2,53
CHOCÓ	5,85	5,21	4,08	5,74	5,29	3,62	3,77	3,05	3,25
CÓRDOBA	2,11	2,05	2,79	2,29	2,12	1,94	1,76	1,91	1,68
CUNDINAMARCA	2,28	2,34	1,58	1,54	1,84	1,47	1,82	1,49	1,52
GUAINÍA	10,79		1,87	6,14	2,19		3,53	4,73	0
GUAVIARE	1,84	10,1	6,37	3,73	4,13	4,86	3,72	4,88	3,37
HUILA	3,34	1,8	3,25	1,7	2,53	2,34	1,88	1,53	2,5
LA GUAJIRA	3,44	4,27	5,79	4,69	3,06	3,37	2,28	1,61	2,09
MAGDALENA	2,83	2,36	2,84	2,88	2,56	1,83	2,04	2,66	2,6213
META	5,65	5,3	6,48	5	3,89	5,84	4,92	2,45	3,7194
NARIÑO	1,5	1,72	1,65	1,22	1,09	1,33	0,97	0,72	0,7892
N. DE SANTANDER	4,26	3,99	3,59	4,75	4,01	2,74	3,59	3,19	2,592
PUTUMAYO	2,64	5,67	3,61	3,37	3,82	2,18	5,4	2,13	2,7072
QUINDIO	4,93	4,19	5,28	4,53	4,98	3,6	3,24	4,28	2,7173
RISARALDA	6,33	6,43	4,09	3,83	3,73	4,22	2,04	3,06	3,1317
SAN ANDRÉS	2,67	5,25	3,67	3,71	4,1	3,45		3,08	1,734
SANTANDER	2,59	2,15	2,22	2,89	1,99	2,21	1,69	1,73	2,6555
SUCRE	1,04	2,66	2,06	1	1,5	0,97	0,28	0,85	0,4218
TOLIMA	4,08	3,28	3,87	3,65	3,07	2,59	2,57	2,01	1,9113
VALLE DEL CAUCA	4,49	3,59	4,4	3,98	3,66	2,99	3,08	3,12	2,4636
VAUPÉS		6,96			6,72		4,27		6,2321
VICHADA		2,75		5,63	2,89	2,51	1,2	7,93	2,0635
PAÍS	2,83	2,74	2,92	2,74	2,53	2,19	2,04	2,1	2,04

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 23. Tasa de crecimiento porcentual de la tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis, periodo 2005-2013.

Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
PAÍS	2005	2013	-4,01	-6,94	0***
AMAZONAS	2006	2012	25,06	0,07	0,79
ANTIOQUIA	2005	2013	2,41	0,25	0,95
ARAUCA	2005	2013	-12,19	-0,66	0.140
ATLÁNTICO	2005	2013	-1,67	-2,21	0,11
BOGOTÁ, D.C.	2005	2013	-3,11	-8,07	0,28
BOLÍVAR	2005	2013	-4,62	-3,36	0,048**
BOYACÁ	2005	2013	-4,00	-6,19	0,01**
CALDAS	2005	2013	-9,05	-3,21	0,002***
CAQUETÁ	2005	2013	-8,41	-1,10	0,14
CASANARE	2005	2013	19,11	0,78	0,20
CAUCA	2005	2013	-6,43	-3,25	0,018**
CESAR	2005	2013	-4,64	-1,82	0,033**
CHOCÓ	2005	2013	-7,08	-2,05	0,007***
CÓRDOBA	2005	2013	-2,81	-5,28	0,067*
CUNDINAMARCA	2005	2013	-4,94	-5,68	0,036**
GUAINÍA	2005	2012	-11,11	-0,54	0,11
GUAVIARE	2005	2013	7,86	-0,31	0,49
HUILA	2005	2013	-3,56	-1,81	0,24
LA GUAJIRA	2005	2013	-6,04	-1,51	0,023**
MAGDALENA	2005	2013	-0,95	-2,37	0,40
META	2005	2013	-5,09	-1,49	0,044**
NARIÑO	2005	2013	-7,71	-6,82	0,001***

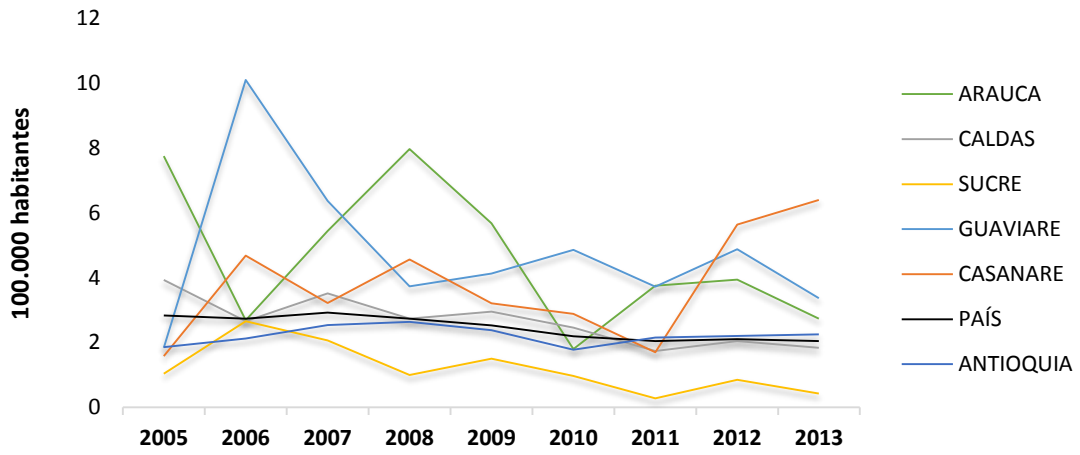
Departamento	Año inicio	Año fin	Tasa Crecimiento (%)	Coeficiente	P. Valor
N. DE SANTANDER	2005	2013	-6,02	-2,78	0,03**
PUTUMAYO	2005	2013	0,31	-0,59	0,47
QUINDIO	2005	2013	-7,18	-2,30	0,028**
RISARALDA	2005	2013	-8,42	-1,58	0,005***
SAN ANDRÉS	2005	2013	-5,25	-1,46	0,17
SANTANDER	2005	2013	0,31	-2,03	0,43
SUCRE	2005	2013	-10,67	-2,47	0,041**
TOLIMA	2005	2013	-9,04	-3,26	0***
VALLE DEL CAUCA	2005	2013	-7,23	-3,55	0,002***
VAUPÉS	2005	2013	SD	-1,238	0,493
VICHADA	2006	2013	-4,02	0,049	0,917

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

SD: Sin datos para dichos años

Entre 2005 y 2013, la tasa ajustada por edad de mortalidad por tuberculosis mostró una disminución en el país pasando de 2,83 a 2,04 muertes por cada 100.000 habitantes, significando una reducción del 28% en el valor del indicador (Tabla 22). Asimismo, en el análisis de regresión se observó una tendencia decreciente significativa estadísticamente en el valor nacional del indicador. Al igual que el país, todos los Departamentos presentaron una tendencia decreciente, con significación estadística en 16 de ellos (Tabla 23).

Figura 13. Tasa ajustada de mortalidad por Tuberculosis según Departamento, periodo 2005-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.7 Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Según el PDSP, El enfoque diferencial es concebido como un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos de los sujetos y colectivos. Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual y étnica, edad y situación de salud, entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos, como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan.

Este informe ha priorizado el primer componente de esta dimensión, Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes, conforme al siguiente objetivo:

- Garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad, de acuerdo con las particularidades poblacionales y territoriales, y orientada a los resultados en salud y al acortamiento de brechas de inequidad en el territorio nacional.

4.7.1 Tasa de mortalidad infantil

Según el Análisis de Situación de Salud, en Colombia la mortalidad de los menores de un año (mortalidad infantil) representa el 82% de la mortalidad en la niñez (< 5 años), atribuyéndose en mayor medida a las afecciones originadas en el periodo perinatal (50%), malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (22%), trastornos respiratorios en más del 8% y enfermedades infecciosas y parasitarias en casi el 5% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 24. Tasa de mortalidad infantil (x 1.000 nacidos vivos) por Departamento, periodo 2005-2012.

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ANTIOQUIA	13,67	13,21	13,29	13,27	11,45	11	10,74	9,9
ATLÁNTICO	18,46	18,41	17,08	15,11	14,59	13,1	14,63	12,14
BOGOTÁ, D.C.	14,97	13,63	13,82	13,25	12,08	11,86	12,06	11,83
BOLÍVAR	19,34	14,41	13,61	16,73	13,71	11,96	11,21	12,87
BOYACÁ	17,4	17,02	13,77	14,59	11,45	12,5	10,9	9,98
CALDAS	13,57	14,82	13,39	13,36	12,37	13,33	12,07	12,7
CAQUETÁ	23,45	22,24	20,01	27,33	19,52	16,52	15,72	13,54
CAUCA	21,25	18,88	18,04	16,4	18,82	15,9	14,82	15,33
CESAR	16,46	17,57	20,25	19,1	16,72	16,42	13,73	16,54
CÓRDOBA	19,8	18,53	20,85	17,35	19,85	15,59	14,95	15,81
CUNDINAMARCA	16,46	14,42	14,08	13,43	11,8	11,05	11,49	11,97
CHOCÓ	32,81	37,14	29,39	31,97	37,52	33,77	24,56	26,63
HUILA	15,47	14,78	13,3	13,82	12,16	10,7	9,29	10,7
LA GUAJIRA	24,2	21,14	24,6	19,27	20,86	18,59	19,8	18,64
MAGDALENA	20,44	21,91	21,78	18,35	17,59	14,82	13,95	13,99
META	14,89	15,98	15,31	14,71	15,77	10,92	12,23	12,28
NARIÑO	11,67	16,61	16,46	14,81	15,03	14,46	14,99	13,5

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
N. DE SANTANDER	15,81	13,77	16,77	18,09	13,31	12,7	12,17	10,98
QUINDIO	13,6	14,1	15,86	14,56	15,76	13,98	12,53	12,08
RISARALDA	16,38	14,22	15,47	13,02	12,45	11,76	10,18	10,58
SANTANDER	11,95	11,24	11,89	9,95	10,42	10,42	8,25	8,35
SUCRE	11,27	13,95	13,43	12,86	10,93	8,86	8,85	9,75
TOLIMA	13,52	14,61	14,69	12,19	11,05	11,65	10,52	10,64
VALLE DEL CAUCA	12,84	13,35	12,17	13,32	11,42	11,36	10,68	10,73
ARAUCA	16,53	13,38	12,32	11,59	9,99	8,24	10,85	10,94
CASANARE	12,3	14,34	12,89	12,65	12,17	12,21	11,82	8,22
PUTUMAYO	17,09	19,57	17,79	16,94	13,03	17,92	16,06	12,81
SAN ANDRÉS	14,31	16,27	17,22	21,33	13,75	21,82	8,06	21,69
AMAZONAS	29,23	34,45	38,93	24,96	32,92	22,98	13,15	19,19
GUAINÍA	40,54	27,93	40	38,66	47,23	38,98	32,73	21,7
GUAVIARE	22,26	26,4	21,13	16,33	13,89	14,81	13,95	12,1
VAUPÉS	14,31	34,9	30,19	35,06	35,6	17,43	40,88	22,92
VICHADA	26,54	42,03	39,79	27,52	43,58	37,87	26,29	14,12
PAÍS	15,91	15,47	15,32	14,76	13,69	12,76	12,25	12,14

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 25. Cambio anual porcentual (CAP) de la tasa de mortalidad infantil por Departamento, periodo 2005-2012.

DEPARTAMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	IC 95% L. INF	IC 95% L. SUP	P
ANTIOQUIA	2005	2012	-4,5	-6,1	-2,9	0
ATLÁNTICO	2005	2012	-5,7	-7,6	-3,7	0
BOGOTÁ, D.C.	2005	2012	-3,4	-4,6	-2,1	0
BOLÍVAR	2005	2012	-5,6	-9,8	-1,2	0

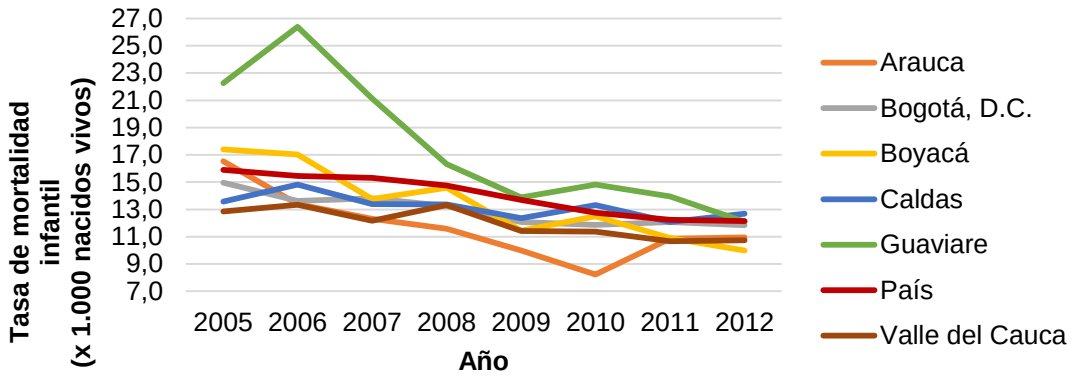
DEPARTAMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	IC 95% L. INF	IC 95% L. SUP	P
BOYACÁ	2005	2012	-7,7	-10	-5,3	0
CALDAS	2005	2012	-1,9	-3,7	-0,1	0
CAQUETÁ	2005	2012	-7,1	-12,7	-1,1	0
CAUCA	2005	2012	-4,4	-6,7	-2,1	0
CESAR	2005	2012	-2,3	-6,2	1,9	0,2
CÓRDOBA	2005	2012	-3,8	-6,9	-0,6	0
CUNDINAMARCA	2005	2010	-7,3	-10,5	-3,9	0
CUNDINAMARCA	2010	2012	3,7	-13,4	24,1	0,6
CHOCÓ	2005	2012	-3,3	-8,2	1,8	0,2
HUILA	2005	2012	-6,4	-8,7	-4	0
LA GUAJIRA	2005	2012	-3,5	-6,2	-0,7	0
MAGDALENA	2005	2012	-7	-9,6	-4,2	0
META	2005	2012	-4	-7,6	-0,2	0
NARIÑO	2005	2012	-0,1	-4,8	4,8	1
N. DE SANTANDER	2005	2012	-4,9	-9,8	0,3	0,1
QUINDIO	2005	2009	3	-4,7	11,3	0,3
QUINDIO	2009	2012	-9,1	-20,9	4,5	0,1
RISARALDA	2005	2012	-6,5	-8,5	-4,4	0
SANTANDER	2005	2012	-4,9	-7,4	-2,4	0
SUCRE	2005	2012	-5,4	-9,9	-0,6	0
TOLIMA	2005	2012	-4,8	-7,4	-2,1	0
VALLE DEL CAUCA	2005	2012	-3,2	-5	-1,3	0
ARAUCA	2005	2010	-11,3	-15,5	-6,8	0
ARAUCA	2010	2012	13,9	-11	45,8	0,2

DEPARTAMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	IC 95% L. INF	IC 95% L. SUP	P
CASANARE	2005	2012	-4,3	-8,5	0	0,1
PUTUMAYO	2005	2012	-3,6	-8	1	0,1
SAN ANDRÉS	2005	2012	2,6	-8,2	14,6	0,6
AMAZONAS	2005	2012	-9,2	-17,5	0,1	0,1
GUAINÍA	2005	2012	-2,8	-11,4	6,6	0,5
GUAVIARE	2005	2012	-9,9	-14,1	-5,5	0
VAUPÉS	2005	2012	1,5	-11,8	16,8	0,8
VICHADA	2005	2012	-5,4	-17,5	8,5	0,4
PAÍS	2005	2012	-4,2	-5,1	-3,3	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Entre 2005 y 2012, la tasa de mortalidad infantil mostró una tendencia decreciente, pasando de 15,91 a 12,14 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual significó una reducción del 23,9%, con un cambio anual porcentual en el periodo de -4,2% estadísticamente significativo (Tabla 24 y Tabla 25). Como en el país, la mayoría de los Departamentos presentaron una disminución en la tendencia de este indicador, siendo este descenso más acusado en Guaviare, Arauca y Boyacá. La Figura 14 también muestra los tres departamentos con los CAP negativos más bajos estadísticamente significativos.

Figura 14. Tasa de mortalidad infantil por Departamento, periodo 2005-2012.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

4.7.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de hospitalización en los niños menores de 5 años, significando en Colombia alrededor del 35% de éstas(18). Después de la mortalidad neonatal que representa el 40% de la mortalidad en este grupo de edad, la neumonía ocasiona el 14% de las muertes en el mundo(28). En el país, el reporte de casos de IRA ha ido aumentado, así como los casos fatales. Solo en el 2011 un acumulado de 4.168.783 de casos por IRA fueron notificados al sistema de vigilancia nacional – Sivigila, y aproximadamente 470 casos fatales se presentaron en menores de cinco años (Mortalidad perinatal y neonatal tardía , 2016).

Tabla 26. Tasa de mortalidad en menores de 5 años (x 100.000 < 5 años) por IRA por Departamento, periodo 2005-2012.

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
ANTIOQUIA	23,1	24,3	21,7	18,4	18,6	13,7	10,8	11,7
ATLÁNTICO	22,7	25,9	26	21,1	14,7	13	18,1	9,3
BOGOTÁ, D.C.	29,1	24,5	25,6	28,3	18,8	22,9	18,6	19,2
BOLÍVAR	31,2	26,3	18,3	20,3	13,5	20,3	17,9	17

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
BOYACÁ	27,2	32,4	17,7	11,5	14,2	8,5	15,6	6,2
CALDAS	18,6	16,4	11,8	15,4	19,2	10,9	7,3	18,4
CAQUETÁ	45,3	34,6	22	42,4	37	16,7	11,2	22,4
CAUCA	39	42,8	30,1	16,7	19,9	19,9	16,1	25,3
CESAR	34,5	32	49,9	36,7	27	20,8	30,7	31,7
CÓRDOBA	24,8	16,6	21,1	19,9	28,9	13,6	16,3	18,5
CUNDINAMARCA	26,7	25,5	20,2	20,5	12,6	13,8	17,1	9,7
CHOCÓ	34,7	39,1	40,5	31,5	39,1	42,3	43,8	36,3
HUILA	20	30,8	23,9	12,4	10,7	8	6,2	13,3
LA GUAJIRA	26,1	47,8	40,8	24	13,5	15,7	20,4	21,6
MAGDALENA	18,6	25,8	29,5	29	19,9	12,1	18,7	27,4
META	38,7	39,3	36,6	34	39,3	23,5	21	16,4
NARIÑO	14,8	28,6	19,8	15,7	16,4	12,8	9,2	13,5
N. DE SANTANDER	23,6	17,4	20	20,2	10,9	16,4	11,8	12,6
QUINDIO	6,4	17,2	19,4	15,1	10,8	6,5	6,5	13
RISARALDA	35,6	35,8	24,4	18,1	26	32,6	19,6	14,4
SANTANDER	13,4	10,8	13,3	5,2	13,5	13	9,5	7,1
SUCRE	15,1	12,9	21,2	14,2	10,7	7,1	11,9	11,9
TOLIMA	31	32,9	25,9	13,5	18,9	19,1	11,6	20,2
VALLE DEL CAUCA	18,5	20,6	18,2	13	16,1	10,3	13,3	14,9
ARAUCA	32,2	8,7	23,3	5,9	26,7	14,9	18,1	12,1
CASANARE	22,6	31,1	17	17,1	22,8	14,2	25,4	8,4
PUTUMAYO	21,9	31,9	34,7	12,5	12,6	22,7	12,7	15,2
SAN ANDRÉS	30,3	30,6	0	15,6	15,6	15,7	31,4	15,7

DEPARTAMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMAZONAS	50	60,4	50,3	77,3	49,5	39,3	39,1	9,7
GUAINÍA	21,1	21,1	21,1	100,5	164,2	140,1	119	0
GUAVIARE	7,4	21,8	21,7	29,8	43,2	7,2	7,1	7,1
VAUPÉS	0	66,7	116,8	75,1	133,5	50,3	117,3	67
VICHADA	23,1	11,4	45,2	96,8	109,5	32,3	31,8	10,4
PAÍS	25,1	26	24	20,6	19,1	16,5	15,9	16,1

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 27. Cambio anual porcentual (CAP) de la tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA por Departamento, periodo 2005-2012.

DEPARTAMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	IC 95% L.INF	IC 95% L.SUP	P
ANTIOQUIA	2005	2012	-10,9	-14,5	-7,2	0
ATLÁNTICO	2005	2012	-10,4	-17,4	-2,8	0
BOGOTÁ, D.C.	2005	2012	-5,7	-9,8	-1,5	0
BOLÍVAR	2005	2012	-7,9	-13,8	-1,6	0
BOYACÁ	2005	2012	-16,6	-26,1	-5,9	0
CALDAS	2005	2012	-2,5	-12,6	8,9	0,6
CAQUETÁ	2005	2012	-10,8	-22	2,1	0,1
CAUCA	2005	2012	-10,7	-18,9	-1,6	0
CESAR	2005	2012	-4,4	-12,9	5	0,3
CÓRDOBA	2005	2012	-3,4	-12,2	6,3	0,4
CUNDINAMARCA	2005	2012	-11,3	-16,7	-5,6	0
CHOCÓ	2005	2012	1,5	-2,5	5,7	0,4
HUILA	2005	2012	-15,1	-26,3	-2,1	0
LA GUAJIRA	2005	2012	-11,4	-22,5	1,3	0,1
MAGDALENA	2005	2012	-1,4	-11,6	9,9	0,8
META	2005	2009	-2,1	-7,3	3,3	0,3
META	2009	2012	-24	-32,2	-14,8	0
NARIÑO	2005	2012	-9,6	-18,9	0,8	0,1
NORTE DE SANTANDER	2005	2012	-8,6	-14,4	-2,3	0
QUINDÍO	2005	2012	-6	-20,7	11,3	0,4
RISARALDA	2005	2012	-8,3	-16,7	0,9	0,1
SANTANDER	2005	2012	-4,5	-14,5	6,7	0,4
SUCRE	2005	2012	-6,3	-15,7	4,1	0,2

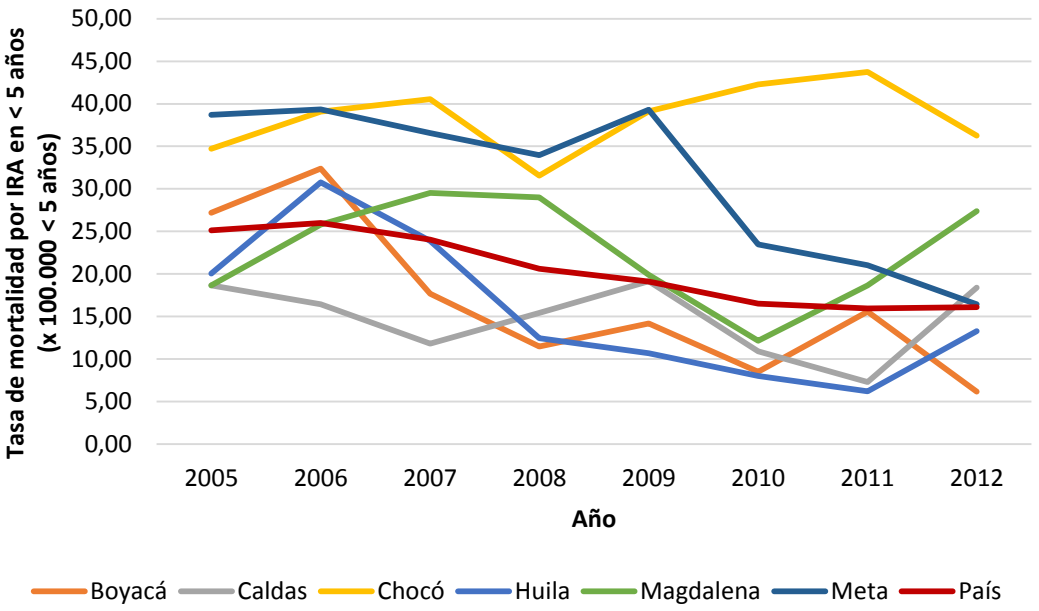
DEPARTAMENTO	AÑO INICIO	AÑO FIN	CAP (%)	IC 95% L.INF	IC 95% L.SUP	P
TOLIMA	2005	2012	-9,9	-17,8	-1,3	0
VALLE DEL CAUCA	2005	2012	-5,9	-11,5	0,1	0,1
ARAUCA	2005	2012	-8	-22,8	9,6	0,3
CASANARE	2005	2012	-6,4	-17,8	6,7	0,3
PUTUMAYO	2005	2012	-10,2	-21,9	3,3	0,1
AMAZONAS	2005	2012	-8,9	-22,1	6,5	0,2
GUAVIARE	2005	2009	32,8	-9,8	95,6	0,1
GUAVIARE	2009	2012	-52	-80,5	18,6	0,1
VICHADA	2005	2009	55,6	-13	178,4	0,1
VICHADA	2009	2012	-54.3	-87.2	63.3	0.2
PAÍS	2005	2012	-7,8	-9,8	-5,7	0

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

En el país se observa una disminución de la mortalidad por IRA en menores de cinco años durante el periodo 2005-2012, con un cambio de 25,1 a 16,1 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, lo cual significó una reducción del 35,9% entre el inicio y el final del periodo estudiado (Tabla 26). Esta disminución de la tendencia presentó un CAP de -7,8% significativo desde el punto de vista estadístico, pese a que el análisis por Departamentos mostró que en 20 de éstos no hubo un cambio significativo en la tendencia de la mortalidad por IRA (Tabla 27).

La Figura 15 muestra los tres Departamentos con el CAP más grande y los tres menos acusados con significación estadística. Siendo los tres primeros Huila, Boyacá y Meta, este último con un punto de inflexión significativo en el año 2009, año a partir del cual acelera el descenso de su mortalidad.

Figura 15. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA por Departamento, periodo 2005-2012.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

4.8 Indicadores de flujo y administración de recursos - Porcentaje de recursos ejecutados

El porcentaje de recursos ejecutados muestra la capacidad de ejecución de las direcciones territoriales departamentales de su presupuesto. Este indicador se tomó del reporte de información del Decreto 028 de 2008 y se calcula según la siguiente ecuación:

$$\text{Ejecución de recursos SGP} - \text{PS con presupuesto de ingresos definitivo} = \frac{\text{Valor comprometido por fuente SGP} - \text{PS}}{\text{Valor presupuesto de ingresos definitivo SGP} - \text{PS}} * 100$$

El Ministerio de Salud y Protección Social clasifica a las entidades como riesgo alto cuando el indicador es menor a 95% o mayor a 100%. Teniendo esto en consideración, los resultados para las entidades territoriales y departamentales se puede observaren la Tabla 28, resalta lo siguiente:

- Únicamente cinco entidades territoriales fueron clasificadas como “aceptable” mientras que las restantes fueron clasificadas como riesgo alto, en 2014.
- Las entidades territoriales con mayor ejecución de recursos son: Córdoba con una ejecución de 141,7%; Caldas, 114,8%; y Meta, 105,3%.
- Las entidades territoriales con menor ejecución de recursos fueron: Bolívar y la Guajira con 0% y Santa Marta con 0,04%.

Tabla 28. Indicador de ejecución de recursos según Entidad Territorial 2014

Tipo Entidad	Entidad Territorial	% de Ejecución de recursos SGP - PS con presupuesto de ingresos definitivo	Indicador 2.5- Ejecución de recursos SGP - PS con presupuesto de ingresos definitivo
Departamento	Risaralda	98.9%	Aceptable
Departamento	Norte de Santander	97.9%	Aceptable
Departamento	Guaviare	51.5%	Riesgo Alto
Distrito	Barranquilla	26.9%	Riesgo Alto
Departamento	Huila	98.9%	Aceptable

Distrito	Bogotá	97.8%	Aceptable
Departamento	Amazonas	72.6%	Riesgo Alto
Departamento	San Andrés	11.7%	Riesgo Alto
Departamento	Antioquia	99.9%	Aceptable
Departamento	Nariño	86.8%	Riesgo Alto
Departamento	Quindío	67.4%	Riesgo Alto
Departamento	Arauca	94.2%	Riesgo Alto
Departamento	Guainía	79.2%	Riesgo Alto
Departamento	Santander	88.0%	Riesgo Alto
Departamento	Vichada	57.1%	Riesgo Alto
Departamento	Meta	105.3%	Riesgo Alto
Departamento	Atlántico	89.4%	Riesgo Alto
Departamento	Cesar	80.8%	Riesgo Alto
Departamento	Tolima	66.9%	Riesgo Alto
Departamento	Caldas	114.8%	Riesgo Alto
Departamento	Caquetá	56.6%	Riesgo Alto
Departamento	Cundinamarca	81.8%	Riesgo Alto
Departamento	Boyacá	52.6%	Riesgo Alto
Departamento	Córdoba	141.7%	Riesgo Alto
Departamento	Valle del Cauca	71.5%	Riesgo Alto
Departamento	Cauca	15.7%	Riesgo Alto
Departamento	Magdalena	35.9%	Riesgo Alto
Departamento	Sucre	80.4%	Riesgo Alto
Departamento	Putumayo	50.8%	Riesgo Alto
Distrito	Cartagena	76.4%	Riesgo Alto
Departamento	Casanare	60.0%	Riesgo Alto
Departamento	Bolívar	0.0%	Riesgo Alto
Departamento	La Guajira	0.0%	Riesgo Alto
Distrito	Santa Marta	0.0%	Riesgo Alto
Departamento	Vaupés	25.0%	Riesgo Alto
Departamento	Chocó	31.4%	Riesgo Alto

Fuente: Elaboración propia con información de reporte de información Decreto 028 de 2008

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Indicadores de EPS

5 Indicadores de EPS

5.1 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud

La dimensión transversal "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud" tiene como objetivo lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen, sus capacidades básicas para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta dos tipos de capacidad: la capacidad de medios, es decir, que cuenten con los medios y procesos necesarios y dispuestos, de tal manera que puedan hacer lo que les corresponde y ejecutarlo en forma óptima; y la capacidad de resultados, por cumplimiento de su finalidad; capacidades que deben reflejarse en el cumplimiento óptimo de las funciones de: regulación, conducción, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas, garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El componente de esta dimensión, Fortalecimiento de la autoridad sanitaria, plantea cuatro objetivos, de los cuales este informe ha priorizado el siguiente:

- Garantizar de manera efectiva el acceso a los planes de beneficios en salud (individuales y colectivos) para toda la población. Ver al pie de página los indicadores relacionados con este objetivo

5.1.1 Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general (EPS)

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 resolución 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 (Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud; mientras que para la auditoría del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel (Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

Tabla 29. Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general por EPS del régimen contributivo (media de días), periodo 2006-2015.

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ALIANSALUD	2,97	3,02	3,72	2,26	3,22	3,18	4,08	2,77	2,86	2,47
SALUD TOTAL		3,45	3,56	2,74	2,46	4,22	2,96	2,26	2,18	2,29
CAFESALUD	3,73	1,54	1,38	1,62	1,94	2,11	2,55	3,01	2,84	2,67
SANITAS	11,59	6,53	6,35	4,50	3,65	4,16	3,89	3,68	2,82	2,53
COMPENSAR		7,76	6,30	5,47	4,25	4,37	3,64	4,36	8,37	11,74
EPS SURA	2,57	2,34	1,96	2,76	2,66	2,62	2,13	2,52	2,97	2,77
COMFENALCO VALLE		5,25	3,86	4,19	3,45	5,60	3,45	5,42	5,88	5,73
SALUDCOOP	2,91	1,38	1,60	1,89	2,04	2,29	2,31	2,30	2,03	2,50
COOMEVA	2,74	2,36	2,22	2,36	2,57	2,88	1,78	1,48	1,60	1,82
FAMISANAR	9,26	6,08	6,17	6,08	4,43	8,25	4,85	5,75	6,32	5,39
SOS	3,73	3,70	3,64	3,49	2,56	5,45	5,77	4,72	2,63	2,32
CRUZ BLANCA	4,03	1,48	1,48	1,65	1,88	2,23	2,46	3,33	3,23	3,76
SALUDVIDA	1,71	2,06	1,80	2,53	1,94	1,44	2,54	2,12	1,83	2,45
NUEVA EPS			4,18	3,32	3,10	3,15	2,90	2,96	2,72	2,87
TOTAL CONTRIBUTIVO	3,73	2,87	2,76	2,86	2,63	3,38	2,78	2,77	2,84	3,02

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

Entre 2006 y 2015, el tiempo medio en la asignación de citas de medicina general en régimen contributivo muestra pocas variaciones, con una oportunidad máxima de 3,7 días en 2006 y una mínima de 2,6 días en 2010 (Tabla 29). La Figura 15 muestra como la media de asignación de citas de medicina general es menor en el régimen subsidiado comparado con el contributivo, con oportunidades por debajo de 3 días en promedio durante la mayor parte del periodo analizado.

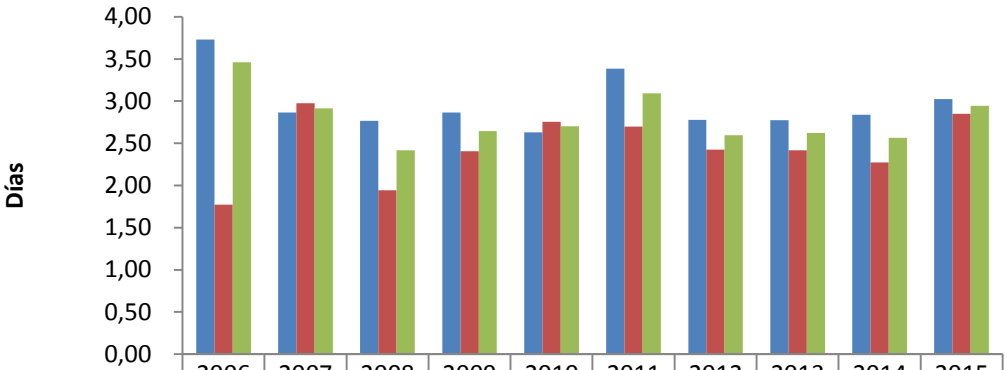
Tabla 30. Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general por EPS del régimen subsidiado (media de días), periodo 2006-2015.

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
COMFAMILIAR CARTAGENA		1,85	1,37	1,13	1,13	2,76	2,23	2,12	2,18	2,34
COMFABOY			1,35	0,98	1,44	1,23	1,50	1,75	1,76	2,31
COMFACOR	1,64	1,19	1,28	2,26	0,48	2,98	2,31	2,09	2,03	1,78
CAFAM		3,72	4,07	2,70	2,31	1,98	3,11	2,37	3,02	2,86
COMFAGUAJIRA		7,94	1,31	1,21	1,19	1,48	1,20	1,61	1,38	1,77
COMFAMILIAR HUILA	1,73	1,27	1,18	0,67	1,27	1,47	1,75	2,00	2,44	2,29
COMFAMILIAR NARIÑO	1,05	2,16	2,14	2,65	1,47	2,22	2,20	1,61	1,79	1,68
COMFASUCRE		0,20	1,04	1,04	1,08	1,12	0,15	1,06	1,91	1,62
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S			3,00	3,00	3,00	3,00	2,62	2,98	2,88	
COMFAORIENTE		1,00	1,00	1,29	1,69	1,98	2,74	2,92	3,03	2,90
COMFACUNDI	2,98	2,87	2,95	5,51	3,74	3,71	3,82	3,80	2,60	2,73
CAJACOPI	0,84	1,56	1,16	2,47	2,18	2,97	2,10	1,89	1,86	
COLSUBSIDIO		3,59	2,68	5,24	4,47	4,74	3,99	2,27	2,33	1,92
COMFACHOCO		0,97	1,03	1,01	1,01	1,00	1,00	1,63	2,00	2,01
CAPRECOM		3,25	1,56	2,51	3,20	2,13	1,89	1,86	1,75	2,01
CONVIDA	3,46	3,58	3,26	4,12	2,73	2,73	2,08	2,60	2,53	2,11
CAPRESOCA	1,52	1,16	1,30	1,29	1,71	1,85	1,44	1,67	1,46	1,25
DUSAKAWI E.P.S.I.			0,99	1,20	1,29	1,31	1,13	1,31	1,83	

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MANEXKA			0,00	0,50	1,00	1,00	1,72	1,65	1,75	
AIC-EPSI-I			1,33	1,00	1,01	0,99	1,69	2,06	1,75	
ANASWAYUU		1,00	0,92	0,95	0,24	1,07	1,04	1,03	1,08	
MALLAMAS		0,62	0,29	1,20	0,80	0,68	0,78	1,01	1,29	
PIJAOSALUD EPSI	0,00	0,00	1,01	1,03	0,82	1,84	1,61	2,14	2,20	
CAFESALUD		1,26	2,21	2,33	2,04	1,95	1,96	2,57	1,90	2,10
SALUDVIDA			1,71	2,14	2,31	2,43	15,45	2,08	2,29	2,24
CAPITAL SALUD							3,48	3,21	3,13	2,83
NUEVA EPS SA - CM									4,63	2,96
EMDISALUD			0,22	0,32	0,38		2,30	1,12		1,13
COOSALUD E.S.S.	1,04	1,32	0,33	0,63	2,15	2,24	2,11	1,69	2,00	1,91
ASMET SALUD		2,00	1,82	1,75	1,45	1,67	1,95	2,09	2,16	2,16
AMBUQ	1,04	1,07	1,15	1,41	2,14	2,35	0,36	3,91	3,81	2,20
ECOOPSOS		5,73	1,63	2,33	2,40	2,75	2,25	1,98	2,54	1,92
EMSSANAR E.S.S.	1,06	1,15	0,90	1,43	2,17	1,72	1,99	1,56	1,85	1,95
COMPARTA		2,33	1,48	1,55	1,90	1,62	1,74	3,19	2,82	
MUTUAL SER	1,29	2,43	2,35	2,19	3,28	1,76	1,05	1,88	1,28	1,63
TOTAL SUBSIDIADO	1,77	2,97	1,94	2,41	2,75	2,70	2,43	2,42	2,27	2,85

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

Figura 16. Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general según el régimen, periodo 2006-2015.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Contributivo	3,73	2,87	2,76	2,86	2,63	3,38	2,78	2,77	2,84	3,02
Subsidiado	1,77	2,97	1,94	2,41	2,75	2,70	2,43	2,42	2,27	2,85
Ambos	3,46	2,91	2,42	2,65	2,70	3,09	2,59	2,62	2,57	2,94

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

5.1.2 Oportunidades en la asignación de cita en consulta de odontología general (EPS)

La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios, y su resolución 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 ((Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

Al igual que la oportunidad de medicina general, su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud; mientras que para la auditoría del mejoramiento de la calidad de la atención en salud, puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.

Tabla 31. Oportunidades en la asignación de cita en consulta de odontología general por EPS del régimen contributivo (media de días), periodo 2006-2015.

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ALIANSALUD	2,30	2,64	3,42	8,45	7,35	4,84	4,42	3,94	2,64	3,53
CAFESALUD	1,54	0,99	0,97	1,75	3,41	2,95	4,94	3,82	2,05	2,77
COMFENALCO VALLE		6,46	5,19	5,58	5,83	5,98	5,25	3,86	3,92	3,05
COMPENSAR		9,43	7,75	14,60	10,40	21,50	10,44	9,89	8,01	7,04
COOMEVA	6,53	5,64	5,50	5,19	3,56	3,50	2,01	1,78	1,78	1,74
CRUZ BLANCA	3,04	2,16	1,71	1,72	3,85	3,93	3,25	2,45	1,39	2,41
EPS SURA	13,06	10,08	9,07	13,06	11,32	9,23	3,87	3,79	3,90	4,72
FAMISANAR	15,74	10,12	9,66	8,79	10,87	9,44	9,39	7,95	8,22	7,07
NUEVA EPS			2,79	2,49	2,41	2,68	2,81	2,70	2,50	2,59
SALUD TOTAL		6,35	6,73	4,24	2,03	4,85	2,27	1,50	1,42	1,60
SALUDCOOP	2,46	1,07	1,62	2,19	3,59	3,51	2,57	2,22	1,72	
SALUDVIDA	5,17	2,11	5,71	4,44	2,41	2,33	1,56	2,08	1,81	2,14
SANITAS	6,12	7,85	7,14	5,07	3,15	5,05	3,00	3,00	3,00	2,95
SOS	8,52	12,60	10,44	10,80	9,33	6,75	6,89	6,19	4,81	3,29
TOTAL CONTRIBUTIVO	5,75	4,50	4,27	4,35	4,38	5,01	3,61	3,20	2,79	2,68

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

Tabla 32. Oportunidades en la asignación de cita en consulta de odontología general por EPS del régimen subsidiado (media de días), periodo 2006-2015.

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
COMFACUNDI	1,98	3,08	3,27	4,68	3,67	3,57	3,61	2,80	1,80	2,01
AIC-EPSI-I			1,47	1,18	2,39	1,09	5,30	2,58	2,35	
AMBUQ	1,07	1,40	2,07	1,84	1,98	1,93	0,45	2,29	2,91	2,39

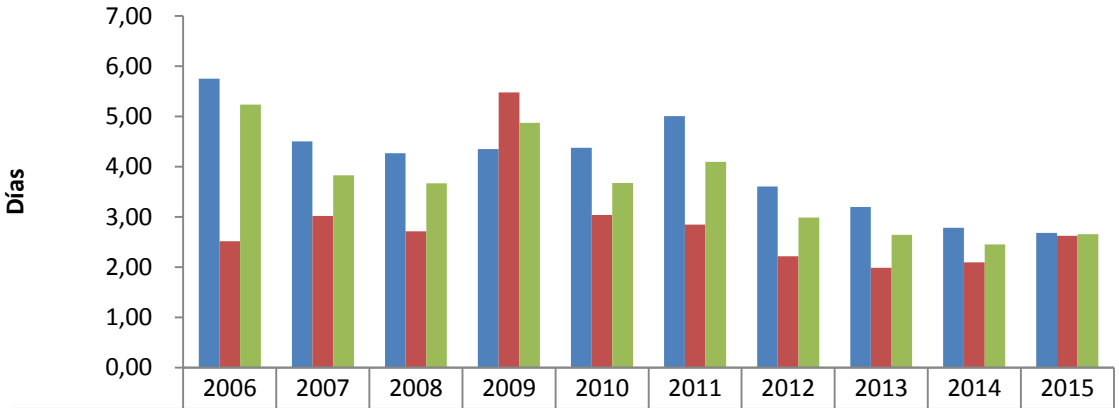
EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ANASWAYUU		1,49	0,77	0,91	0,87	0,89	1,10	1,07	1,85	
ASMET SALUD		3,00	2,99	2,89	2,40	2,66	2,37	2,50	2,11	2,22
CAFAM		4,75	3,84	2,77	2,89	2,38	3,28	2,35	2,95	2,71
CAFESALUD		9,17	6,41	5,47	6,08	7,04	3,09	3,35	2,19	2,11
CAJACOPI	4,52	2,23	2,19	1,50	1,91	3,39	2,42	1,04	1,56	1,61
CAPRECOM		2,93	2,81	26,26	3,09	2,41	1,59	1,87	1,81	1,92
CAPRESOCA	2,30	1,65	1,70	1,29	1,56	2,15	1,80	1,73	1,72	1,71
COLSUBSIDIO		4,14	3,40	3,98	4,12	4,82	3,79	1,91	2,67	2,32
COMFABOY			1,77	1,66	2,37	2,17	1,92	1,53	1,73	1,93
COMFACHOCO		0,97	1,02	1,75	1,75	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
COMFACOR	1,77	2,46	1,94	1,47	0,77	2,13	1,35	1,95	1,93	1,57
COMFAGUAJIRA		4,56	2,76	2,93	1,23	1,21	1,24	1,13	1,40	1,30
COMFAMILIAR CARTAGENA		1,79	1,60	1,88	1,88	1,78	2,39	2,43	1,16	1,28
COMFAMILIAR HUILA	4,28	1,67	2,18	2,00	1,58	2,06	1,70	1,73	1,63	1,48
COMFAMILIAR NARIÑO	3,68	1,56	2,04	2,37	1,62	1,97	2,36	1,56	1,72	1,94
COMFAORIENTE		1,00	1,00	1,47	2,24	2,38	2,16	1,75	1,77	2,62
COMFASUCRE		0,27	0,95	1,21	1,12	1,16	0,32	1,12	1,37	1,86
CONVIDA	4,37	3,35	3,09	3,50	3,39	2,81	2,73	2,21	2,54	2,41
COOSALUD E.S.S.	3,95	4,50	1,20	2,43	7,79	7,03	3,79	3,03	2,10	1,86
DUSAKAWI E.P.S.I.			1,05	1,17	1,14	1,27	1,00	1,07	1,76	
ECOOPSOS		2,90	2,10	3,30	2,81	3,16	2,52	2,08	2,70	2,73
EMSSANAR E.S.S.	2,20	2,48	1,33	2,19	2,34	1,92	2,54	2,03	1,87	1,93
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S			4,18	4,00	4,00	3,00	1,80	1,78	1,50	
MALLAMAS		6,77	15,01	11,40	1,52	1,02	1,17	1,26	1,85	

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MANEXKA			1,00	1,00	1,00	1,00	1,27	0,34	1,27	
MUTUAL SER	1,29	3,25	2,51	2,09	1,64	1,42	0,52	1,57	1,15	1,18
PIJAOSALUD EPSI	0,00	0,00	1,08	2,32	1,08	3,89	2,62	2,18	2,37	
SALUDVIDA			2,57	3,04	2,01	1,74	2,41	1,96	2,21	2,09
TOTAL SUBSIDIADO	2,52	3,02	2,71	5,48	3,04	2,85	2,22	1,99	2,10	2,62

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

La Figura 16 muestra un comportamiento decreciente en la oportunidad de asignación de citas de odontología general en ambos regímenes, con una media máxima de días de 5,2 en 2006 y una mínima de 2,4 en 2014. Por su parte, el análisis diferenciado por régimen evidencia que el subsidiado presenta tiempos de oportunidad menores que el contributivo a lo largo de todo el periodo, con valor máximo de 3 días de media en 2007.

Figura 17. Oportunidades en la asignación de cita en consulta de odontología general según el régimen, periodo 2006-2015.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Contributivo	5,75	4,50	4,27	4,35	4,38	5,01	3,61	3,20	2,79	2,68
Subsidiado	2,52	3,02	2,71	5,48	3,04	2,85	2,22	1,99	2,10	2,62354
Ambos	5,24	3,83	3,67	4,88	3,68	4,10	2,99	2,65	2,45	2,66

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

5.1.3 Tasa de traslados desde la EPS

Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema planteada por la Ley 100, es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios. El cambio de entidad promotora de salud puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud (Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

Tabla 33. Tasa de traslados desde las EPS del régimen contributivo (porcentaje), periodo 2006-2015.

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ALIANSALUD	0,28	3,15	3,10	4,73	5,52	5,72	3,26	3,95	12,72	4,49
COMFENALCO VALLE		1,42	1,15	0,99	0,82	0,44	0,22	0,68	0,70	0,72
COMPENSAR		0,33	0,45	0,38	0,18	0,19	0,10	0,35	0,38	0,40
COOMEVA	0,80	1,45	0,65	0,80	1,32	1,60	1,17	0,75	0,81	3,12
CRUZ BLANCA	0,77	3,79	3,58	2,56	2,37	1,62	0,42	0,72	2,35	0,76
EPS SURA	0,68	1,16	1,76	0,38	0,48	0,41	0,37	1,92	1,90	2,05
FAMISANAR	2,04	1,12	1,54	2,17	2,90	0,90	1,30	0,98	0,15	0,08
NUEVA EPS			4,69	1,08	0,84	0,19	0,43	0,66	0,73	0,80
SALUD TOTAL		4,10	4,41	3,86	3,34	3,66	2,69	2,45	1,72	2,71
SALUDCOOP	0,23	1,30	1,90	1,92	1,22	1,96	0,51	1,71	1,40	0,99
SALUDVIDA	0,90	1,14						3,21	2,38	1,35
SANITAS	0,55	1,08	1,50	1,86	1,59	1,24	1,23	0,96	1,04	1,06
SOS	0,04	0,09	0,12	0,26	0,12	0,12	0,12	0,10	0,13	0,12
TOTAL CONTRIBUTIVO	0,45	1,29	1,85	1,24	1,31	0,96	0,64	1,30	1,18	0,95

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

Tabla 34. Tasa de traslados desde las EPS del régimen subsidiado (porcentaje), periodo 2006-2015.

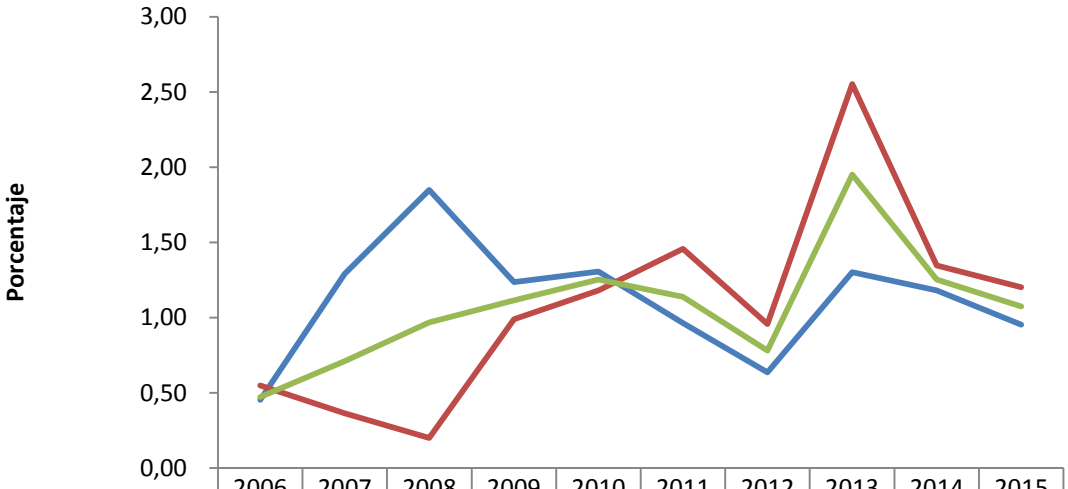
EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CAJACOPI	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00	2,41	0,63	2,61	0,40	0,43
COMFACOR	0,70	0,00	0,00	0,00	1,20	0,56	0,41	0,49	0,47	0,31
AIC-EPSI-I				0,00	0,05	0,24	0,37	0,30	0,33	
AMBUQ	1,65	0,00	0,00	0,00	0,14	2,50	0,27	0,48	0,31	6,55
ANASWAYUU		0,00	0,00	0,00	0,50	0,38	0,25	0,10	0,93	
ASMET SALUD		0,00	0,00	0,00	6,87	3,36	2,39	5,09	4,06	0,65

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CAFAM		0,00	0,00	0,00	0,10	0,38	0,16	0,41	0,67	0,10
CAFESALUD		0,04	0,00	0,01	0,39	0,31	0,50	0,95	3,34	0,20
CAPITAL SALUD							0,43	0,53	0,64	0,56
CAPRECOM		0,00	0,00	0,00	0,70		0,74	0,55	1,26	6,82
CAPRESOCA	0,48	0,00	0,00	0,00	3,58	0,56	4,31	0,55	6,16	1,12
COLSUBSIDIO		0,00	0,00	0,00	0,27	2,58	2,55	3,51	0,84	1,09
COMFABOY			0,00	0,00	1,42	0,75	0,47	0,18	0,18	0,36
COMFACHOCO		0,01	2,50	1,25	1,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
COMFACUNDI	2,06	0,00	0,00	0,00	4,09	1,55	2,59	3,63	7,86	0,50
COMFAMILIAR CARTAGENA		0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	1,37	0,37	0,31	0,54
COMFAMILIAR HUILA	0,27	42,27	0,00	0,54	1,20	0,57	0,47	0,30	9,03	0,32
COMFAMILIAR NARIÑO	3,18	0,00	0,00	0,00	2,05	0,85	2,86	1,74	13,68	7,73
COMFAORIENTE		0,00	0,00	0,00	0,32	0,94	0,28	1,73	0,50	0,27
COMFASUCRE		0,00						96,20	0,23	0,48
COMPARTA		0,00	0,00	0,00	0,17	0,72	0,69	1,02	0,26	
CONVIDA	0,88	0,00		0,00	0,42	0,27	0,20	0,33	1,22	0,68
COOSALUD E.S.S.	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,90	0,09	0,16	0,05
DUSAKAWI E.P.S.I.			0,00	0,00	0,00	1,10	0,15	0,13	0,36	
ECOOPSOS		0,00	0,00	0,00	1,61	1,55	3,87	3,64	3,08	0,73
EMSSANAR E.S.S.	0,39	0,00	0,00	0,00	1,37	0,07	0,06	0,40	0,10	0,31
FAMISALUD COMFANORTE A.R.S			0,00	0,00	0,28	1,26	47,93	0,45	0,65	
MALLAMAS		0,00	0,00	0,00	2,17	3,62	0,56	0,99	2,46	
MANEXKA			0,00	0,00	41,26	28,18	1,95	0,10	0,11	
MUTUAL SER	2,55	0,00	0,00	0,00	2,69	9,34	0,11	1,01	5,37	0,70

EPS	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
PIJAOSALUD EPSI	0,00	0,00	0,00	0,00	1,94	0,26		2,43	73,48	
SELVASALUD	0,16	0,40	0,46	0,10	0,19		0,69	62,80	100,00	
TOTAL SUBSIDIADO	0,55	0,36	0,20	0,99	1,18	1,46	0,96	2,55	1,35	1,20

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

Figura 18. Tasa de traslados desde la EPS según el régimen, periodo 2006-2015.



	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Contributivo	0,45	1,29	1,85	1,24	1,31	0,96	0,64	1,30	1,18	0,95
Subsidiado	0,55	0,36	0,20	0,99	1,18	1,46	0,96	2,55	1,35	1,20
Ambos	0,47	0,71	0,97	1,12	1,25	1,14	0,78	1,95	1,25	1,07

Fuente: elaboración a partir de Base de datos SISPRO. Superintendencia Nacional de Salud

5.2 Indicadores de satisfacción de los usuarios

El conjunto de indicadores de satisfacción de los usuarios está compuesto por: i) proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB; ii) proporción de usuarios que recomendaría a su EAPB a familiares y amigos; y iii) proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB.

Los tres indicadores se calcularon a través de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS. El primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron “muy buena” y “buena” a la pregunta: “En los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?”; el segundo indicador, como la proporción de usuarios que respondieron “definitivamente sí” y “probablemente sí” a la pregunta: ”¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?”; y el tercero, como la proporción de usuarios que respondieron “no” a la pregunta “¿Ha pensado cambiarse a otra EPS?”.

Adicionalmente, se separaron las EAPB según su régimen. Los resultados de estos indicadores para 2014 y 2015 se pueden observar en la Tabla 35, de esta tabla resalta lo siguiente:

- Con respecto a la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB en 2015, para el RC los tres mejor posicionados fueron: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A-Cm; SALUDVIDA S.A .E.P.S y E.P.S. Sanitas S.A.-Cm; para el RS, las mejor calificadas fueron: Caja De Compensación Familiar De Boyacá Comfaboy, Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda. Coosalud E.S.S., y Asociación Mutual Barrios Unidos De Quibdó E.S.S.; y para las EAPB indígenas: Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi, Manexka Epsi y Anaswayuu.
- Los peor posicionados respecto a la proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB en el RC fueron: E.P.S. Saludcoop-Cm, Comfenalco Valle E.P.S.-Cm y Salud Total S.A. E.P.S. Cm; en el RS fueron: Caja De Compensación Familiar Del Chocó Comfachoco; Asociación Mutual Empresa Solidaria De Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S. y Caprecom Eps; para las EAPB indígenas: Pijaos Salud Epsi, Mallamas y Asociación Indígena del Cauca.
- Las EAPB que mejoraron más con respecto a 2014 en la proporción de usuarios satisfechos, en el RC fueron: E.P.S. Saludcoop-Cm, Nueva Eps S.A. –Cm y Coomeva E.P.S. S.A.-Cm; en el RS fueron: Capresoca Eps, Caja De Compensación Familiar De Boyacá Comfaboy, y Caja De Compensación Familiar Del Huila -Comfamiliar-; para las EAPB indígenas: Manexka Epsi, Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi y Mallamas.

Tabla 35. Indicadores de satisfacción de los usuarios

Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB			Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos			Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB		
		2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.
Aliansalud Entidad Promotora De Salud S.A.-Cm	R. Contributivo	85.05%	77.11%	4	93.74%	91.15%	2	8.02%	10.66%	5
CAFESALUD E.P.S. S.A.	R. Contributivo	72.61%	70.99%	9	81.58%	72.22%	11	17.44%	18.39%	9
Comfenalco Valle E.P.S.-Cm	R. Contributivo	85.59%	66.50%	13	82.62%	64.71%	13	13.69%	31.90%	13
Compensar E.P.S.-Cm	R. Contributivo	70.55%	77.07%	5	86.08%	85.63%	4	4.88%	10.17%	3
Coomeva E.P.S. S.A.-Cm	R. Contributivo	64.85%	71.79%	8	70.39%	76.12%	8	20.21%	19.39%	10
Cruz Blanca Eps S.A.-Cm	R. Contributivo	75.21%	68.34%	11	82.39%	68.54%	12	13.74%	24.04%	12
E.P.S. Famisanar Ltda.-Cm	R. Contributivo	67.01%	70.10%	10	80.88%	79.28%	6	15.18%	17.03%	8
E.P.S. Saludcoop-Cm	R. Contributivo	50.03%	60.85%	14	75.91%	58.16%	14	22.71%	34.13%	14
E.P.S. Sanitas S.A.-Cm	R. Contributivo	74.87%	79.45%	3	90.80%	89.24%	3	5.34%	10.39%	4
Eps Servicio Occidental De Salud S.A. - Eps S.O.S. S.A.-Cm	R. Contributivo	71.26%	72.13%	6	73.62%	74.59%	9	18.87%	12.52%	6
Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S.A-Cm	R. Contributivo	87.11%	89.04%	1	92.56%	92.54%	1	4.80%	6.70%	1
Nueva Eps S.A. -Cm	R. Contributivo	61.63%	71.88%	7	75.40%	77.81%	7	17.24%	14.50%	7
Salud Total S.A. E.P.S. Cm	R. Contributivo	74.56%	66.54%	12	80.81%	72.92%	10	18.05%	19.55%	11
SALUDVIDA S.A .E.P.S	R. Contributivo	81.59%	82.05%	2	89.73%	84.73%	5	5.79%	8.25%	2
Asociación Mutual Barrios Unidos De Quibdó E.S.S.	R. Subsidiado	93.25%	86.11%	3	95.84%	88.69%	6	2.53%	11.44%	15
Asociación Mutual Empresa Solidaria De Salud De Nariño E.S.S. Emssanar E.S.S.	R. Subsidiado	75.82%	60.00%	24	87.31%	71.86%	23	14.08%	22.68%	23
Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud	R. Subsidiado	71.15%	79.54%	9	90.97%	88.28%	7	6.11%	5.82%	4
Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud Ess	R. Subsidiado	85.43%	85.53%	5	96.38%	93.70%	2	0.92%	3.40%	1
Caja De Compensación Familiar De Cartagena -Comfamiliar Cartagena-	R. Subsidiado	83.26%	64.46%	21	90.22%	77.86%	20	5.17%	10.60%	12

Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB			Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos			Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB		
		2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.
Caja De Compensacion Familiar Cafam	R. Subsidiado	79.48%	75.42%	14	90.21%	82.03%	14	6.26%	16.33%	18
Caja De Compensación Familiar De Boyacá Comfaboy	R. Subsidiado	50.03%	92.03%	1	77.89%	95.44%	1	3.49%	3.68%	2
Caja De Compensacion Familiar De Cordoba Comfacor	R. Subsidiado	79.62%	85.80%	4	90.77%	91.61%	3	6.54%	7.73%	6
Caja De Compensación Familiar De Cundinamarca Comfacundi	R. Subsidiado	65.54%	77.57%	11	85.34%	79.46%	17	8.37%	8.33%	7
Caja De Compensación Familiar De La Guajira	R. Subsidiado	96.17%	74.69%	15	97.95%	89.28%	5	1.05%	11.22%	14
Caja De Compensación Familiar De Nariño -Comfamiliar Nariño-	R. Subsidiado	74.43%	77.40%	12	86.05%	79.71%	16	10.49%	17.07%	20
Caja De Compensación Familiar De Sucre	R. Subsidiado	75.97%	83.46%	7	82.94%	82.87%	12	11.19%	16.90%	19
Caja De Compensación Familiar Del Chocó Comfachoco	R. Subsidiado	45.89%	54.59%	25	80.02%	76.44%	21	10.74%	17.51%	21
Caja De Compensación Familiar Del Huila -Comfamiliar-	R. Subsidiado	56.06%	71.57%	18	74.32%	78.19%	19	8.57%	5.09%	3
Caja De De Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	R. Subsidiado	79.95%	81.75%	8	84.49%	87.28%	8	11.64%	9.07%	9
Capital Salud	R. Subsidiado	65.76%	73.68%	16	76.87%	78.87%	18	9.85%	11.10%	13
Caprecom Eps	R. Subsidiado	63.31%	64.29%	23	80.42%	51.86%	25	19.66%	44.75%	25
Capresoca Eps	R. Subsidiado	27.76%	72.12%	17	79.10%	84.23%	11	24.29%	8.73%	8
Colsubsidio	R. Subsidiado	60.02%	64.37%	22	68.29%	69.07%	24	23.76%	28.53%	24
Cooperativa De Salud Comunitaria-Comparta	R. Subsidiado	74.05%	70.97%	20	90.89%	86.07%	10	8.86%	9.12%	10
Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda. Coosalud E.S.S.	R. Subsidiado	76.12%	86.27%	2	84.96%	91.37%	4	10.72%	5.98%	5
Empresa Mutual Para El Desarrollo Integral De La Salud E.S.S. Emdisalud Ess	R. Subsidiado	73.26%	71.38%	19	80.86%	76.19%	22	14.97%	19.38%	22
Entidad Cooperativa Sol.De Salud Del Norte De Soacha Ecoopsos	R. Subsidiado	70.03%	85.41%	6	71.67%	86.82%	9	19.32%	13.67%	16
Eps Convida	R. Subsidiado	70.87%	77.61%	10	82.03%	80.04%	15	10.40%	15.15%	17
Savia Salud Eps	R. Subsidiado	82.70%	76.28%	13	86.99%	82.24%	13	6.38%	10.32%	11

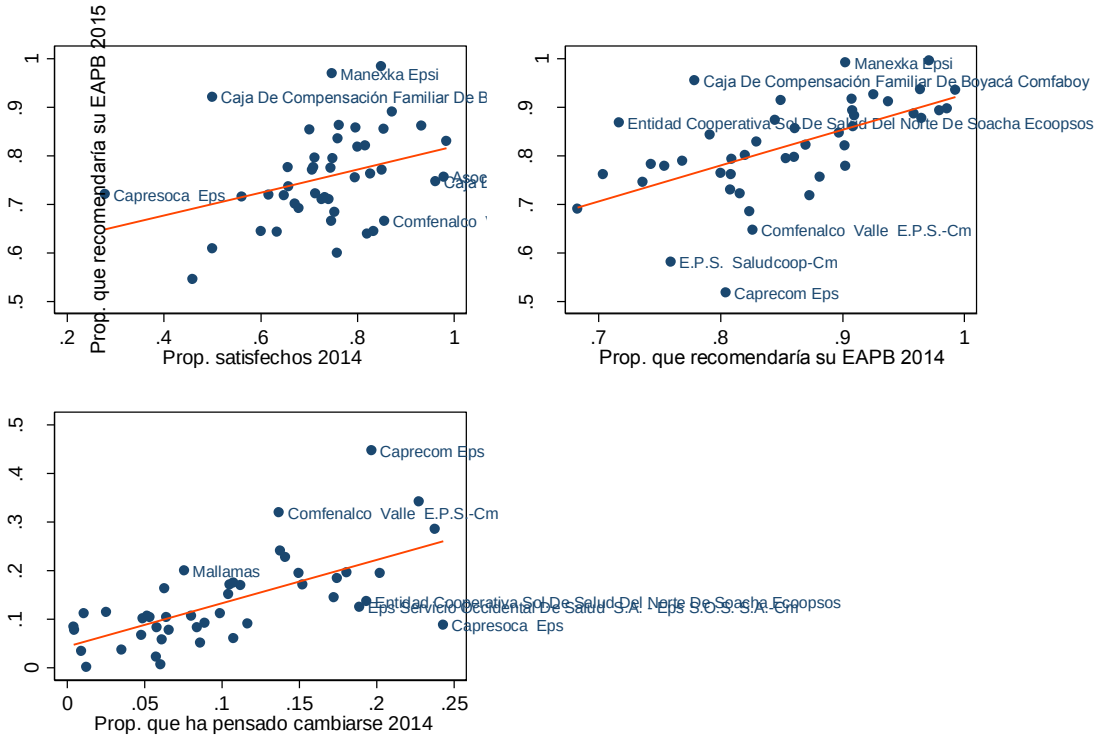
Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB			Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos			Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB		
		2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.	2014	2015	Ord.
Anaswayuu	R. S. (indígena)	98.33%	82.99%	3	98.55%	89.67%	4	0.41%	8.36%	5
Asociación Indígena Del Cauca	R. S. (indígena)	97.87%	75.60%	4	99.23%	93.51%	3	0.44%	7.72%	4
Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi	R. S. (indígena)	84.95%	98.33%	1	97.10%	99.59%	1	1.21%	0.14%	1
Mallamas	R. S. (indígena)	67.85%	69.14%	5	88.15%	75.57%	6	7.56%	19.95%	6
Manexka Epsi	R. S. (indígena)	74.70%	96.87%	2	90.26%	99.18%	2	6.02%	0.60%	2
Pijaos Salud Epsi	R. S. (indígena)	81.93%	63.95%	6	96.48%	87.78%	5	5.73%	2.21%	3
Total Nacional		**70.40%**	**74.06%**		**82.87%**	**79.65%**		**13.34%**	**14.78%**	

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2014 y 2015

Adicionalmente, es importante resaltar dos características de los indicadores de calidad durante 2014 y 2015: i) los indicadores muestran inercia; y ii) a pesar de la inercia, algunas EAPB muestran una notable mejora y otras un deterioro considerable. Con respecto a la inercia de los indicadores la Gráfica 1 muestra los diagramas de dispersión de los indicadores de calidad en 2015 con sus indicadores el año inmediatamente anterior. En general, se puede observar un patrón positivo en cada uno de los diagramas, tanto así que una línea de tendencia lineal ofrece un buen ajuste a los datos. Esto quiere decir que las EAPB que tuvieron indicadores altos de satisfacción en 2014, tuvieron también indicadores altos en 2015; así mismo, los que tuvieron indicadores bajos en 2014 también los tuvieron en 2015. En otras palabras, los indicadores de satisfacción se mantuvieron en el tiempo o, dicho de otra forma, los indicadores muestran inercia.

No obstante, a pesar de la inercia, algunas EAPB lograron mejoras significativas en sus indicadores de calidad y otras empeoraron. La Gráfica 1 muestra también los nombres de las EAPB que mejoraron o empeoraron en mayor magnitud. Por ejemplo, algunas EAPBs que mejoraron son: Capresoca, Manexca y Ecoopsos. Mientras que algunas EAPB que empeoraron fueron: Saludcoop, Comfenalco Valle y Caprecom.

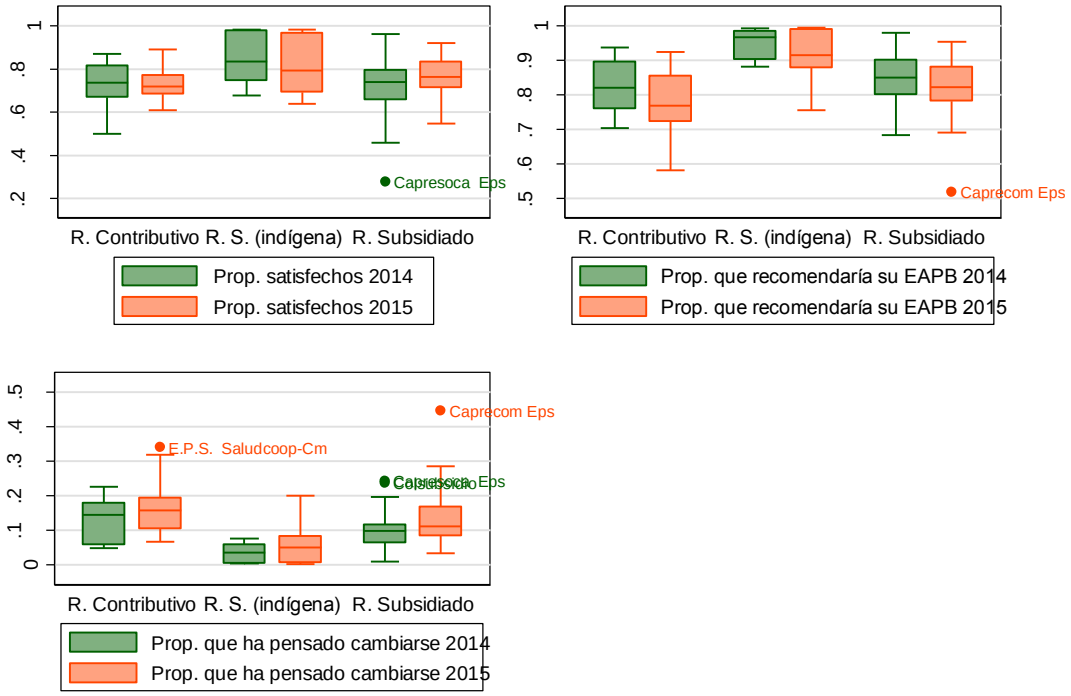
Gráfica 1. Diagramas de dispersión entre indicadores de satisfacción en el tiempo (2014 y 2015)



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2015

Además, vale la pena resaltar los resultados disimiles de las EAPB entre regímenes de salud. Con relación a esto, la Gráfica 2 muestra los diagramas de Box y Whisker (también conocido como diagramas de cajas) para los indicadores de satisfacción según régimen. Se puede observar que las EAPB indígenas tienen un comportamiento distinto: en general obtienen mejores indicadores de satisfacción que sus pares del contributivo o del subsidiado no-indígena. También las EAPB del subsidiado reciben mejores indicadores de satisfacción que las del contributivo aunque en algunos casos las diferencias son pequeñas.

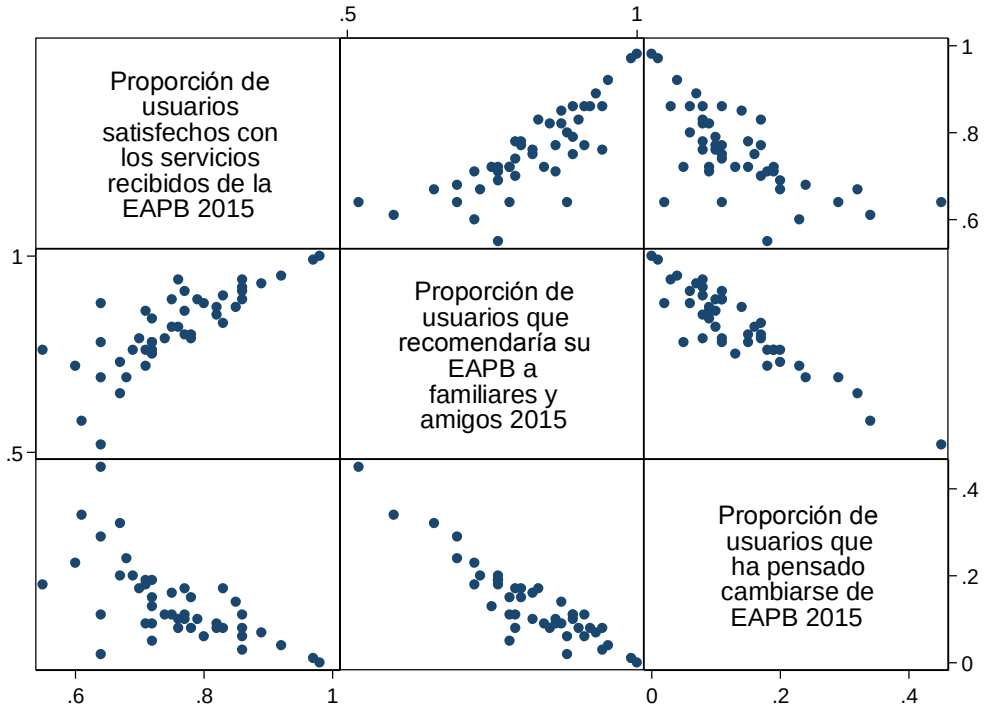
Gráfica 2. Diagrama de Box y Whisker para indicadores de satisfacción según régimen y año



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2014 y 2015

Finalmente, es importante resaltar que los tres indicadores analizados a pesar provenir de diferentes preguntas de la encuesta, miden en esencia lo mismo: la satisfacción del usuario. Al respecto, la Gráfica 3 muestra los diagramas de dispersión entre los tres indicadores de calidad para 2015. En todos los casos se muestra un patrón visible que indica que las EAPB que tienen un buen indicador de calidad en, por ejemplo, proporción de usuarios satisfechos, posiblemente tendrán también buenos resultados en los otros indicadores.

Gráfica 3. Diagramas de dispersión entre indicadores de percepción de calidad 2015



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2015

5.3 Indicadores de quejas de los usuarios

El conjunto de indicadores de quejas de los usuarios está compuesto por: i) proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS y ii) la tasa efectiva de quejas.

Los dos indicadores se calcularon a través de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS. El primer indicador se construyó como como la proporción de usuarios que respondieron “sí” a la pregunta: “¿Ha considerado interponer una queja o derecho de petición ante su EPS?”. El segundo indicador, la tasa efectiva de quejas, se calcula como el indicador de proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS multiplicado por la proporción de usuarios que efectivamente interpusieron la queja o derecho de petición. Esta última se calcula como como la proporción de usuarios que respondieron “si” a la pregunta: “¿Interpuso la queja o derecho de petición?”. De esta manera, la tasa efectiva de quejas es una medida del porcentaje de

usuarios de la EAPB que interpusieron una queja en los últimos seis meses a cuando se aplicó la encuesta.

Los resultados de estos indicadores se encuentran en la Tabla 36, se puede resaltar lo siguiente:

- Las EAPB con los mejores resultados de tasa efectiva de quejas en el RC son: Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S A[1] Cm, Saludvida S A E P S y Cafesalud E P S S A. Mientras que las de mayor (peor) tasa efectiva de quejas son: Comfenalco Valle E P S Cm, Eps Servicio Occidental De Salud S A Eps S O S S A Cm y Salud Total S A E P S Cm.
- En el RS, las EAPB con los mejores resultados de tasa efectiva de quejas son: Caja De De Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico, Asociación Mutual Barrios Unidos De Quibdó E S S y Caja De Compensación Familiar De Cartagena Comfamiliar Cartagena. Las EAPB con mayor número de quejas como proporción de sus afiliados son: Caja De Compensacion Familiar Cafam, Colsubsidio y Caprecom Eps.
- En las EAPB indígenas, los mejores resultados de tasa efectiva de quejas son: Manexka Epsi, Pijaos Salud Epsi y Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi. . Las EAPB con mayor número de quejas como proporción de sus afiliados son: Anaswayuu y Asociación Indígena Del Cauca.

[1] La información analizada corresponde únicamente a los usuarios de EPS

Tabla 36. Indicadores de quejas de los usuarios

Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS		Proporción de usuarios que interpuso la queja o derecho de petición		Tasa efectiva de quejas	
		2015	Ord.	2015	Ord.	2015	Ord.
Aliansalud Entidad Promotora De Salud S A Cm	R. Contributivo	14.17%	11	48.09%	7	6.81%	8
Cafesalud E P S S A	R. Contributivo	14.09%	10	29.43%	1	4.15%	3
Comfenalco Valle E P S Cm	R. Contributivo	16.13%	12	59.41%	11	9.58%	14
Compensar E P S Cm	R. Contributivo	9.54%	3	54.03%	9	5.16%	6
Coomeva E P S S A Cm	R. Contributivo	12.83%	7	53.35%	8	6.85%	9
Cruz Blanca Eps S A Cm	R. Contributivo	17.80%	14	42.00%	4	7.47%	10
E P S Famisanar Ltda Cm	R. Contributivo	13.26%	9	33.87%	3	4.49%	4
E P S Saludcoop Cm	R. Contributivo	17.66%	13	44.00%	5	7.77%	11
E P S Sanitas S A Cm	R. Contributivo	8.62%	2	55.88%	10	4.82%	5
Eps Servicio Occidental De Salud S A Eps S O S S A Cm	R. Contributivo	12.77%	6	62.44%	13	7.97%	13
Eps Y Medicina Prepagada Suramericana S A Cm	R. Contributivo	4.01%	1	64.33%	14	2.58%	1
Nueva Eps S A Cm	R. Contributivo	12.43%	5	46.17%	6	5.74%	7
Salud Total S A E P S Cm	R. Contributivo	12.93%	8	60.65%	12	7.84%	12
Saludvida S A E P S	R. Contributivo	9.55%	4	31.09%	2	2.97%	2
Asociación Mutual Barrios Unidos De Quibdó E S S	R. Subsidiado	1.72%	1	8.47%	4	0.15%	2
Asociación Mutual Empresa Solidaria De Salud De Nariño E S S Emssanar E S S	R. Subsidiado	6.77%	13	24.15%	11	1.63%	12
Asociación Mutual La Esperanza Asmet Salud	R. Subsidiado	7.88%	15	43.13%	21	3.40%	18
Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria De Salud Ess	R. Subsidiado	6.38%	11	36.37%	17	2.32%	15
Caja De Compensación Familiar De Cartagena Comfamiliar Cartagena	R. Subsidiado	6.15%	9	5.81%	3	0.36%	3

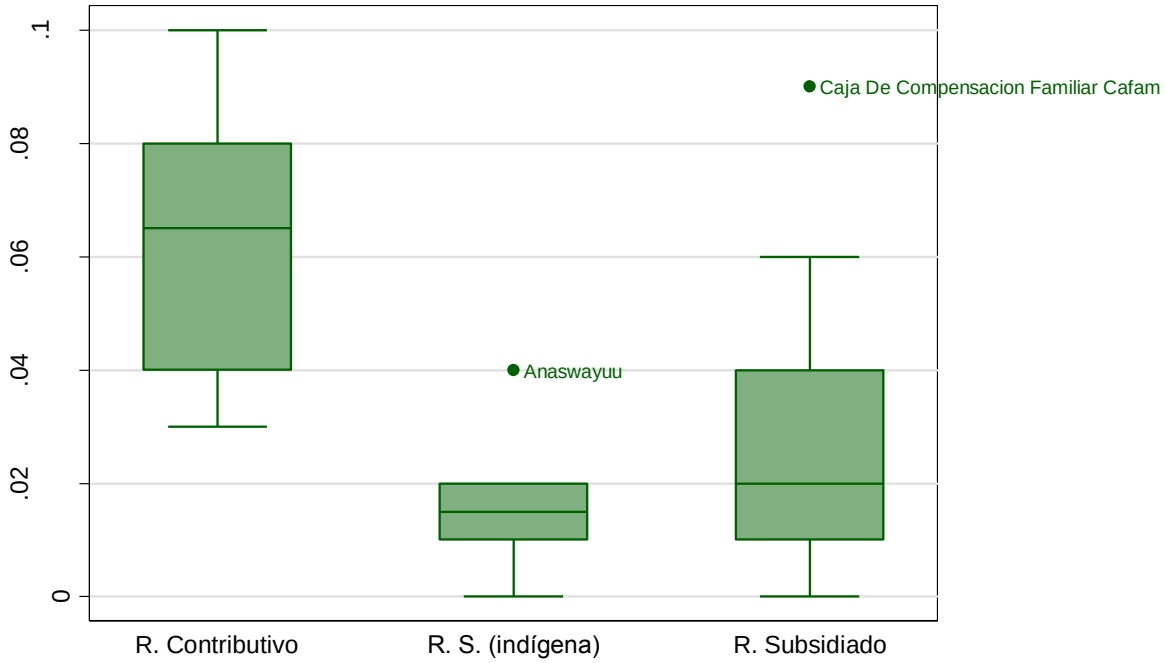
Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS		Proporción de usuarios que interpuso la queja o derecho de petición		Tasa efectiva de quejas	
		2015	Ord.	2015	Ord.	2015	Ord.
Caja De Compensacion Familiar Cafam	R. Subsidiado	15.39%	23	60.69%	24	9.34%	25
Caja De Compensación Familiar De Boyacá Comfaboy	R. Subsidiado	3.86%	4	28.60%	12	1.10%	8
Caja De Compensacion Familiar De Cordoba Comfacor	R. Subsidiado	9.36%	19	49.54%	22	4.64%	22
Caja De Compensación Familiar De Cundinamarca Comfacundi	R. Subsidiado	10.69%	21	14.36%	8	1.54%	11
Caja De Compensación Familiar De La Guajira	R. Subsidiado	11.88%	22	9.95%	5	1.18%	9
Caja De Compensación Familiar De Nariño Comfamiliar Nariño	R. Subsidiado	8.77%	17	5.70%	2	0.50%	5
Caja De Compensación Familiar De Sucre	R. Subsidiado	2.51%	2	17.00%	9	0.43%	4
Caja De Compensación Familiar Del Chocó Comfachoco	R. Subsidiado	9.17%	18	13.03%	6	1.19%	10
Caja De Compensación Familiar Del Huila Comfamiliar	R. Subsidiado	8.16%	16	32.36%	14	2.64%	16
Caja De De Compensacion Familiar Cajacopi Atlantico	R. Subsidiado	5.15%	6	2.26%	1	0.12%	1
Capital Salud	R. Subsidiado	7.25%	14	29.25%	13	2.12%	13
Caprecom Eps	R. Subsidiado	15.62%	24	39.20%	18	6.12%	23
Capresoca Eps	R. Subsidiado	4.01%	5	13.54%	7	0.54%	6
Colsubsidio	R. Subsidiado	18.17%	25	34.05%	15	6.19%	24
Cooperativa De Salud Comunitaria Comparta	R. Subsidiado	5.60%	7	41.14%	19	2.30%	14
Cooperativa De Salud Y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental De Cartagena Ltda Coosalud E S S	R. Subsidiado	3.16%	3	22.11%	10	0.70%	7
Empresa Mutual Para El Desarrollo Integral De La Salud E S S Emdisalud Ess	R. Subsidiado	9.79%	20	36.15%	16	3.54%	19
Entidad Cooperativa Sol De Salud Del Norte De Soacha Ecoopsos	R. Subsidiado	5.96%	8	64.39%	25	3.84%	20
Eps Convida	R. Subsidiado	6.74%	12	58.13%	23	3.92%	21
Savia Salud Eps	R. Subsidiado	6.28%	10	42.08%	20	2.64%	17

Empresa Administradora de Planes y Beneficios	Régimen	Proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS		Proporción de usuarios que interpuso la queja o derecho de petición		Tasa efectiva de quejas	
		2015	Ord.	2015	Ord.	2015	Ord.
Anaswayuu	R. S. (indígena)	8.43%	5	45.94%	5	3.88%	6
Asociación Indígena Del Cauca	R. S. (indígena)	10.84%	6	18.94%	3	2.05%	5
Asociación Indígena Del Cesar Y La Guajira Dusakawi	R. S. (indígena)	0.70%	2	100.00%	6	0.70%	3
Mallamas	R. S. (indígena)	6.60%	4	22.85%	4	1.51%	4
Manexka Epsi	R. S. (indígena)	0.44%	1	14.36%	1	0.06%	1
Pijaos Salud Epsi	R. S. (indígena)	3.68%	3	15.71%	2	0.58%	2
Total		**9.79%**		**41.38%**			

Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2015

Finalmente, es importante resaltar que la tasa efectiva de quejas difiere entre regímenes de salud. Al respecto la Gráfica 4 muestra los diagramas de Box y Whisker para la tasa efectiva de quejas según régimen. Se puede observar que el RC tiene una mayor tasa efectiva de quejas que el RS y que las EAPB indígenas. Así mismo, las EAPB indígenas tienden a tener tasas efectivas de quejas bajas.

Gráfica 4. Diagrama de Box y Whisker para tasa efectiva de quejas 2015 según régimen



Fuente: Elaboración propia con información de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2015

5.4 Vida saludable y condiciones no transmisibles

El PDSP define esta dimensión como el conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Los componentes de esta dimensión incluyen Modos, condiciones y estilos de vida saludables y Condiciones crónicas prevalentes, priorizándose para este informe el seguimiento al siguiente objetivo del PDSP:

- Mejorar la capacidad de respuesta institucional del SGSSS que fortalezca la prestación y gestión de servicios de salud individuales y colectivos en los territorios, así como su articulación con servicios socio-sanitarios para la prevención, control, intervención y atención integral de las ENT y las alteraciones de la salud bucal, visual y auditiva.

5.5 Indicadores de gestión de riesgo para la ERC

La elevación persistente de las cifras tensionales, así como de los niveles de glucemia, producen graves problemas en la salud poblacional, con lesiones en órganos blanco como vasos, corazón, retina, sistema nervioso central y riñón, entre otros.

La hipertensión arterial, por ejemplo, es una enfermedad asintomática en la mayoría de los casos, desarrollándose progresivamente hasta la aparición de los primeros síntomas. Por consiguiente, los servicios de atención primaria son el ámbito propicio para el desarrollo de actividades destinadas a la promoción y prevención en salud de esta patología.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus contribuyen a la carga de enfermedad renal crónica (ERC). De acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo (CAC), en Colombia para 2013 había una prevalencia de hipertensión arterial y diabetes de 5,5% y 1.4% respectivamente, siendo estas

cifras aún menores a las reportados por la literatura. La tendencia de estas enfermedades se mostró al incremento durante el quinquenio 2009-2013, con prevalencias más alta en las mujeres que en los hombres. Según el régimen de afiliación, para el año 2013 el 69,7% de los casos de hipertensión arterial se encontraban en el régimen contributivo y el 27,2% en el subsidiado, mientas que el 75,6% de los casos de diabetes mellitus se encontraban afiliados al régimen contributivo y el 20,8% al subsidiado (Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2013, 2016).

De acuerdo con los datos de la CAC, para 2013 en Colombia 1.039.119 de personas tenían diagnóstico de ERC y estaban clasificados en algún estadio (1 a 5). Entre 2008 y 2013 la prevalencia de ERC en estadio 5 ha tendido al incremento independientemente del régimen de afiliación, aunque ésta ha sido mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado. Para 2013, por cada 100.000 afiliados 65,9 se encontraban diagnosticados con ERC 5 (Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2013, 2016).

El indicador de captación de principales precursoras de ERC, identifica la proporción de personas con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus que han sido captados por la aseguradora para su consecuente estudio y manejo. Así mismo, es un indicador indirecto de la efectividad de las estrategias de búsqueda activa de casos, facilidad de acceso a los servicios de salud y de las acciones de seguimiento al tratamiento

Tabla 37. Porcentaje de captación principales precursoras de ERC de las EPS del régimen subsidiado, año 2014-2015.

EPS Régimen Subsidiado	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
"COMFAMILIAR CARTAGENA"	20,45	31,4	53,54523227
Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY	8,58	18,01	109,9067599
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	8,95	23,95	167,5977654
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	25,87	29,26	13,10398145
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	13,96	16,06	15,04297994
Caja de Compensación Familiar del Huila "COMFAMILIAR"	28,54	30,01	5,150665732

EPS Régimen Subsidiado	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
Caja de Compensación Familiar de Nariño "COMFAMILIAR NARIÑO"	4,29	5,51	28,43822844
Caja de Compensación Familiar de Sucre	14,87	21,66	45,66240753
Caja de Compensación Familiar del Norte de Santander "COMFANORTE"	5,23		
Caja de Compensación Familiar C.C.F. del Oriente Colombiano "COMFAORIENTE"	10,01	17,51	74,92507493
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI	21,79	22,89	5,048187242
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	8,42	7,4	-12,11401425
COLSUBSIDIO	25,89	24,51	-5,330243337
Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCO	13,84	7,52	-45,66473988
CAFESALUD EPS S.A.	12,46	24,08	93,25842697
Caprecom EPS	10,07	13,16	30,68520357
EPS CONVIDA	25,81	27,08	4,920573421
CAPRESOCA EPS	22,63	13,92	-38,48873177
Asociación Indígena del Cesar y la Guajira DUSAKAWI	3,87	11,56	198,7080103
MANEXKA EPS	30,52	21,01	-31,15989515
Asociación Indígena del Cauca	2,96	3,02	2,027027027
ANASWAYUU	5,26	5,4	2,661596958
MALLAMAS	5,29	3,66	-30,81285444
PIJAOS SALUD EPSI	13,36	15,82	18,41317365
CAPITAL SALUD EPS S SAS	49,06	48,14	-1,87525479
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE MEDELLÍN	24,48	43,86	79,16666667
Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	6,23	9,04	45,10433387

EPS Régimen Subsidiado	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	12,58	30,63	143,481717
Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	27,1	38,55	42,25092251
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	23,52	31,69	34,73639456
Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	9,19	14,26	55,16866159
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	22,05	28,89	31,02040816
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	13,51	18,45	36,56550703
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	22,59	28,24	25,01106684

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC)

Tabla 38. Porcentaje de captación principales precursoras de ERC de las EPS del régimen contributivo, año 2014-2015.

EPS Régimen Contributivo	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN E.S.P. - EE.PP.M	109,55	117,17	6,955727978
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	164,25	174,14	6,02130898
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	19,71	29,35	48,90918316
SALUD TOTAL EPS S.A.	45,28	40,8	-9,893992933
CAFESALUD EPS S.A.	60,04	45	-25,04996669
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	35,82	46,71	30,40201005
CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	29,13	27,06	-7,10607621
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	47,73	49,75	4,232139116
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE"	55,12	53,75	-2,485486212
SALUDCOOP	62,94	38,44	-38,92596123

COOMEVA E.P.S. S.A.	37,59	42,96	14,28571429
FAMISANAR LTDA.	30,05	38,6	28,45257903
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	40,99	41,64	1,585752623
CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	56,39	41,94	-25,62511084
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	6,97	8,56	22,81205165
SALUDVIDA S.A .E.P.S	5,33	8,69	63,03939962
NUEVA EPS S.A.	56,48	71,65	26,85906516

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC)

Según la CAC, el porcentaje de captación de las principales precursoras de ERC en 2014 fue de 32,70% en el conjunto de los regímenes contributivo y subsidiado. Con in incremento del 8% entre 2014 y 2015.

5.6 Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos

EL PDSP define esta dimensión como el conjunto de acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias para promover las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales que permitan, desde un enfoque de derechos humanos, de género y diferencial, el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas durante todo su ciclo vital y el desarrollo social de los grupos y comunidades

Los componentes que integran esta dimensión incluyen Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. Para dar seguimiento a lo anterior, este informe ha priorizado los siguientes objetivos del PDSP:

- Desarrollar e implementar estrategias para garantizar el acceso a la atención preconcepcional, prenatal, del parto y del puerperio, y la prevención del aborto inseguro, por personal calificado, que favorezca la detección precoz de los riesgos y la atención

oportuna, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad y estrategias de atención primaria en salud.

- Mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en salud sexual y reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores.
- Promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

5.6.1 Porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales

El control prenatal constituye el programa que reúne las intervenciones con mejor evidencia dirigidas a la identificación de factores de riesgo, su manejo y promoción de la salud, encaminados a disminuir las complicaciones obstétricas y sus consecuencias sobre el recién nacido y la misma gestante.

Si bien el PDSP y la OMS monitorizan el cumplimiento de al menos cuatro controles prenatales en promedio, la más reciente revisión de la literatura recomienda que se hagan como mínimo 10 controles en mujeres nulíparas de bajo riesgo y siete citas para una mujer multípara con embarazo de curso normal (Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, 2016). Es por esto que este informe ha querido seguir este indicador no con cuatro visitas como mínimo, sino con seis. No obstante el análisis del indicador basado en cuatro controles muestra que el país ha alcanzado un 95% de cobertura en el régimen contributivo frente a un 80,4% en el régimen subsidiado para el año 2012 (estos valores han sido calculados sobre el mismo conjunto de EPS que se incluyen en este informe, y a través de la misma fuente utilizada para el cálculo del indicador con seis o más controles).

El análisis de la tendencia del porcentaje de nacidos vivos con seis o más contrales muestra que, a excepción de Comfacundi (CAP=5,8; $p<0,05$), tanto entre las aseguradoras del régimen contributivo como en las del subsidiado, ésta es estable, o descendente de manera significativa (Tabla 39 y Tabla 40)

El análisis agregado indica que si bien en el régimen contributivo el valor para este indicador es mayor que en el subsidiado, en ambos se presenta un cambio anual porcentual negativo, el cual es de -1,5%, estadísticamente significativo en el primero, y -1,3% en el segundo ($p>0,05$). De manera conjunta, ambos regímenes presentan una desaceleración en la tendencia de este indicador de -1,1% (IC 95%: -1,9 a -0,3). Ver Figura 27.

Tabla 39. Porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales en las EPS del régimen contributivo, periodo 2008-2012.

EPS	2008	2009	2010	2011	2012	CAP (%)	CAP (%) Intervalo de confianza 95%		p
							L. inferior	L. superior	
TOTAL CONTRIBUTIVO	83,4	81,7	82,2	78,3	79,0	-1,5	-2,9	-0,0	0,0
ALIANSALUD	86,7	86,7	88,8	90,1	89,2	1,0	-0,0	2,0	0,1
SALUD TOTAL	76,9	76,5	78,3	70,2	76,2	-0,9	-5,4	3,7	0,6
CAFESALUD	86,5	84,8	82,3	80,9	82,9	-1,4	-3,0	0,3	0,1
SANITAS	90,1	89,8	88,0	86,5	87,2	-1,0	-1,8	-0,2	0,0
COMPENSAR	82,5	84,7	85,6	83,5	84,4	0,3	-1,2	1,8	0,6
EPS SURA	87,6	87,8	89,9	89,5	87,4	0,1	-1,5	1,6	0,9
COMFENALCO VALLE	90,0	90,0	91,9	90,7	92,0	0,5	-0,3	1,4	0,1
SALUDCOOP	80,3	80,0	79,5	78,1	76,9	-1,1	-1,7	-0,6	0,0
COOMEVA	85,8	85,5	86,8	85,5	85,1	-0,2	-1,0	0,7	0,6
FAMISANAR	82,6	73,7	74,5	71,2	73,0	-0,9	-3,7	1,9	0,4
SOS	85,9	86,4	88,7	87,7	86,5	0,2	-1,2	1,7	0,6
CRUZ BLANCA	86,6	84,8	83,6	81,4	84,9	-0,9	-2,8	1,1	0,3
SALUDVIDA	71,1	74,9	68,7	53,3	53,5	-9,6	-17,2	-1,4	0,0
NUEVA EPS	76,1	73,3	75,9	74,5	73,5	-0,4	-2,4	1,7	0,6
GOLDEN GROUP	0,0	74,3	66,8	68,9	65,0				

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

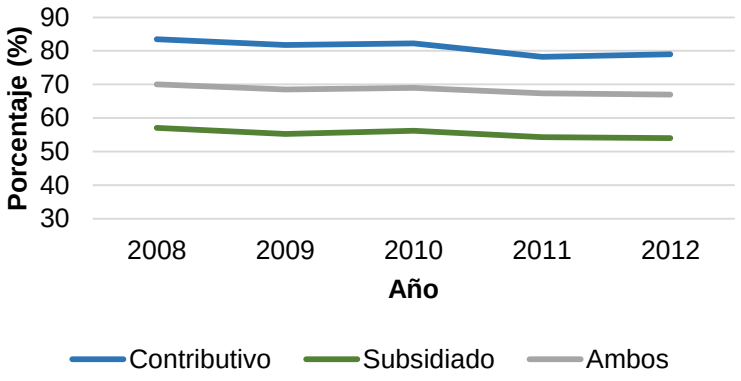
Tabla 40. Porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales en las EPS del régimen subsidiado, periodo 2008-2012.

EPS	2008	2009	2010	2011	2012	CAP (%)	IC 95% L. INF	IC 95%L. SUP	p
TOTAL SUBSIDIADO	57,1	55,2	56,2	54,3	54,0	-1,3	-2,6	0,1	0,1
SAVIA SALUD	61,0	64,4	69,8	64,3	64,6	0,2	-4,6	5,3	0,9
COMFAMILIAR CARTAGENA	58,2	60,1	63,2	57,5	52,4	-2,9	-9,3	4,0	0,3
COMFABOY	56,9	59,6	60,4	56,8	58,9	0,1	-3,0	3,3	0,9
COMFACOR	50,0	54,5	55,1	51,2	50,0	-1,2	-5,9	3,7	0,5
CAFAM	74,1	67,4	63,5	57,4	56,5	-7,2	-8,9	-5,5	0,0
COMFAGUAJIRA	55,5	50,8	46,9	44,7	52,5	-1,4	-9,9	8,0	0,7
COMFAMILIAR HUILA	71,1	71,2	71,0	66,9	66,1	-2,2	-4,2	-0,2	0,0
COMFAMILIAR NARIÑO	58,3	58,8	63,1	60,4	61,9	1,3	-1,3	4,1	0,2
COMFASUCRE	58,3	60,6	60,0	60,2	62,2	1,1	-0,4	2,7	0,1
COMFACUNDI	39,3	42,0	40,6	45,9	49,8	5,8	1,6	10,1	0,0
CAJACOPI	48,2	51,1	45,7	45,0	43,6	-3,5	-7,4	0,6	0,1
COLSUBSIDIO	52,1	45,9	45,7	43,5	43,1	-4,4	-7,9	-0,9	0,0
COMFACHOCO	46,4	46,7	40,1	34,0	28,3	-13,0	-18,2	-7,4	0,0
CAPRECOM	53,4	53,6	54,0						
CONVIDA	54,6	54,2	56,3	53,2	53,6	-0,7	-3,1	1,9	0,5
CAPRESOCA	52,6	46,5	42,8	38,2	35,5	-9,5	-10,8	-8,1	0,0
DUSAKAWI E.P.S.I.	44,3	40,3	42,0	37,6	42,7	-0,8	-7,2	6,1	0,7
MANEXKA	47,7	52,7	57,9	55,0	51,2	0,8	-7,1	9,5	0,8
AIC-EPSI-I	41,9	41,0	42,4	42,0	44,1	1,5	-0,6	3,7	0,1
ANASWAYUU	41,2	44,2	37,4	40,1	40,1	-1,7	-7,9	4,8	0,5
MALLAMAS	52,5	50,9	47,3	47,4	46,8	-3,0	-5,2	-0,6	0,0
PIJAOSALUD EPSI	41,1	48,3	49,3	40,3	40,6	-3,2	-13,4	8,3	0,4

EPS	2008	2009	2010	2011	2012	CAP (%)	IC 95% L. INF	IC 95%L. SUP	p
CAFESALUD	64,4	61,8	67,2	64,5	65,3	0,1	-1,9	2,2	0,9
SALUDVIDA	56,3	56,9	56,4						
CAPITAL SALUD			60,0	47,8	42,9				
EMDISALUD	52,3	51,9	49,9	44,8	45,8	-4,1	-7,3	-0,7	0,0
COOSALUD E.S.S.	55,8	56,9	57,2	54,8	53,9	-1,2	-3,3	0,8	0,2
ASMET SALUD	56,6	57,5	58,7	57,1	55,6	-0,6	-2,7	1,6	0,5
AMBUQ	58,4	59,6	55,3	51,7	50,9	-4,3	-7,0	-1,5	0,0
ECOOPSOS	50,7	50,4	51,4	47,4	45,8	-2,6	-5,8	0,8	0,1
EMSSANAR E.S.S.	60,4	59,6	63,0	62,4	60,5	0,3	-2,3	3,0	0,7
COMPARTA	53,7	53,0	55,5	53,1	52,3	-0,6	-3,1	2,0	0,5
MUTUAL SER	54,4	56,2	60,3	53,4	55,0	-0,6	-5,8	5,0	0,8

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 41. Porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales según el régimen, periodo 2008-2012.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

5.6.2 Prevalencia de VIH/SIDA en personas de 15 a 49 años

Si bien es cierto que el número de personas viviendo con VIH (PVVIH) reportadas a la Cuenta de Alto Costo (CAC) durante los últimos 3 años presenta un incremento anual, para el 2013 de un 24% (casos totales 46.348) y un 15% para el 2014 (53.408), persiste aún una brecha importante de personas con diagnóstico confirmado de VIH/SIDA frente a las cifras estimadas en el país que están alrededor de 120.000 casos (Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, 2016).

La prevalencia estimada del VIH/SIDA entre la población de 15 y 49 años de edad es el porcentaje que representa el número de casos de VIH/SIDA para la población de 15 a 49 años de edad reportados por las EAPB, con respecto a la población afiliada a las mismas. Por lo tanto, este indicador efleja la proporción del número de casos de VIH y de SIDA en un grupo de edad específico por periodo en la población.

Tabla 42. Prevalencia de VIH/Sída en personas de 15 a 49 años en las EPS del régimen subsidiado, años 2014-2015.

EPS RS	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA"	62,5	71,43	14,28
Caja de Compensación Familiar de Boyacá COMFABOY	75	40	-46,66
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	33,66	40,82	21,27
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	14,29	63,64	345,34
Caja de Compensación Familiar de la Guajira	62,5	53,33	-14,67
Caja de Compensación Familiar del Huila "COMFAMILIAR"	34,21	48,98	43,17
Caja de Compensación Familiar de Nariño "COMFAMILIAR NARIÑO"	12,5	71,43	471,44
Caja de Compensación Familiar de Sucre	50	43,48	-13,04
Caja de Compensación Familiar del Norte de Santander "COMFANORTE"	50		

EPS RS	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
Caja de Compensación Familiar C.C.F. del Oriente Colombiano "COMFAORIENTE"	56,25	33,33	-40,74
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI		66,67	
CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	61,9	48,57	-21,53
COLSUBSIDIO	11,11	100	800,09
Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCO	80		
CAFESALUD EPS S.A.	44,29	46,91	5,91
Caprecom EPS	39,23	59,93	52,76
EPS CONVIDA	37,5	56,25	50
CAPRESOCA EPS	71,43	36,36	-49,09
Asociación Indígena del Cesar y la Guajira DUSAKAWI	33,33	40	20,01
MANEXKA EPS	34,09	46,43	36,19
Asociación Indígena del Cauca	23,08	33,33	44,41
ANASWAYUU	58,33	66,67	14,29
MALLAMAS	81,82	71,43	-12,69
PIJAOS SALUD EPSI	60	14,29	-76,18
CAPITAL SALUD EPS S SAS	45,8	57,38	25,28
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE MEDELLÍN	20,47	52,75	157,69
Empresa Mutual para el Desarrollo Integral DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	64	42,5	-33,59
Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	41,61	47,35	13,79
Asociación Mutual La Esperanza ASMET SALUD	25,63	53,15	107,37
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S.	36,84	50,57	37,26

EPS RS	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
Entidad Cooperativa Sol.de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	50	59,26	18,52
Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	44,51	57,07	28,21
Cooperativa de Salud Comunitaria-COMPARTA	39,2	40,33	2,88
Asociación Mutual SER Empresa Solidaria de Salud ESS	46,82	40,69	-13,09

Fuente: cuenta de alto costo

Tabla 43. . Prevalencia de VIH/Sída en personas de 15 a 49 años y tasa de crecimiento % por EPS del régimen contributivo, años 2014-2015

EPS RC	2014	2015	Tasa de crecimiento (%)
EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN E.S.P. - EE.PP.M	25	100	300
FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA	40	100	150
ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	70	77,78	11,11
SALUD TOTAL EPS S.A.	51,56	55,08	6,82
CAFESALUD EPS S.A.	40,77	63,93	56,80
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	56,06	60	7,02
CAJA COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	62,29	59,3	-4,80
COMFENALCO ANTIOQUIA EPS	18,52		
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	66,58	71,73	7,73
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE"	55,56	67,95	22,30
SALUDCOOP	47,08	62,15	32
COOMEVA E.P.S. S.A.	58,36	60,15	3,06
FAMISANAR LTDA.	53,37	68,02	27,44
ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	39,61	55,03	38,92

CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A	43,75	70,37	60,84
SALUDVIDA E.P.S. S.A.	50	42,86	-14,28
SALUDVIDA S.A .E.P.S	58,19	53,07	-8,79
NUEVA EPS S.A.	51,06	57,32	12,26

5.6.3 Porcentaje de trasmisión materno infantil del VIH

La transmisión materno infantil del VIH (TMI) constituye la vía de infección más frecuente en el paciente pediátrico; en ausencia de cualquier intervención, un 43% de las niñas o niños nacidos de una mujer infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultarán infectados. La infección puede tener lugar durante la gestación, durante el parto o la lactancia.

En Colombia desde el año 2003 se implementó la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH; la estrategia es actualmente una de las acciones más eficaces de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/Sida. La aplicación completa del protocolo, que consta de tratamiento antirretroviral anteparto e intraparto, parto por cesárea, profilaxis al recién nacido expuesto y sustitución de la leche materna por sucedáneos de la leche materna, ha reducido la probabilidad de TMI de 43% a 4%. La meta específica del Objetivo 6 del Desarrollo del Milenio (ODM) apunta a reducir a 2% o menos al año 2015 el porcentaje de niñas y niños que adquieren la infección a través de sus madres infectadas.

Se define el porcentaje de TMI del VIH, como el porcentaje de niñas y niños menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materno infantil con respecto al total de niñas y niños expuestos, es decir, las hijas e hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación, parto o la lactancia materna nacidos en un período determinado.

Entre 2008 y 2012 Colombia presentó una disminución de la TMI del VIH del 45%, al pasar del 5.8% al 4% entre dichas cohortes, aún distante de cumplirse la meta del ODM de 2% o menos de TMI para 2015.

Tabla 44. Porcentaje de TMI del VIH en Colombia y cambio anual porcentual (CAP), periodo 2008-2013.

Año/Cohorte	Nacidos vivos expuestos al VIH	<2 años con VIH
2008	416	24
2009	566	28
2010	717	38
2011	849	39
2012	849	34
2013	565	30

Fuente: MinSalud. Sistema de información estrategia de eliminación de la TMI del VIH.

A continuación se presenta la TMI del VIH por EAPB de los casos de la última cohorte evaluada, correspondiente a la cohorte de niñas y niños expuestos al VIH que nacieron entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2013. Solo se muestran las EPS donde hubo trasmisión.

Tabla 45. Porcentaje de TMI del VIH por EAPB, cohorte 2013.

Entidad Administradora de Planes de Beneficios	N° Nacidos vivos expuestos al VIH 2013	N° Niñas y niños con VIH <2 años. Cohorte 2013	% TMI del VIH en <2 años. Cohorte 2013
Comfamiliar Sucre	3	2	66,70%
Selvasalud	5	1	20,00%
Fuerzas Militares	5	1	20,00%
Comfamiliar Huila	5	1	20,00%
No afiliado	14	2	14,30%
Mutual Ser	38	4	10,50%
Comparta	45	4	8,90%
Asmet Salud	44	3	6,80%
Barrios Unidos	19	1	5,30%

Entidad Administradora de Planes de Beneficios	N° Nacidos vivos expuestos al VIH 2013	N° Niñas y niños con VIH <2 años. Cohorte 2013	% TMI del VIH en <2 años. Cohorte 2013
Saludvida	45	2	4,40%
Caprecom	82	3	3,70%
Cafesalud	31	1	3,20%
Capital Salud	37	1	2,70%
Savia Salud	42	1	2,40%
Emssanar	43	1	2,30%
Coomeva	45	1	2,20%
Coosalud	62	1	1,60%
Total	565	30	

Fuente: MinSalud. Sistema de información estrategia de eliminación de la TMI del VIH.

5.7 Gestión diferencial de poblaciones vulnerables

Según el PDSP, El enfoque diferencial es concebido como un método de análisis que tiene en cuenta las diversidades e inequidades en nuestra realidad, con el propósito de brindar una adecuada atención y protección de los derechos de los sujetos y colectivos. Se toman en cuenta las diferencias de género, identidad sexual y étnica, edad y situación de salud, entre otras, con el fin de evidenciar las formas de exclusión, discriminación y dominación que se ejercen sobre las personas y sobre los colectivos, como efecto de las diversas asimetrías en las relaciones de poder en las cuales participan.

Este informe ha priorizado el primer componente de esta dimensión, Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes, conforme al siguiente objetivo:

- Garantizar que el sector salud se constituya como un entorno que reconozca a las niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, al proveer atención humanizada que cumpla con los atributos de calidad, de acuerdo con las particularidades poblacionales y

territoriales, y orientada a los resultados en salud y al acortamiento de brechas de inequidad en el territorio nacional

5.7.1 Mortalidad perinatal

En contraste con la disminución de la mortalidad pos neonatal, la tasa de muerte neonatal y fetal no ha sufrido cambios drásticos, casi 66% de las muertes infantiles ocurre en el primer mes y de éstas 60% en la primera semana de vida, particularmente en la etapa intraparto y en las primeras 24 horas, que es el periodo más crítico para la supervivencia infantil. A estas muertes se les denominan muertes perinatales y en su mayoría son el resultado de una conducción deficiente del parto y el alumbramiento (Mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2016)

Según el Sivigila, entre los principales factores relacionados con la mortalidad perinatal por el lado materno se encuentran la toxemia (11,3%), hemorragia obstétrica (9%), embarazo no deseado (5%) y falta de acceso a por lo menos cuatro controles prenatales (50%). Por el lado del bebe aparece el retardo del crecimiento intrauterino-RCIU (26%), asfixia del recién nacido (15%), anomalías congénitas (11%), infecciones (8%) y dificultad respiratoria (4,6%), observándose el mayor número de muertes después de la semana 36 de gestación donde el final de ésta y la atención del parto, así como la adaptación neonatal del recién nacido constituyen periodos críticos. Esto sin descuidar la atención desde etapas tempranas de la gestación como nos lo muestran factores como la toxemia, las infecciones y el RCIU. En 25% de las muertes registradas no se estableció ninguna causa de muerte (Mortalidad perinatal y neonatal tardía, 2016).

Tabla 46. Mortalidad perinatal por EPS del régimen contributivo, periodo 2012-2013.

EPS	2012	2013
TOTAL CONTRIBUTIVO	3,51	3,08
ALIANSALUD	1,71	3,33
SALUD TOTAL	3,58	3,92
CAFESALUD	3,82	3,93

EPS	2012	2013
SANITAS	2,37	3,04
COMPENSAR	3,10	2,68
EPS SURA	3,87	2,60
COMFENALCO VALLE	3,48	2,16
SALUDCOOP	3,69	2,95
COOMEVA	3,39	2,54
FAMISANAR	3,90	3,05
SOS	3,60	3,54
CRUZ BLANCA	2,80	3,58
SALUDVIDA	11,34	3,37
NUEVA EPS	3,40	3,32
GOLDEN GROUP	2,00	6,82

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Tabla 47. Mortalidad perinatal por EPS del régimen subsidiado, periodo 2012-2013.

EPS	2012	2013	EPS	2012	2013
TOTAL SUBSIDIADO	6,37	5,98	DUSAKAWI E.P.S.I.	11,01	8,96
SAVIA SALUD	5,38	4,72	MANEXKA	5,22	7,85
COMFAMILIAR CARTAGENA	5,28	5,08	AIC-EPSI-I	10,44	11,20
COMFABOY	8,22	6,62	ANASWAYUU	8,00	10,67
COMFACOR	7,33	6,24	MALLAMAS	10,16	8,07
CAFAM	4,63	5,51	PIJAOSALUD EPSI	7,20	13,75
COMFAGUAJIRA	8,31	6,33	CAFESALUD	5,31	4,73
COMFAMILIAR HUILA	6,12	6,12	SALUDVIDA	6,28	6,44
COMFAMILIAR NARIÑO	6,61	6,01	CAPITAL SALUD	4,57	4,41

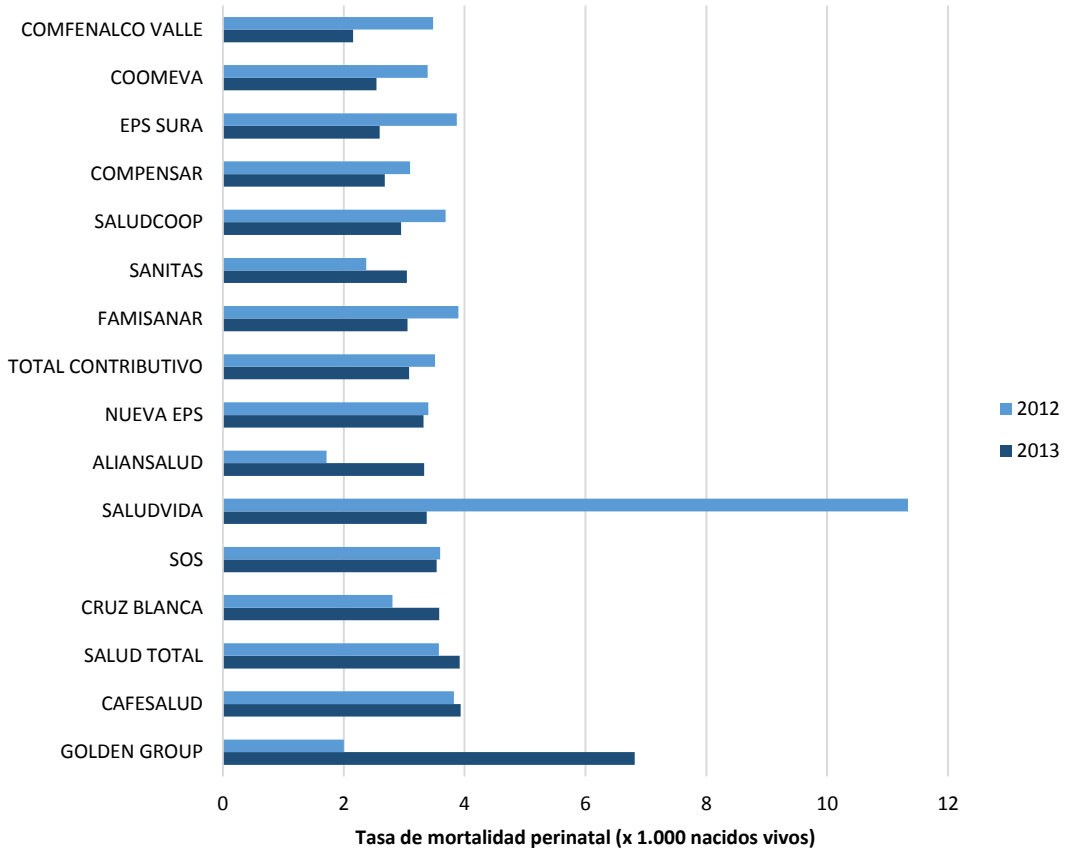
EPS	2012	2013	EPS	2012	2013
COMFASUCRE	3,52	4,14	EMDISALUD	6,37	7,70
COMFACUNDI	6,96	2,50	COOSALUD E.S.S.	5,24	4,41
CAJACOPI	5,71	7,33	ASMET SALUD	7,31	5,56
COLSUBSIDIO	5,86	7,83	AMBUQ	6,41	6,43
COMFACHOCO	23,66	12,78	ECOOPSOS	7,64	7,60
CAPRECOM	6,64	5,99	EMSSANAR E.S.S.	6,58	6,04
CONVIDA	6,59	6,21	COMPARTA	6,73	6,80
CAPRESOCA	1,75	1,59	MUTUAL SER	5,87	5,91

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE.

Las Figura 19 y Figura 20 muestran la tasa de mortalidad perinatal de los años 2012 y 2013, entre las EPS del régimen contributivo y subsidiado respectivamente. En general la mayoría de las aseguradoras de ambos regímenes presentan una disminución en el valor del indicador del año 2013 frente al valor de 2012, a excepción de Sanitas, Aliansalud, Cruz Blanca, Cafesalud, Salud Total y Golden Group en el contributivo, y Cafam, Saludvida, Comparta, Cajacopi, Emdisalud, Colsubsidio, Manexka, Anaswayuu, AIC-EPSI-I y Pijaosalud en el régimen subsidiado, en las cuales se presenta un aumento del indicador en el último año disponible.

La Figura 21 muestra como la tasa de mortalidad perinatal es mayor en el régimen subsidiado respecto al contributivo tanto en el año 2012 como en 2013, siendo en el primer régimen un 94% mayor que en el segundo para el último año disponible.

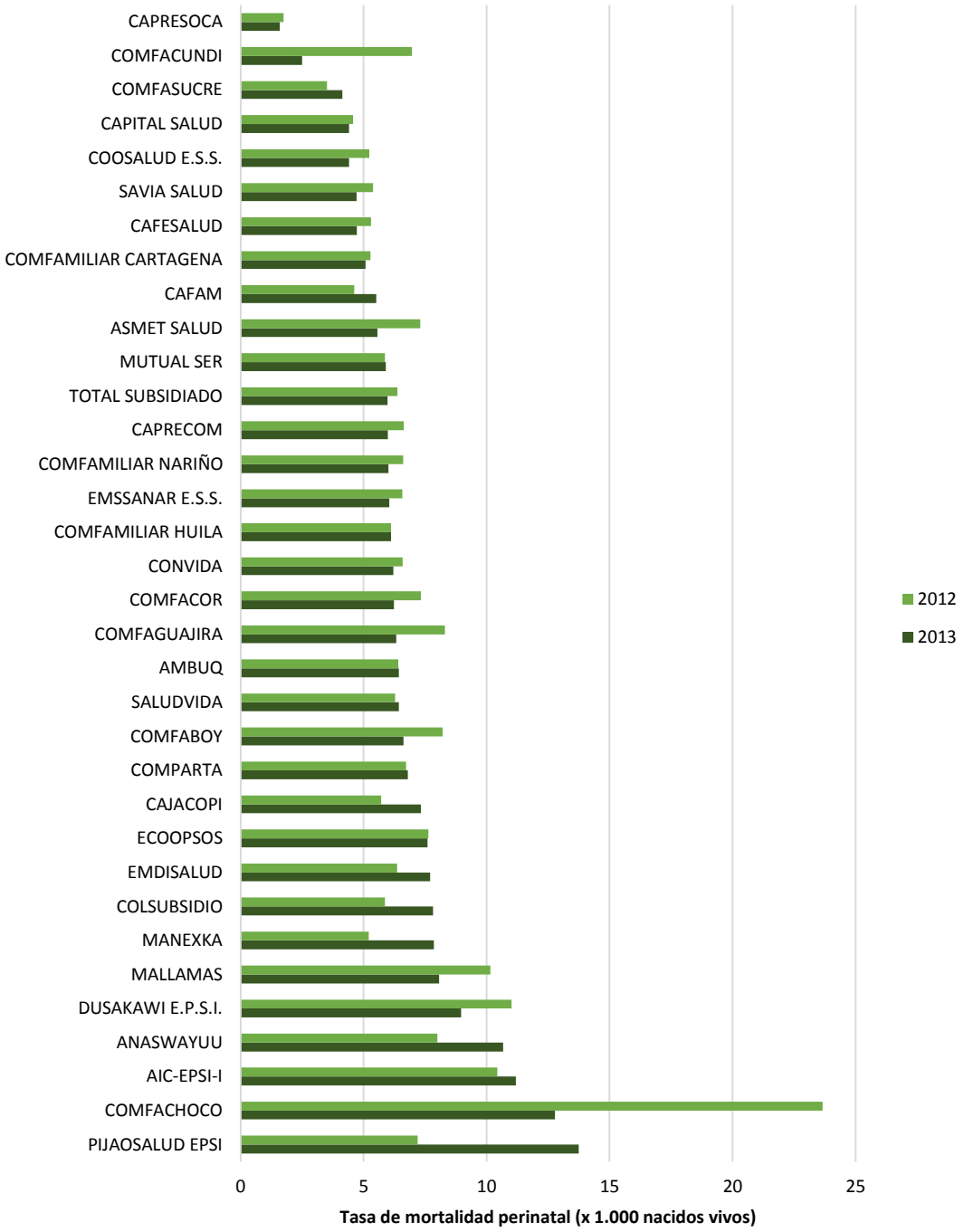
Figura 19. Mortalidad perinatal por EPS del régimen contributivo, años 2012 y 2013.



Fuente:

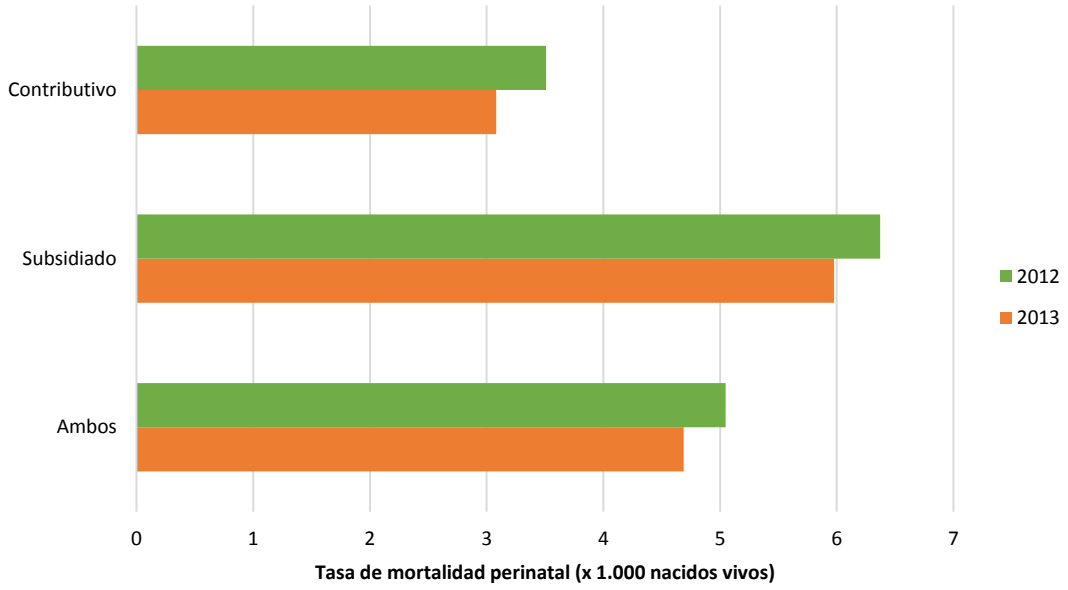
Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Figura 20. Mortalidad perinatal por EPS del régimen subsidiado, periodo 2012-2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

Figura 21. Tasa de mortalidad perinatal según el régimen, años 2012 y 2013.



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD), Registro de Estadísticas Vitales DANE

5.8 Indicadores de flujo y administración de recursos

Los indicadores que se muestran a continuación fueron calculados por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) utilizando la metodología CAMEL[2]. Bajo esta metodología la SNS identificó indicadores trazadores; los agrupó en cinco áreas (ver Tabla 48) y los calculó a partir del reporte de información solicitado vía Circular Única. Es importante resaltar que los indicadores aquí mostrados son para las EAPB con las que la SNS contó con información financiera al corte que se hizo el análisis (primer semestre de 2015)[3].

Tabla 48. Indicadores financieros según metodología CAMEL

Componente	Indicador
Capital (C)	Patrimonio / Activo
	Pasivo / Patrimonio
Calidad del activo (A)	Deudores / Activo
	Inversiones / Activo
	Pasivo / Activo
Capacidad de la gerencia (M)	Utilidad / Gasto Operativo
	Gasto Operativo / Ingreso Operativo
Rentabilidad (E)	Margen Operacional
	Margen Neto
	Margen EBITDA
	ROA (Utilidad / Activo)
	ROE (Utilidad / Patrimonio)
Liquidez (L)	Disponible / Activo
	Propiedad, planta & equipo / Activo
	Cuentas por pagar / Pasivo

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

[2] "La metodología CAMEL es un modelo parsimonioso - Modelo simplificado, con pocas variables, que permite identificar las relaciones de las variables de interés- de monitoreo minucioso y continuo que busca generar alertas tempranas. Se utiliza como marco para evaluar la evolución de la fortaleza financiera y gerencial de las instituciones de manera individual y poder compararlas frente a sus pares, por medio de indicadores cuantitativos" (SNS, s.f., pág. 3).

[3] Adicionalmente, sólo se muestra información para las EAPB que aplican estándares de contabilidad local.

5.8.1 Indicadores de Capital

Los indicadores de capital "permite[n] medir la solidez financiera de una entidad, mediante la determinación de si los riesgos en los que ha incurrido cada entidad están adecuadamente equilibrados con el capital y las reservas necesarias para enfrentar choques externos y soportar pérdidas futuras no anticipadas" (SNS, s.f., pág. 4).

Los indicadores de capital calculados por la SNS siguiendo la metodología CAMEL son dos: patrimonio/activo y deuda/patrimonio. Ambos indicadores muestran la estructura de financiación de la empresa. El primer indicador muestra el patrimonio como porcentaje del total de activos; y el segundo muestra la deuda en relación al patrimonio. Una interpretación de este último indicador es que este examina si una empresa podrá pagar el principal de su deuda (Damodaran, 2002, pág. 33). Los indicadores de capital por EAPB se muestran en la Tabla 49.

En general, los resultados de las EAPB en los indicadores de capital muestran un sector económico caracterizado por patrimonios negativos. En particular, sólo 11 de las 44 (25%) EAPB tuvieron indicadores de patrimonio / activo mayor que cero.

Tabla 49. Indicadores de Capital

		CAPITAL			
EAPB	**Régimen**	**Patrimonio / Activo**	**Ord.**	**Pasivo / Patrimonio**	**Ord.**
CAFESALUD	R. Contributivo	-1.29	8	-1.78	-
COMF. VALLE	R. Contributivo	-0.35	6	-3.85	-
COMPENSAR	R. Contributivo	-0.05	5	-21.92	-
CRUZ BLANCA	R. Contributivo	-1.70	10	-1.59	-
FAMISANAR	R. Contributivo	-0.02	3	-53.97	-
NUEVA EPS	R. Contributivo	0.00	2	271.53	-
SALUD TOTAL	R. Contributivo	0.16	1	5.37	-
SALUDCOOP	R. Contributivo	-0.61	7	-2.63	-
SALUDVIDA	R. Contributivo	-0.04	4	-26.03	-
SOS	R. Contributivo	-1.68	9	-1.59	-
AMBUQ	R. Subsidiado	0.10	3	8.92	-
ASMET	R. Subsidiado	-1.83	22	-1.55	-
CAFAM	R. Subsidiado	-0.36	11	-3.79	-
CAFESALUD	R. Subsidiado	-5.21	28	-1.19	-
CAJACOPI	R. Subsidiado	-0.12	8	-9.12	-
CAPITAL SALUD	R. Subsidiado	-2.39	26	-1.42	-
CAPRECOM	R. Subsidiado	-0.99	16	-2.01	-

EAPB	Régimen	CAPITAL			
		Patrimonio / Activo	Ord.	Pasivo / Patrimonio	Ord.
CAPRESOCA	R. Subsidiado	-0.80	15	-2.25	-
CCF CARTAGENA	R. Subsidiado	-1.83	23	-1.55	-
CCF CHOCÓ	R. Subsidiado	-0.16	9	-7.28	-
CCF GUAJIRA	R. Subsidiado	-0.50	14	-2.98	-
CCF HUILA	R. Subsidiado	-2.65	27	-1.38	-
CCF NARIÑO	R. Subsidiado	0.17	2	4.86	-
CCF SUCRE	R. Subsidiado	-2.27	25	-1.44	-
COLSUBSIDIO	R. Subsidiado	-0.35	10	-3.88	-
COMFABOY	R. Subsidiado	-1.81	21	-1.55	-
COMFACOR	R. Subsidiado	-1.19	18	-1.84	-
COMFACUNDI	R. Subsidiado	-0.42	12	-3.38	-
COMFAORIENTE	R. Subsidiado	-1.01	17	-1.99	-
COMPARTA	R. Subsidiado	-0.09	7	-12.55	-
CONVIDA	R. Subsidiado	-0.01	6	-172.00	-
COOSALUD	R. Subsidiado	0.09	4	10.74	-
ECOOPSOS	R. Subsidiado	-2.04	24	-1.49	-
EMDISALUD	R. Subsidiado	0.00	5	540.49	-
EMSSANAR	R. Subsidiado	-1.62	20	-1.62	-
MUTUAL SER	R. Subsidiado	0.19	1	4.33	-
SALUDVIDA	R. Subsidiado	-1.26	19	-1.79	-
SAVIASALUD	R. Subsidiado	-0.44	13	-3.26	-
AIC- EPSI	R. S. (indígena)	0.16	3	5.44	-
ANAS WAYUU	R. S. (indígena)	0.06	4	15.31	-
DUSAKAWI	R. S. (indígena)	-1.28	5	-1.78	-
MALLAMAS	R. S. (indígena)	0.18	2	4.57	-
MANEXKA	R. S. (indígena)	0.39	1	1.59	-
PIJAOS	R. S. (indígena)	-1.46	6	-1.69	-

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Tabla 50. Estadísticas descriptivas para Patrimonio / Activo y Pasivo / Patrimonio

Régimen	Estadística	Patrimonio / Activo	Pasivo / Patrimonio
R. Contributivo	Mediana	-,2	-2,21
	Media	-,558	16,4
	Desv. Est.	,729	91,4
	Obs.	10	10
R. S. (indígena)	Mediana	,11	3,08
	Media	-,325	3,91
	Desv. Est.	,819	6,35
	Obs.	6	6
R. Subsidiado	Mediana	-,65	-1,7
	Media	-1,03	11,7
	Desv. Est.	1,2	109
	Obs.	28	28
Total	Mediana	-,43	-1,66
	Media	-,826	11,7
	Desv. Est.	1,08	95,8

Obs.	44	44

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

5.8.2 Indicadores de calidad del Activo

Este componente analiza los activos de la empresa, en particular analiza: el peso de los deudores con respecto al activo total; las inversiones con respecto al activo total; y el pasivo con relación al activo. La Tabla 51 muestra los indicadores de calidad del activo por EAPB y la Tabla 52 muestra las estadísticas descriptivas por régimen.

A grandes rasgos, el sector de las EAPB tiene características interesantes. Primero, es un sector que se desenvuelve con relaciones Pasivo / Activo superiores a 1. Es decir, las obligaciones de las EAPB son superiores que el valor de sus activos. Al respecto, en la Tabla 51 se puede observar que 33 de las 44 EAPB (i.e el 75%) tiene una relación pasivo / activo superior a 1. Es más, la mediana de las EAPB en este indicador es de 1,43.

La segunda característica interesante es que el sector de las EAPB es intensivo en deudores: gran parte de los activos del sector se encuentran compuestos por el rubro de deudores. En especial la mediana del indicador deudores / activo es de 0,74. En otras palabras, el 74% del valor de la empresa –medido a través del valor en libros- proviene de obligaciones a favor de la compañía.

La tercera característica interesante es que, así como es un sector con pasivo / activo elevado y deudores / activo alto, los pasivos de las EAPB son mayores que sus obligaciones a favor. Puntualmente, de las 44 EAPB listadas en la Tabla 51 sólo 1 (Manexka) tiene más deudores que pasivo[4]. Otra forma de ver esto es a través de la Gráfica 5, se observa una diferencia marcada entre el pasivo y los deudores para todos los regímenes.

[4] Este análisis se realiza dividiendo el indicador deudores /activo sobre el indicador pasivo / activo

Tabla 51. Indicadores de calidad del Activo

		Calidad del Activo					
EAPB	**Régimen**	**Deudores / Act**	**Ord.**	**Invers / Act**	**Ord.**	**Pas / Act**	**Ord.**
CAFESALUD	R. Contributivo	0.74	8	0.03	6	2.29	8
COMF. VALLE	R. Contributivo	0.53	6	0.16	3	1.35	6
COMPENSAR	R. Contributivo	0.33	3	0.01	8	1.05	5
CRUZ BLANCA	R. Contributivo	0.50	5	0.13	4	2.70	10
FAMISANAR	R. Contributivo	0.80	9	0.00	10	1.02	3
NUEVA EPS	R. Contributivo	0.89	10	0.00	9	1.00	2
SALUD TOTAL	R. Contributivo	0.17	1	0.65	1	0.84	1
SALUDCOOP	R. Contributivo	0.50	4	0.17	2	1.61	7
SALUDVIDA	R. Contributivo	0.32	2	0.03	7	1.04	4
SOS	R. Contributivo	0.62	7	0.08	5	2.68	9
AMBUQ	R. Subsidiado	0.85	17	0.00	15	0.90	3
ASMET	R. Subsidiado	0.83	15	0.01	8	2.83	22
CAFAM	R. Subsidiado	0.53	5	0.00	16	1.36	11
CAFESALUD	R. Subsidiado	0.93	26	0.00	16	6.21	28
CAJACOPI	R. Subsidiado	0.92	24	0.01	10	1.12	8
CAPITAL SALUD	R. Subsidiado	0.78	14	0.00	11	3.39	26
CAPRECOM	R. Subsidiado	0.70	8	0.03	5	1.99	16
CAPRESOCA	R. Subsidiado	0.56	6	0.00	16	1.80	15
CCF CARTAGENA	R. Subsidiado	0.74	11	0.00	16	2.83	23
CCF CHOCÓ	R. Subsidiado	0.75	12	0.00	16	1.16	9
CCF GUAJIRA	R. Subsidiado	0.85	18	0.00	16	1.50	14
CCF HUILA	R. Subsidiado	0.87	21	0.07	3	3.65	27
CCF NARIÑO	R. Subsidiado	0.74	10	0.00	16	0.83	2
CCF SUCRE	R. Subsidiado	0.84	16	0.01	7	3.27	25
COLSUBSIDIO	R. Subsidiado	0.14	1	0.00	16	1.35	10
COMFABOY	R. Subsidiado	0.97	28	0.00	16	2.81	21
COMFACOR	R. Subsidiado	0.93	25	0.00	16	2.19	18
COMFACUNDI	R. Subsidiado	0.39	3	0.11	1	1.42	12
COMFAORIENTE	R. Subsidiado	0.90	23	0.00	16	2.01	17
COMPARTA	R. Subsidiado	0.50	4	0.00	12	1.09	7
CONVIDA	R. Subsidiado	0.20	2	0.00	14	1.01	6
COOSALUD	R. Subsidiado	0.86	19	0.05	4	0.91	4
ECOOPSOS	R. Subsidiado	0.86	20	0.01	9	3.04	24
EMDISALUD	R. Subsidiado	0.95	27	0.00	16	1.00	5
EMSSANAR	R. Subsidiado	0.88	22	0.01	6	2.62	20
MUTUAL SER	R. Subsidiado	0.59	7	0.00	16	0.81	1
SALUDVIDA	R. Subsidiado	0.77	13	0.00	13	2.26	19
SAVIASALUD	R. Subsidiado	0.73	9	0.09	2	1.44	13
AIC- EPSI	R. S. (indígena)	0.46	3	0.00	2	0.84	3
ANAS WAYUU	R. S. (indígena)	0.46	2	0.04	1	0.94	4
DUSAKAWI	R. S. (indígena)	0.29	1	0.00	2	2.28	5
MALLAMAS	R. S. (indígena)	0.74	6	0.00	2	0.82	2
MANEXKA	R. S. (indígena)	0.63	5	0.00	2	0.61	1
PIJAOS	R. S. (indígena)	0.56	4	0.00	2	2.46	6

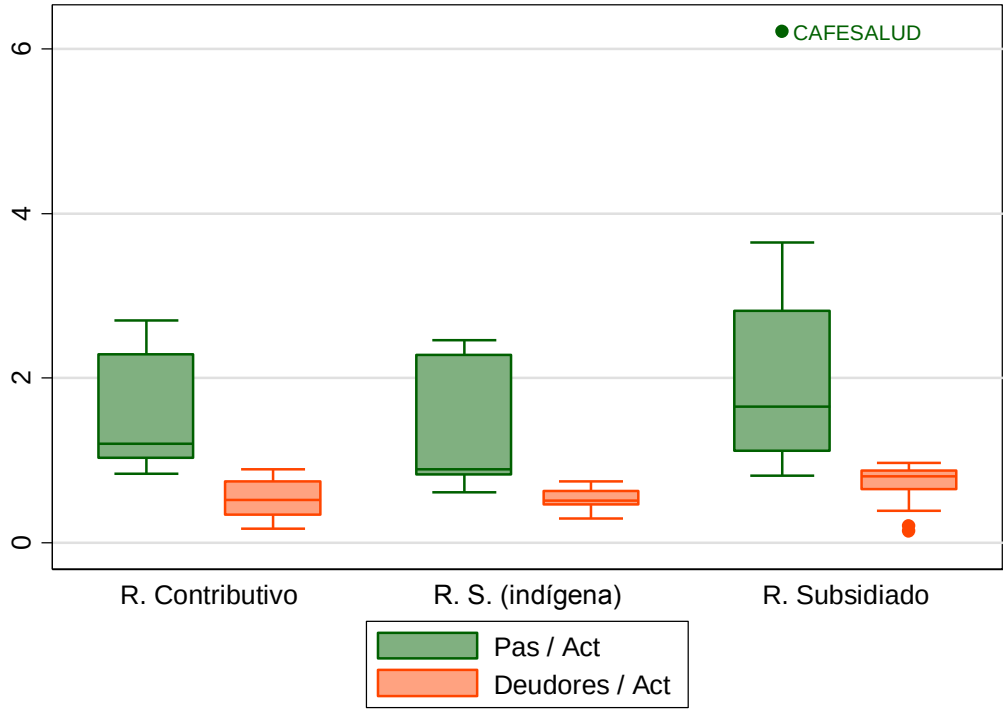
Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Tabla 52. Estadísticas descriptivas indicadores de calidad del activo según régimen

Régimen	Estadística	Deudores / Activo	Inversiones / Activo	Pasivo / Activo
R. Contributivo	Mediana	,515	,055	1,2
	Media	,54	,126	1,56
	Desv. Est.	,228	,195	,729
	Obs.	10	10	10
R. S. (indígena)	Mediana	,51	0	,89
	Media	,523	,00667	1,32
	Desv. Est.	,156	,0163	,819
	Obs.	6	6	6
R. Subsidiado	Mediana	,805	0	1,65
	Media	,734	,0143	2,03
	Desv. Est.	,217	,0294	1,2
	Obs.	28	28	28
Total	Mediana	,74	0	1,43
	Media	,661	,0386	1,83
	Desv. Est.	,23	,104	1,08
	Obs.	44	44	44

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Gráfica 5. Diagramas de Box y Whisker para pasivo/activo y deudores/activo según régimen



Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

5.8.3 Indicadores de capacidad de la Gerencia

Los indicadores de capacidad de la Gerencia, miden la eficiencia del gasto operativo para generar utilidad, y el gasto operativo como proporción de los ingresos operacionales. Los resultados de los indicadores de capacidad de la gerencia se encuentran en la Tabla 53.

Como se ha hecho notar anteriormente, la mayoría de las EAPB generaron utilidades negativas en el primer semestre de 2015, de ahí que el indicador de utilidad / gasto operacional sea negativo para la mayoría de las EAPB. El mejor resultado del indicador en el RC lo obtuvo Salud Total con un indicador de 0,21; en el RS, Emdisalud 6,6; y en las EPSI, Dusakawi con 3,31.

Por otro lado, es importante resaltar que, medido a través de la mediana, las EAPB indígenas tienen menores gastos operacionales como proporción de los ingresos operacionales. En particular, la mediana del indicador para las EAPB indígenas es 0,055 mientras que para el RC y el RS es de 0,08.

Tabla 53. Indicadores de Gerencia para EAPB

		Capacidad de la Gerencia			
EAPB	**Régimen**	**Utilidad / Gasto Oper.**	**Ord.**	**Gasto Oper. / Ing Oper.**	**Ord.**
CAFESALUD	R. Contributivo	-2.42	7	0.14	9
COMF. VALLE	R. Contributivo	0.11	2	0.07	3
COMPENSAR	R. Contributivo	-0.07	3	0.05	2
CRUZ BLANCA	R. Contributivo	-3.24	9	0.13	7
FAMISANAR	R. Contributivo	-1.09	5	0.08	4
NUEVA EPS	R. Contributivo	-0.55	4	0.08	5
SALUD TOTAL	R. Contributivo	0.21	1	0.05	1
SALUDCOOP	R. Contributivo	-3.50	10	0.08	6
SALUDVIDA	R. Contributivo	-2.57	8	0.37	10
SOS	R. Contributivo	-1.17	6	0.13	8
AMBUQ	R. Subsidiado	-0.24	6	0.15	25
ASMET	R. Subsidiado	-4.95	27	0.08	14
CAFAM	R. Subsidiado	-3.00	21	0.08	13
CAFESALUD	R. Subsidiado	-4.43	26	0.07	9
CAJACOPI	R. Subsidiado	-0.85	11	0.13	22
CAPITAL SALUD	R. Subsidiado	-6.69	28	0.02	2
CAPRECOM	R. Subsidiado	2.47	3	0.03	3
CAPRESOCA	R. Subsidiado	-0.61	8	0.05	6
CCF CARTAGENA	R. Subsidiado	-1.61	15	0.08	15
CCF CHOCÓ	R. Subsidiado	-0.76	10	0.12	21
CCF GUAJIRA	R. Subsidiado	-4.04	24	0.07	10

		Capacidad de la Gerencia			
EAPB	Régimen	Utilidad / Gasto Oper.	Ord.	Gasto Oper. / Ing Oper.	Ord.
CCF HUILA	R. Subsidiado	-2.41	19	0.14	24
CCF NARIÑO	R. Subsidiado	-2.95	20	0.02	1
CCF SUCRE	R. Subsidiado	-1.92	18	0.09	17
COLSUBSIDIO	R. Subsidiado	-1.31	13	0.11	20
COMFABOY	R. Subsidiado	-1.69	17	0.16	26
COMFACOR	R. Subsidiado	-3.87	23	0.11	19
COMFACUNDI	R. Subsidiado	-1.55	14	0.06	8
COMFAORIENTE	R. Subsidiado	0.05	4	0.08	16
COMPARTA	R. Subsidiado	-0.67	9	0.07	12
CONVIDA	R. Subsidiado	2.89	2	0.07	11
COOSALUD	R. Subsidiado	0.01	5	0.06	7
ECOOPSOS	R. Subsidiado	-1.66	16	0.49	28
EMDISALUD	R. Subsidiado	6.60	1	0.04	5
EMSSANAR	R. Subsidiado	-3.39	22	0.17	27
MUTUAL SER	R. Subsidiado	-0.38	7	0.13	23
SALUDVIDA	R. Subsidiado	-4.32	25	0.10	18
SAVIASALUD	R. Subsidiado	-1.30	12	0.04	4
AIC- EPSI	R. S. (indígena)	0.25	2	0.09	6
ANAS WAYUU	R. S. (indígena)	-0.51	6	0.06	4
DUSAKAWI	R. S. (indígena)	3.31	1	0.04	2
MALLAMAS	R. S. (indígena)	0.09	4	0.05	3
MANEXKA	R. S. (indígena)	0.03	5	0.07	5
PIJAOS	R. S. (indígena)	0.16	3	0.04	1

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Tabla 54. Estadísticas descriptivas indicadores de capacidad de la gerencia según régimen

Régimen	Estadística	Utilidad / Gasto Oper.	Gasto Oper. / Ing Oper.
R. Contributivo	Mediana	-1,13	,08
	Media	-1,43	,118
	Desv. Est.	1,4	,0944
	Obs.	10	10
R. S. (indígena)	Mediana	,125	,055
	Media	,555	,0583
	Desv. Est.	1,38	,0194
	Obs.	6	6
R. Subsidiado	Mediana	-1,58	,08
	Media	-1,52	,101
	Desv. Est.	2,63	,0867
	Obs.	28	28
Total	Mediana	-1,13	,08
	Media	-1,22	,0989
	Desv. Est.	2,34	,0833
	Obs.	44	44

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

5.8.4 Indicadores de rentabilidad

Los indicadores de rentabilidad calculados por la SNS son los siguientes: margen operativo, margen neto, margen EBITDA, ROA y ROE. Estos indicadores fueron calculados por la SNS siguiendo las ecuaciones de la Tabla 55.

Tabla 55. Ecuaciones para cálculo de indicadores de rentabilidad

$Margen\ EBITDA = \frac{EBITDA}{Ingresos\ Operacionales}$	$Margen\ Operativo = \frac{Utilidad\ Operacional}{Ingresos\ Operacionales}$
$Margen\ Neto = \frac{Utilidad}{Ingresos\ Operacionales}$	$ROA = \frac{Utilidad}{Activos\ Totales}$
$ROE = \frac{Utilidad}{Patrimonio}$	

Fuente: Elaboración propia con información de (s.f.)

Al respecto, los márgenes muestran la eficiencia de la firma para generar el rubro que mencionan. Es decir, el margen EBITDA muestra la eficiencia para generar utilidad antes de intereses, impuestos, depreciaciones y amortizaciones; el margen operativo muestra la eficiencia de la empresa después de incorporar depreciación y amortización; y el margen neto la eficiencia de la firma en generar la utilidad neta.

Por otro lado, el retorno sobre los activos (ROA) de una firma mide su eficiencia operativa para generar utilidades a través de sus activos (Damodaran, 2002, pág. 23). Y el ROE examina la rentabilidad desde la perspectiva del inversionista de la compañía (Damodaran, 2002, pág. 25).

Los indicadores para EAPB se pueden observar en la Tabla 56. Cabe anotar que cuando el patrimonio es negativo la SNS no reporta el indicador del ROE por cuanto no tiene interpretación lógica. De la tabla resalta lo siguiente: en general la mayoría de las EAPB generaron pérdidas en el primer semestre de 2015. Solo 2 de 10 EAPB generaron un margen neto positivo en el Régimen Contributivo; 5 de 28, en el Régimen Subsidiado (sin indígenas); y 5 de 6 entre las EAPB indígenas.

Tabla 56. Indicadores de rentabilidad EAPB. Primer semestre de 2015.

		RENTABILIDAD									
EAPB	**Régimen**	**Mg EBITDA**	**Ord.**	**Mg Oper**	**Ord.**	**Mg Neto**	**Ord.**	**ROA**	**Ord.**	**ROE**	**Ord.**
CAFESALUD	R. Contributivo	-42.2%	9	-42.5%	9	-34.2%	8	-56.8%	8	NA	-
COMF. VALLE	R. Contributivo	0.9%	1	0.3%	1	0.7%	2	0.9%	2	NA	-
COMPENSAR	R. Contributivo	-0.7%	3	-0.8%	3	-0.4%	3	-1.1%	3	NA	-
CRUZ BLANCA	R. Contributivo	-42.0%	8	-42.5%	8	-41.7%	9	-99.4%	10	NA	-
FAMISANAR	R. Contributivo	-10.1%	5	-11.3%	5	-8.4%	5	-13.6%	5	NA	-
NUEVA EPS	R. Contributivo	-3.4%	4	-3.7%	4	-4.3%	4	-6.6%	4	-95.3%	-
SALUD TOTAL	R. Contributivo	0.3%	2	-0.2%	2	1.1%	1	1.6%	1	30.2%	-
SALUDCOOP	R. Contributivo	-30.1%	7	-30.7%	7	-28.3%	7	-36.8%	7	NA	-
SALUDVIDA	R. Contributivo	-93.8%	10	-94.4%	10	-95.8%	10	-28.7%	6	NA	-
SOS	R. Contributivo	-14.5%	6	-14.8%	6	-15.3%	6	-59.6%	9	NA	-
AMBUQ	R. Subsidiado	-3.4%	9	-3.5%	9	-3.5%	7	-12.0%	8	-86.9%	-
ASMET	R. Subsidiado	-11.9%	15	-12.1%	15	-38.1%	24	-127.0%	23	NA	-
CAFAM	R. Subsidiado	-23.1%	20	-23.2%	20	-23.0%	19	-28.5%	14	NA	-
CAFESALUD	R. Subsidiado	-37.5%	24	-37.6%	24	-29.7%	22	-173.8%	26	NA	-
CAJACOPI	R. Subsidiado	-10.9%	14	-11.2%	14	-11.1%	14	-30.5%	16	NA	-
CAPITAL SALUD	R. Subsidiado	-14.4%	17	-14.8%	17	-15.0%	17	-61.1%	19	NA	-
CAPRECOM	R. Subsidiado	30.6%	2	29.8%	1	8.6%	3	11.0%	3	NA	-
CAPRESOCA	R. Subsidiado	68.3%	1	20.4%	3	-2.9%	6	-4.2%	6	NA	-
CCF CARTAGENA	R. Subsidiado	3.2%	6	2.9%	5	-12.7%	15	-19.1%	11	NA	-
CCF CHOCÓ	R. Subsidiado	-8.8%	13	-8.8%	12	-9.1%	12	-49.5%	17	NA	-
CCF GUAJIRA	R. Subsidiado	-26.1%	21	-27.0%	21	-27.4%	20	-100.7%	21	NA	-
CCF HUILA	R. Subsidiado	-35.3%	23	-35.3%	23	-34.8%	23	-187.5%	27	NA	-
CCF NARIÑO	R. Subsidiado	-6.6%	11	-7.0%	11	-6.0%	11	-20.8%	12	-666.2%	-
CCF SUCRE	R. Subsidiado	-16.2%	19	-16.2%	19	-16.8%	18	-59.7%	18	NA	-
COLSUBSIDIO	R. Subsidiado	-15.4%	18	-15.6%	18	-13.8%	16	-23.4%	13	NA	-
COMFABOY	R. Subsidiado	-30.5%	22	-30.5%	22	-27.5%	21	-101.5%	22	NA	-
COMFACOR	R. Subsidiado	-39.8%	25	-39.8%	25	-40.7%	25	-151.2%	24	NA	-
COMFACUNDI	R. Subsidiado	-12.3%	16	-12.4%	16	-9.7%	13	-30.2%	15	NA	-
COMFAORIENTE	R. Subsidiado	0.1%	8	0.0%	7	0.4%	4	1.6%	4	NA	-

		RENTABILIDAD									
EAPB	**Régimen**	**Mg EBITDA**	**Ord.**	**Mg Oper**	**Ord.**	**Mg Neto**	**Ord.**	**ROA**	**Ord.**	**ROE**	**Ord.**
COMPARTA	R. Subsidiado	-5.9%	10	-5.9%	10	-4.9%	8	-13.1%	9	NA	-
CONVIDA	R. Subsidiado	14.1%	4	13.2%	4	19.9%	2	35.4%	1	NA	-
COOSALUD	R. Subsidiado	1.2%	7	0.7%	6	0.1%	5	0.2%	5	5.6%	-
ECOOPSOS	R. Subsidiado	-80.5%	28	-80.9%	28	-81.0%	28	-187.8%	28	NA	-
EMDISALUD	R. Subsidiado	22.1%	3	21.9%	2	27.4%	1	24.8%	2	558.9%	-
EMSSANAR	R. Subsidiado	-48.2%	27	-48.5%	27	-58.6%	27	-168.2%	25	NA	-
MUTUAL SER	R. Subsidiado	-8.7%	12	-8.8%	13	-5.1%	9	-10.4%	7	-121.8%	-
SALUDVIDA	R. Subsidiado	-40.7%	26	-41.2%	26	-41.5%	26	-88.9%	20	NA	-
SAVIASALUD	R. Subsidiado	5.2%	5	-1.8%	8	-5.1%	10	-15.0%	10	NA	-
AIC- EPSI	R. S. (indígena)	-143.9%	6	-145.8%	6	2.3%	2	1.9%	3	12.4%	-
ANAS WAYUU	R. S. (indígena)	-1.4%	4	-2.3%	4	-3.0%	6	-3.2%	6	-52.5%	-
DUSAKAWI	R. S. (indígena)	-5.6%	5	-6.6%	5	13.3%	1	66.4%	1	NA	-
MALLAMAS	R. S. (indígena)	-0.2%	2	-0.3%	1	0.4%	4	1.2%	4	7.0%	-
MANEXKA	R. S. (indígena)	-1.4%	3	-2.1%	3	0.2%	5	0.8%	5	2.0%	-
PIJAOS	R. S. (indígena)	4.5%	1	-0.8%	2	0.6%	3	2.0%	2	NA	-

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Adicionalmente, la Tabla 57 muestra las estadísticas descriptivas de los indicadores de rentabilidad. Esto corrobora lo anteriormente dicho: las medianas de los indicadores de rentabilidad del RC y del RS fueron negativas en el primer semestre de 2015. También resalta que la mediana del ROA de las EAPB indígenas (1,5%) es mayor que en el RC (-21,5%) y RS (-29%). De hecho, la EAPB indígena mediana tiene tanto un ROA como un margen neto positivo a diferencia de la EAPB mediana del RC y RS.

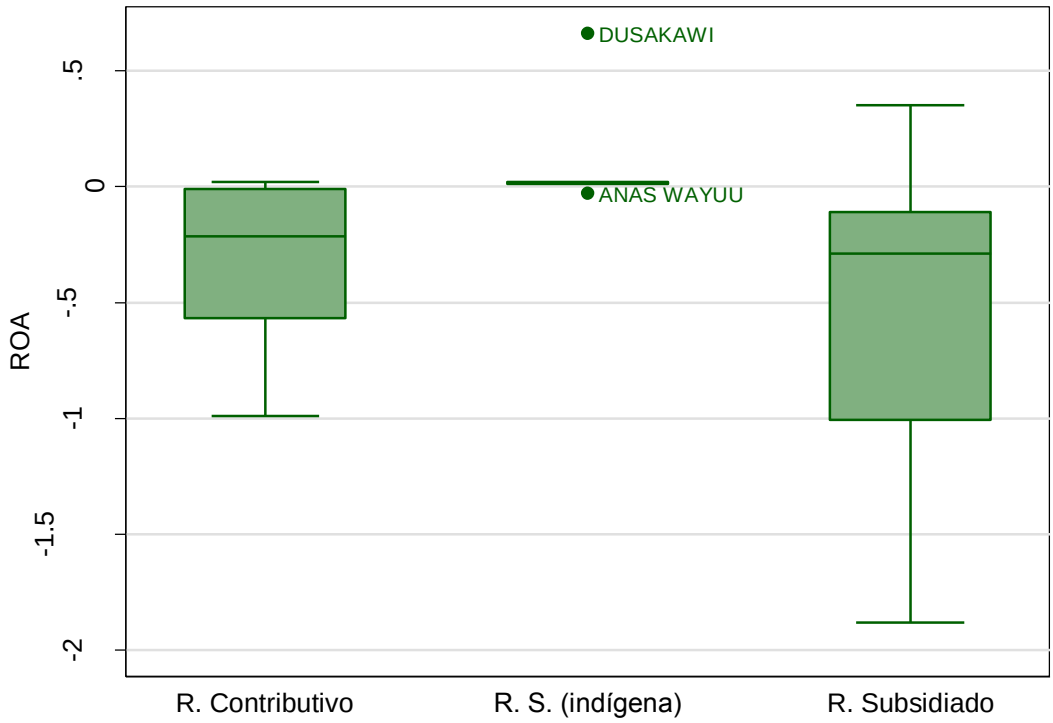
Tabla 57. Estadísticas descriptivas para Mg EBITDA, MG Operativo, Mg Neto y ROA

Régimen	Estadística	Mg EBITDA	Mg, Operativo	Mg Neto	ROA
R, Contributivo	Mediana	-12,5%	-13%	-11,5%	-21,5%
	Media	-23,6%	-24,2%	-22,5%	-30,1%
	Desv, Est,	29,9%	29,8%	30,1%	33,4%
	Obs,	10	10	10	10
R, S, (indígena)	Mediana	-1%	-2%	0,5%	1,5%
	Media	-24,5%	-26,3%	21,7%	11,5%
	Desv, Est,	58,6%	58,7%	55,6%	26,8%
	Obs,	6	6	6	6
R, Subsidiado	Mediana	-11,5%	-11,5%	-12%	-29%
	Media	-11,8%	-14%	-16,6%	-56,7%
	Desv, Est,	27,6%	23,4%	22,7%	67,3%
	Obs,	28	28	28	28
Total	Mediana	-9,5%	-1%	-8,5%	-2%
	Media	-16,2%	-18%	-15,4%	-41,4%
	Desv, Est,	33,2%	31%	23,9%	61,1%
	Obs,	44	44	44	44

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Como complemento de lo anterior, se observa que la rentabilidad –medido a través del ROA– de la mayoría de las EAPB es negativa (ver Gráfica 6). En el RC se observa que gran parte de la distribución está por debajo de cero, lo mismo ocurre en el RS. No obstante, se observa que en el RS hubo, en el primer semestre de 2015, EAPB con rentabilidades considerables– el valor máximo fue de 35,4% correspondiente a ConVida. En el caso de las EAPB indígenas, todas excepto Anaswayuu tuvieron una rentabilidad positiva. También se puede observar mucha heterogeneidad entre regímenes –medido a través del tamaño de la caja (distancia intercuartílica). Se observa que la variabilidad en el RS es mayor que en el RC y que en las EAPB indígenas.

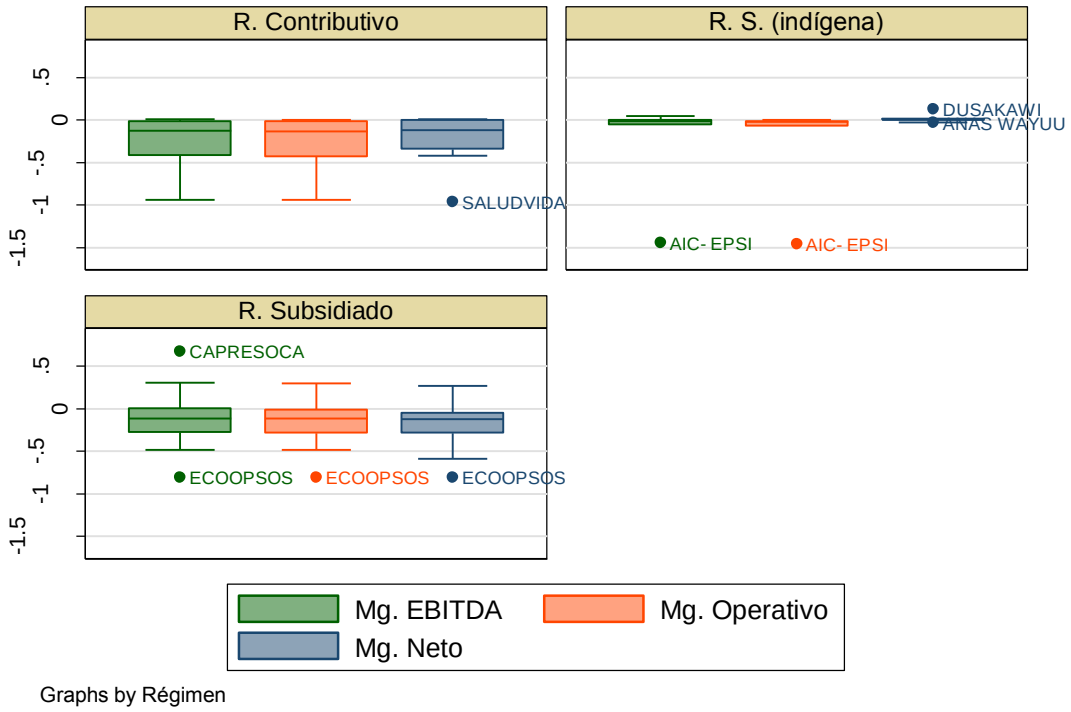
Gráfica 6. Diagrama de Box y Whisker para el indicador ROA



Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Por otra parte, la Gráfica 7 muestra los diagramas de Box y Whisker para los márgenes. Se observa que el grueso de las EAPB del RC tienen márgenes negativos; las EAPB del RS en su mayoría también presentan márgenes negativos pero algunas generan márgenes positivos; y se ve una distribución de los resultados de las EAPB indígenas muy concentrados alrededor del cero.

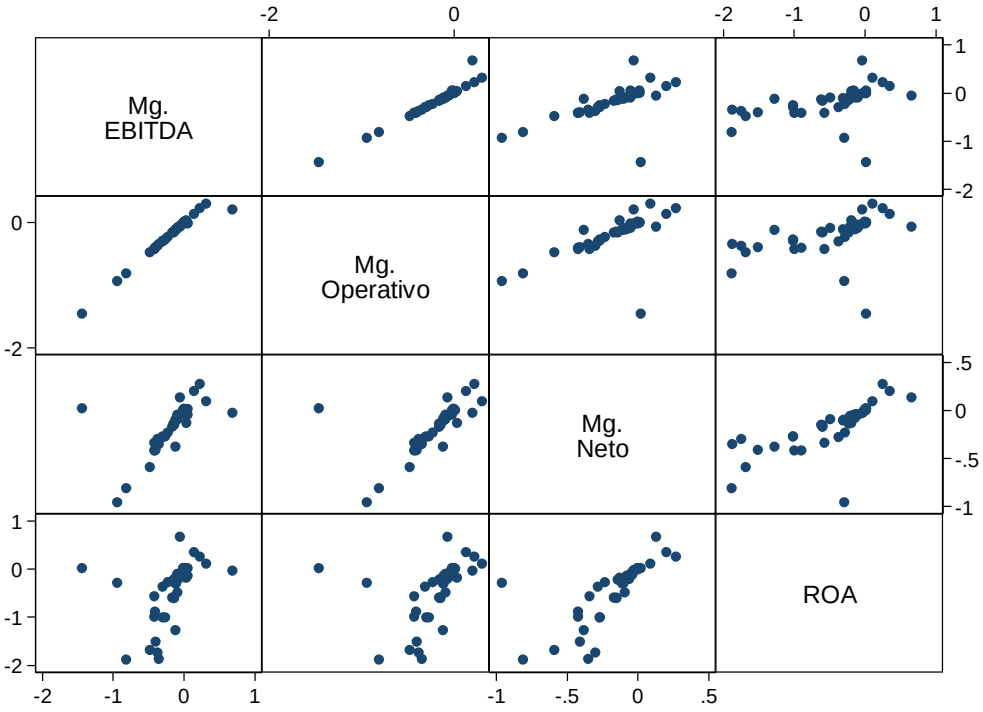
Gráfica 7. Diagrama de Box y Whisker para indicadores de rentabilidad según régimen



Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

También cabe señalar la correlación entre los indicadores de rentabilidad. Por ejemplo, la Gráfica 8 muestra los diagramas de dispersión entre estos indicadores.

Gráfica 8. Diagramas de dispersión entre indicadores de rentabilidad



Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

5.8.5 Indicadores de Liquidez

El componente de liquidez "evalúa la capacidad que tiene la institución para manejar las disminuciones en las fuentes de fondeo e incrementos en activos, así como para cubrir gastos a un costo razonable y cumplir con sus compromisos financieros de forma oportuna, principalmente en momentos de estrés" (SNS, s.f., pág. 4). En este grupo los indicadores son: disponible / activo total; propiedades, planta y equipos / activo; y cuentas por pagar / pasivo.

Con respecto al indicador de disponible / activos se observa que los mejor ubicados según régimen son: Compensar y Cafesalud en el RC; Colsubsidio y Comfacundi en el RS; y Anas Wayuu y Asociación Indígena del Cauca en el RS indígena. Por su parte, el indicador visto según régimen, los que tienen

mayores niveles de disponible / activos es el RS Indígena con una mediana de 0,195; seguido por el RC con 0,11 y el RS con 0,07.

Para el indicador de propiedades, planta y equipo / activos los mejor ubicados según régimen son: Nueva EPS y Cafesalud en el RC; CCF Chocó y CCF Huila en el RS; y Asociación Indígena del Cauca y Anas Wayuu en el RS indígena. Ahora, el indicador visto según régimen, los que tienen menor propiedades, planta &equipo / activos son el RS (0,01), seguido por el RC (0,045) y finalmente las EAPB indígenas (0,05).

Finalmente, para el indicador de cuentas por pagar / pasivos los mejor ubicados según régimen son: Cruz Blanca y SOS en el RC; Capresoca y CCF Huila en el RS; y Pijaos y Anas Wayuu en el RS indígena. Ahora, el indicador visto según régimen, los que tienen menor cuentas por pagar / pasivos son el RS (0,025), seguido por las EAPB indígenas (0,03) y el RC (0,155).

Tabla 58. Indicadores de Liquidez para EAPB

		LIQUIDEZ					
EAPB	**Régimen**	**Disponible / Activos**	**Ord.**	**Propiedades, planta & equipos / Activos**	**Ord.**	**Cuentas por pagar / Pasivos**	**Ord.**
CAFESALUD	R. Contributivo	0.19	2	0.01	2	0.10	4
COMF. VALLE	R. Contributivo	0.12	5	0.11	9	0.31	10
COMPENSAR	R. Contributivo	0.39	1	0.08	8	0.16	6
CRUZ BLANCA	R. Contributivo	0.09	7	0.04	4	0.01	1
FAMISANAR	R. Contributivo	0.07	9	0.01	3	0.19	8
NUEVA EPS	R. Contributivo	0.10	6	0.00	1	0.15	5
SALUD TOTAL	R. Contributivo	0.07	8	0.05	6	0.17	7
SALUDCOOP	R. Contributivo	0.05	10	0.08	7	0.08	3
SALUDVIDA	R. Contributivo	0.18	3	0.19	10	0.19	9
SOS	R. Contributivo	0.16	4	0.04	5	0.07	2
AMBUQ	R. Subsidiado	0.12	13	0.01	13	0.02	9
ASMET	R. Subsidiado	0.06	20	0.05	28	0.03	14
CAFAM	R. Subsidiado	0.47	4	0.00	5	0.29	28
CAFESALUD	R. Subsidiado	0.06	18	0.00	8	0.02	10
CAJACOPI	R. Subsidiado	0.04	22	0.03	20	0.19	27
CAPITAL SALUD	R. Subsidiado	0.04	21	0.01	14	0.10	23
CAPRECOM	R. Subsidiado	0.06	16	0.01	15	0.05	19
CAPRESOCA	R. Subsidiado	0.31	7	0.03	22	0.00	1
CCF CARTAGENA	R. Subsidiado	0.24	8	0.02	16	0.05	21
CCF CHOCÓ	R. Subsidiado	0.22	10	0.00	1	0.01	3
CCF GUAJIRA	R. Subsidiado	0.02	27	0.01	11	0.04	18
CCF HUILA	R. Subsidiado	0.06	17	0.00	1	0.00	2

CCF NARIÑO	R. Subsidiado	0.23	9	0.03	21	0.03	16
CCF SUCRE	R. Subsidiado	0.14	12	0.01	12	0.05	22
COLSUBSIDIO	R. Subsidiado	0.80	1	0.04	24	0.14	26
COMFABOY	R. Subsidiado	0.03	23	0.00	3	0.05	20
COMFACOR	R. Subsidiado	0.03	24	0.01	10	0.02	8
COMFACUNDI	R. Subsidiado	0.50	2	0.00	7	0.03	12
COMFAORIENTE	R. Subsidiado	0.06	19	0.00	6	0.12	25
COMPARTA	R. Subsidiado	0.49	3	0.01	9	0.03	11
CONVIDA	R. Subsidiado	0.41	5	0.04	23	0.03	15
COOSALUD	R. Subsidiado	0.03	25	0.05	27	0.04	17
ECOOPSOS	R. Subsidiado	0.07	15	0.04	26	0.03	13
EMDISALUD	R. Subsidiado	0.00	28	0.02	17	0.11	24
EMSSANAR	R. Subsidiado	0.03	26	0.03	19	0.01	4
MUTUAL SER	R. Subsidiado	0.32	6	0.02	18	0.01	7
SALUDVIDA	R. Subsidiado	0.18	11	0.04	25	0.01	5
SAVIASALUD	R. Subsidiado	0.07	14	0.00	4	0.01	6
AIC- EPSI	R. S. (indígena)	0.44	2	0.03	1	0.04	5
ANAS WAYUU	R. S. (indígena)	0.47	1	0.04	3	0.02	2
DUSAKAWI	R. S. (indígena)	0.29	3	0.03	2	0.03	4
MALLAMAS	R. S. (indígena)	0.09	5	0.06	4	0.02	3
MANEXKA	R. S. (indígena)	0.10	4	0.24	6	0.13	6
PIJAOS	R. S. (indígena)	0.01	6	0.12	5	0.01	1

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS

Régimen	Estadística	Disponible / Activos	Propiedades, planta & equipos / Activos	Cuentas por pagar / Pasivos
R. Contributivo	Mediana	,11	,045	,155
	Media	,142	,061	,143
	Desv. Est.	,0996	,0574	,0831
	Obs.	10	10	10
R. S. (indígena)	Mediana	,195	,05	,025
	Media	,233	,0867	,0417
	Desv. Est.	,195	,0824	,0445
	Obs.	6	6	6
R. Subsidiado	Mediana	,07	,01	,03
	Media	,182	,0182	,0543
	Desv. Est.	,197	,0168	,065
	Obs.	28	28	28
Total	Mediana	,1	,03	,04
	Media	,18	,0373	,0727
	Desv. Est.	,178	,0486	,0764
	Obs.	44	44	44

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS (s.f.)

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Indicadores de IPS

6 Indicadores de IPS

6.1 Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud

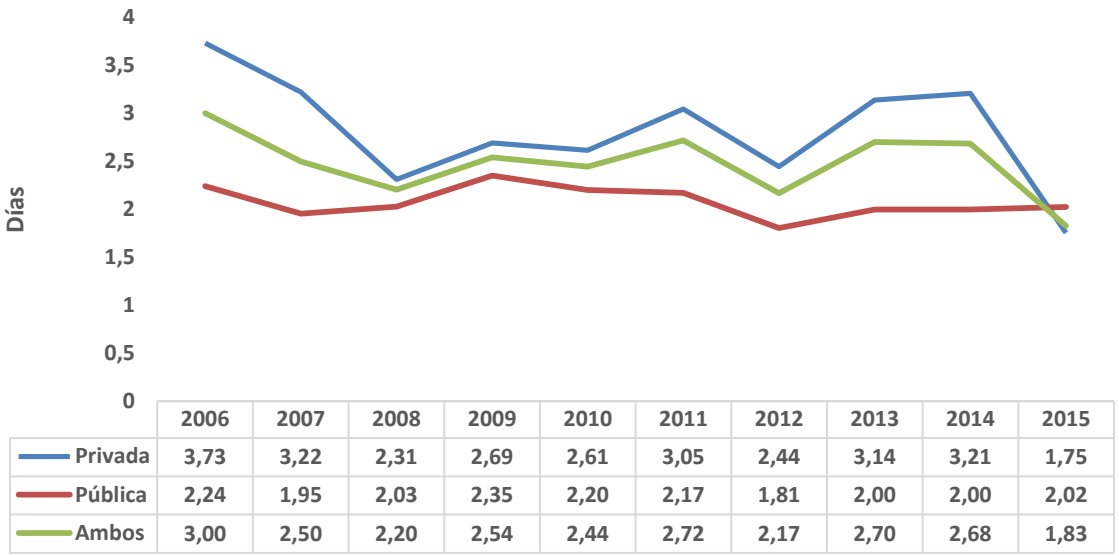
La dimensión transversal "Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria para la gestión de la salud" tiene como objetivo lograr que las autoridades sanitarias nacionales y locales recuperen, desarrollen o perfeccionen, sus capacidades básicas para actuar como planificadores e integradores de las acciones relacionadas con la producción social de la salud dentro y fuera del sector salud, y de la respuesta propia del sector, teniendo en cuenta dos tipos de capacidad: la capacidad de medios, es decir, que cuenten con los medios y procesos necesarios y dispuestos, de tal manera que puedan hacer lo que les corresponde y ejecutarlo en forma óptima; y la capacidad de resultados, por cumplimiento de su finalidad; capacidades que deben reflejarse en el cumplimiento óptimo de las funciones de: regulación, conducción, gestión financiera, vigilancia epidemiológica y sanitaria, movilización social, ejecución de las acciones colectivas, garantía del aseguramiento y la provisión adecuada de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Esta dimensión plantea una serie de objetivos de los cuales este informe ha priorizado los siguientes:

- Garantizar de manera efectiva el acceso a los planes de beneficios en salud (individuales y colectivos) para toda la población. Ver al pie de página los indicadores relacionados con este objetivo.
- Controlar el riesgo técnico, entendido como la disminución de los eventos derivados de fallas de atención en los servicios de salud, y de la mayor carga de enfermedad por mortalidad y discapacidad evitable.

6.1.1 Oportunidades de la asignación de cita en la consulta médica general (IPS)

Figura 22. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general según la naturaleza de la red, periodo 2006-2015.



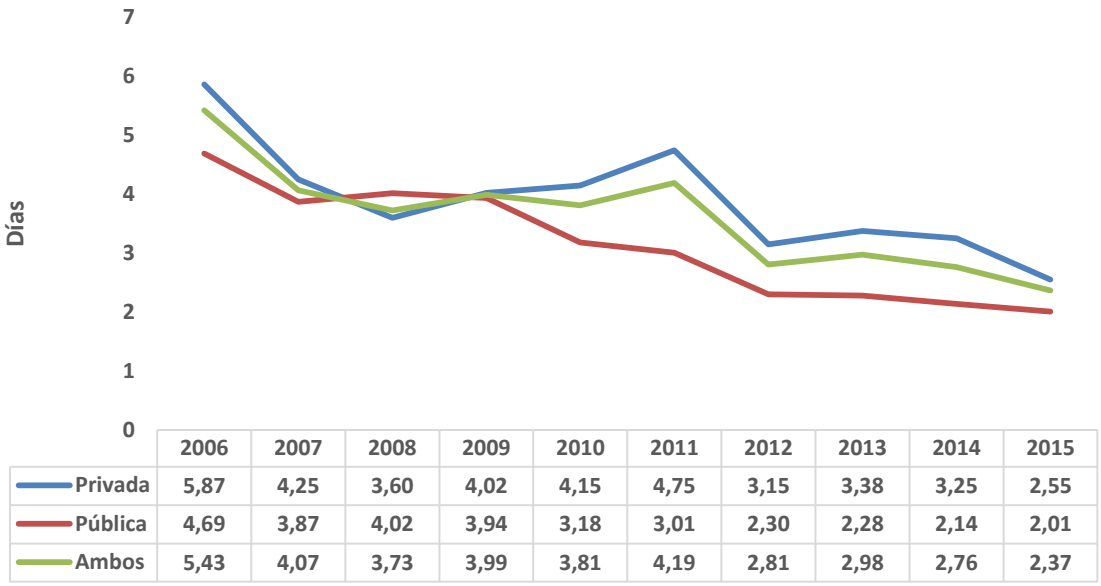
Fuente: Circular única de la Supersalud.

La Figura 22 muestra el comportamiento del tiempo promedio de la asignación en la consulta médica general según la naturaleza de la red de IPS (pública o privada). Entre 2006 y 2015 se logra pasar de 3 días a 1,83 días respectivamente. El análisis diferenciado muestra además que dichos tiempos fueron en promedio mayores entre las IPS privadas que en las públicas.

6.1.2 Oportunidades en la atención en consulta de odontología general (IPS)

La Figura 23. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general según la naturaleza de la red, periodo 2006-2015 muestra una tendencia decreciente de la oportunidad en la atención de odontología general en ambas redes (pública y privada), con un cambio del 56% en la media de días entre 2006 y 2015. El análisis diferenciado según la naturaleza de la red muestra que la oportunidad en la atención es menor en la red pública que en la privada, con una tendencia decreciente mayor en la primera.

Figura 23. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general según la naturaleza de la red, periodo 2006-2015



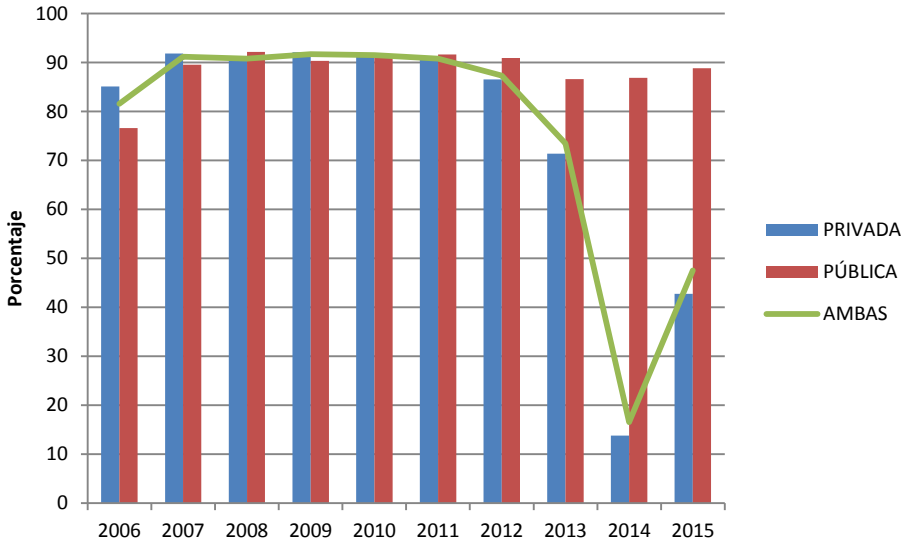
Fuente: Circular única de la Supersalud.

6.1.3 Tasa de satisfacción global (IPS)

La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS). La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de IPS (Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico, 2016).

Las tasas de satisfacción global han sido mayores al 80% durante todo el periodo y para todas las redes de IPS analizadas, sin embargo se observa que la red pública goza de mayores tasas de satisfacción que la red privada, en todos los años estudiados. Llama la atención la disminución del indicador para el año 2014 para la red privada, hasta 16,5% (Figura 24).

Figura 24. Tasa de satisfacción global según la naturaleza de la red, periodo 2006-2013.



Fuente: Circular única de la Supersalud.

6.2 Indicadores de flujo y administración de recursos

Los indicadores que se muestran a continuación fueron calculados por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) utilizando la metodología CAMEL[5]. Bajo esta metodología la SNS identificó indicadores trazadores; los agrupó en cinco áreas (ver Tabla 48) y los calculó a partir del reporte de información solicitado vía Circular Única.

Tabla 59. Indicadores financieros según metodología CAMEL

Componente	Indicador
Capital (C)	Patrimonio / Activo Pasivo / Patrimonio
Calidad del activo (A)	Deudores / Activo Inversiones / Activo Pasivo / Activo
Capacidad de la gerencia (M)	Utilidad / Gasto Operativo Gasto Operativo / Ingreso Operativo
Rentabilidad (E)	Margen Operacional Margen Neto Margen EBITDA ROA (Utilidad / Activo) ROE (Utilidad / Patrimonio)
Liquidez (L)	Cuentas por pagar corrientes / Pasivo corriente Activo corriente / Pasivo Corriente Activo corriente / activo total

Fuente: Elaboración propia con información de la SNS

Adicionalmente, con el fin de hacer un análisis comparativo entre IPS estas se agruparon según tipo de naturaleza jurídica y según la complejidad de los servicios que prestan. En este orden de ideas, se agruparon según si: i) si presta servicio de unidad de cuidados intensivos (UCI); ii) si presta el servicio de internación pero no de UCI; iii) y las demás. La Tabla 60 muestra la distribución de las IPS

[5] "La metodología CAMEL es un modelo parsimonioso - Modelo simplificado, con pocas variables, que permite identificar las relaciones de las variables de interés- de monitoreo minucioso y continuo que busca generar alertas tempranas. Se utiliza como marco para evaluar la evolución de la fortaleza financiera y gerencial de las instituciones de manera individual y poder compararlas frente a sus pares por medio de indicadores cuantitativos" (SNS, s.f., pág. 3).

que reportaron información financiera a la SNS según tipo de persona jurídica y complejidad de servicios; en concreto, muestra el número de entidades y el porcentaje que representa ese número sobre el total de la columna. Lo primero que se debe observar es que el número de IPS que reportaron información financiera a la SNS y pudieron ser identificadas con REPS fue de 8.162: 7.179 son IPS privada y 983, ESE. Adicionalmente, se observa que tanto para las ESE como para las IPS privadas el porcentaje de UCI es similar –alrededor del 4%. Sin embargo, casi el 80% de las ESE que reportaron información financiera tienen el servicio de internación mientras que para las IPS privada son solo el 5%. Lo contrario ocurre con las entidades clasificadas en el grupo de las "demás" donde el 90,70% de las IPS privadas se clasifican en este grupo.

Tabla 60. Distribución IPS según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Grupo	ESE	IPS Privada	Total
1. UCI	42	297	339
	4,27%	4,14%	4,15%
2. Internación	787	371	1.158
	80,07%	5,17%	14,19%
3. Demás	154	6.511	6.665
	15,67%	90,70%	81,66%
Total	983	7.179	8.162
	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, dado que en la sección de indicadores de flujo de administración y recursos se describió la interpretación de los indicadores, en esta sección se procederá directamente a la interpretación de los resultados.

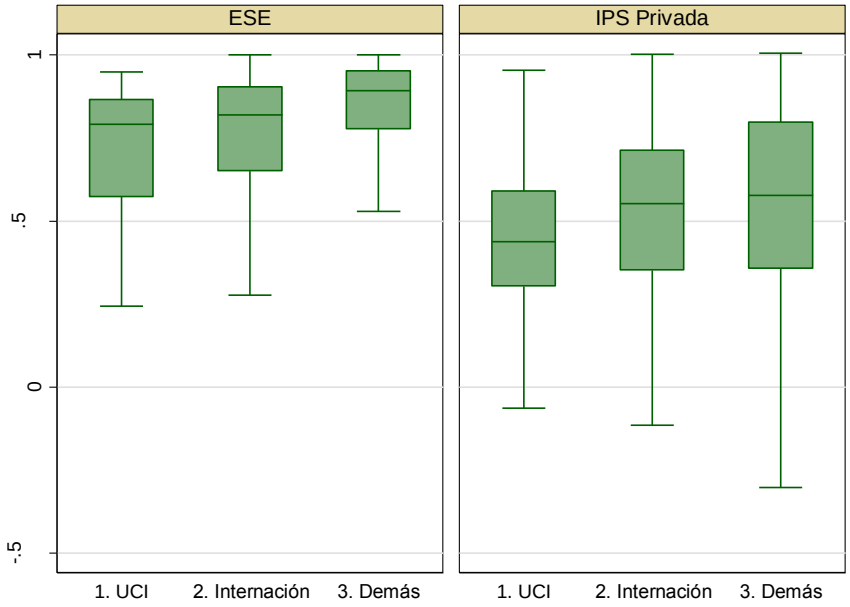
6.2.1 Indicadores de Capital

- El primer indicador, patrimonio/activo muestra qué proporción de la empresa pertenece a los dueños y cuál proporción pertenece a los acreedores. Las IPS privadas tienen una mediana de 0,568 (56,8%), lo que indica que la IPS del medio se financia tanto con patrimonio como con deuda, dando mayor participación al patrimonio. De manera similar,

la ESE del medio, tiene un indicador de 0,828 (82,8%), lo que muestra que gran proporción de la empresa fue financiada por patrimonio propio.

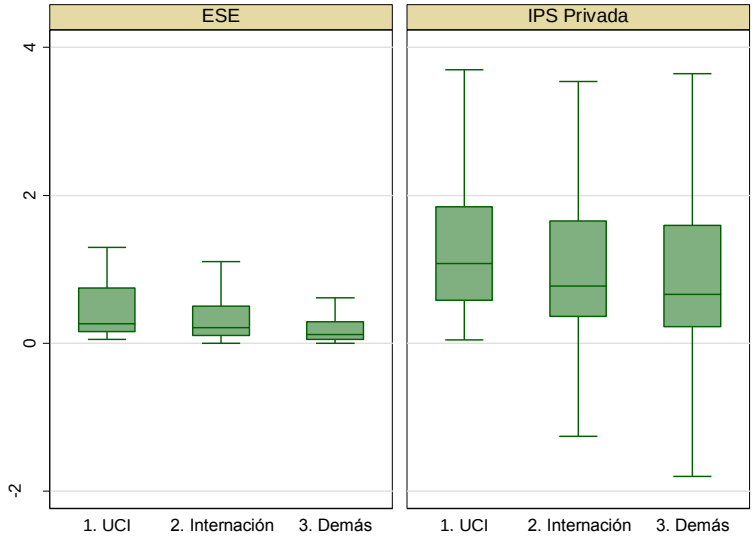
- En lo que concierne a los grupos, se observa que las ESE tienen indicadores de patrimonio/activo superiores a los de las IPS privada en todas las agrupaciones. Esto indica que el sector público recurre más a financiación vía patrimonio que sus pares del sector privado.
- Por otra parte, resulta interesante que en la medida que la complejidad aumenta; disminuye el indicador. Esto quiere decir que en la medida de que la IPS (pública o privada) aumenta la complejidad de sus servicios empieza recurrirá otras fuentes de financiación.
- Resalta también que ninguna de las ESE tiene un patrimonio negativo mientras que algunas de las IPS privadas si lo tienen.
- Por su parte, el indicador de pasivo/ patrimonio nos muestra información similar. En general las ESE tienen menos deuda con relación al patrimonio; mientras que las IPS privada tienden a reportar mayor apalancamiento financiero (i.e mayor deuda).
- Las estadísticas descriptivas de estos indicadores se encuentran en la Tabla 61.

Figura 25. Indicador patrimonio / activo según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 26 Indicador pasivo / patrimonio según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Tabla 61 Estadísticas descriptivas Indicadores de capital según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Tipo IPS	Grupo	Estadística	Patrimonio / Activo	Pasivo / Patrimonio
ESE	1. UCI	Mediana	,791	,264
		Media	,718	,566
		Desv. Est.	,194	,703
		N	42	42
	2. Internación	Mediana	,819	,209
		Media	,733	,837
		Desv. Est.	,28	11,1
		N	775	775
	3. Demás	Mediana	,892	,117
		Media	,816	,332
		Desv. Est.	,211	,857
		N	145	145
	Total	Mediana	,828	,198
		Media	,745	,749
		Desv. Est.	,269	9,95
		N	962	962
IPS Privada	1. UCI	Mediana	,439	1,08
		Media	,354	2,07
		Desv. Est.	,485	7,18
		N	290	289
	2. Internación	Mediana	,552	,773
		Media	,495	1,25
		Desv. Est.	,468	2,97
		N	367	367
	3. Demás	Mediana	,578	,663
		Media	,528	1,44
		Desv. Est.	,802	11,5
		N	6369	6369
	Total	Mediana	,568	,693
		Media	,519	1,46
		Desv. Est.	,778	11
		N	7026	7025

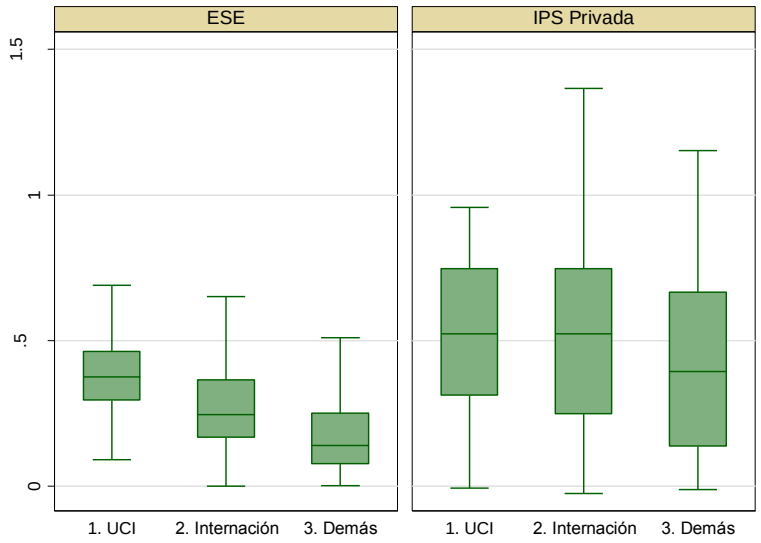
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

6.2.2 Calidad del activo

- El primer indicador deudores/activo muestra cuánto pesan las cuentas por cobrar sobre el total de los activos de la IPS. Lo primero que se observa es que la ESE del medio el 23,7% (0,237) de sus activos son deudores; mientras que en el caso de las IPS privadas es 40,9% (0,409). Ambos resultados son llamativos sobretodo el de las IPS privadas, porque una porción considerable de todos los activos de la entidad son dineros que hace falta cobrar, en lugar de ser activos físicos como edificios para atender pacientes o equipos de salud.

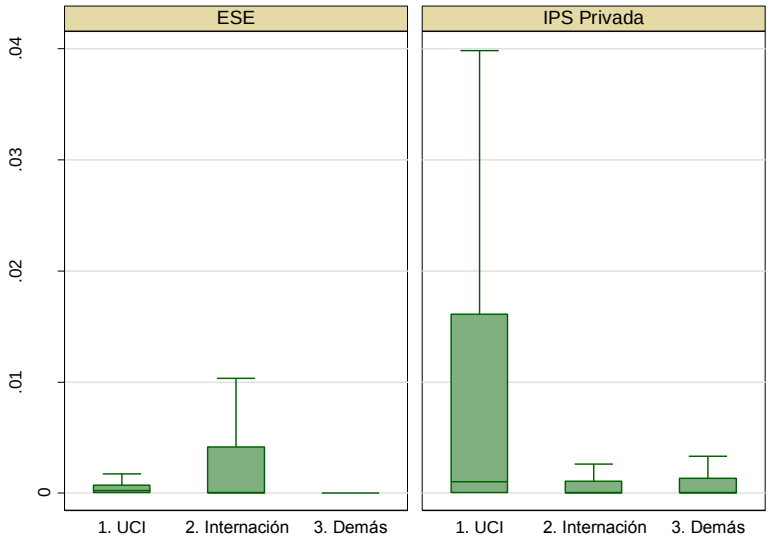
- Con respecto los subgrupos, se observa que las IPS privadas acumulan mayores cuentas por cobrar (deudores) que las ESE para todos las agrupaciones por complejidad de servicios. En particular, las IPS privadas por grupos tienen indicadores de: 0,523; 0,524; y 0,395. Mientras que las ESE tienen indicadores por grupos de: 0,375; 0,246; y 0,139.
- Adicionalmente, las dispersiones (medidas a través del tamaño de la caja o distancia intercuartílica) son mayores para el sector privado lo que muestra que la heterogeneidad del sector privado es mayor.
- Resalta también que el indicador pareciera aumentar en la medida que aumenta la complejidad en el caso de las ESE. Es decir, las IPS con UCI de las ESE tienden a tener mayores cuentas por cobrar que las que prestan únicamente el servicio de internación y las demás.
- Por su parte, el indicador inversiones/activo tiene un comportamiento muy disímil entre tipo de naturaleza jurídica y entre grupos. Entre las privadas, el mayor indicador de inversiones como porcentaje del activo se encuentra concentrado en las IPS que tienen el servicio de UCI; las demás a pesar que reportan inversiones su mediana es de cero (ver Tabla 62).
- En el caso de las ESE, las entidades –no atípicas- con mayor indicador de inversión se encuentran en el grupo de los que prestan el servicio de internación; sin embargo también hay varias entidades en el grupo de las UCI con indicador mayor que cero.
- Finalmente, el indicador pasivo/activo muestra los mismos resultados de los indicadores de capital: en general las IPS tienen más participación de la deuda en su financiamiento y en la medida que prestan servicios de mayor complejidad aumenta la financiación vía acreedores.
- Las estadísticas descriptivas de los indicadores de calidad dele activo se pueden observar en la Tabla 62.

Figura 27 Indicador deudores/activo según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



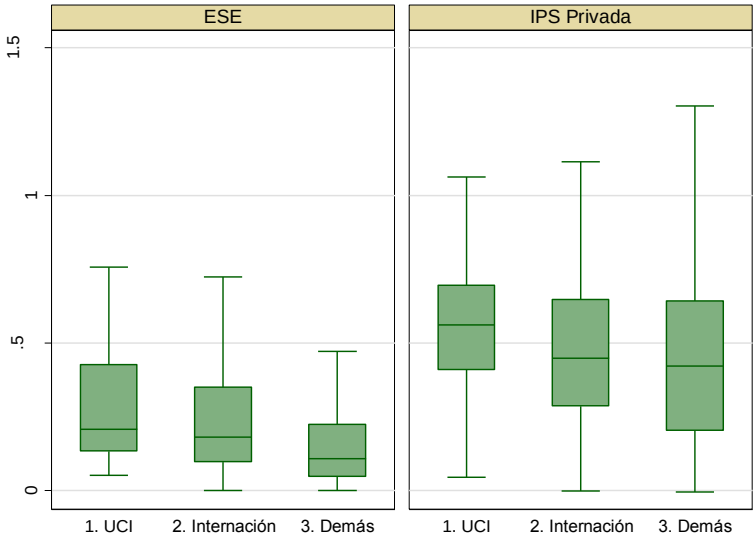
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 28 Indicador inversiones/activo según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 29 Indicador pasivo/activo según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Tabla 62 Estadísticas descriptivas indicadores calidad del activo según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Tipo IPS	Grupo	Estadística	Deudores / Activo	Inversiones / Activo	Pasivo / Activo
ESE	1. UCI	Mediana	,375	,000238	,209
		Media	,386	,0137	,282
		Desv. Est.	,138	,0596	,194
		N	42	42	42
	2. Internación	Mediana	,246	0	,181
		Media	,273	,00743	,267
		Desv. Est.	,147	,0282	,28
		N	775	775	775
	3. Demás	Mediana	,139	0	,108
		Media	,179	,00866	,183
		Desv. Est.	,135	,0543	,211
		N	145	145	145
	Total	Mediana	,237	0	,172
		Media	,264	,00789	,255
		Desv. Est.	,151	,0351	,269
		N	962	962	962
IPS Privada	1. UCI	Mediana	,523	,00105	,561
		Media	,51	,027	,646
		Desv. Est.	,248	,0705	,485
		N	290	290	290
	2. Internación	Mediana	,524	0	,448
		Media	,5	,0135	,505
		Desv. Est.	,293	,0519	,468

	N	367	367	367
3. Demás	Mediana	,395	0	,422
	Media	,411	,0261	,472
	Desv. Est.	,305	,0854	,802
	N	6369	6369	6369
Total	Mediana	,409	0	,432
	Media	,42	,0255	,481
	Desv. Est.	,303	,0835	,778
	N	7026	7026	7026

Fuente: Elaboración propia con información de SNS

6.2.3 Capacidad de la gerencia

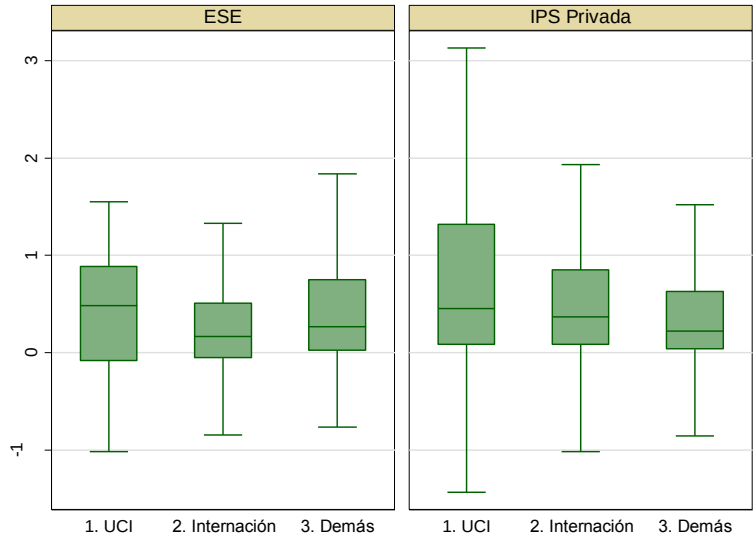
- El primer indicador, utilidad / gasto operacional es un indicador de cuánta utilidad se genera por cada peso invertido en gasto operativo[6]. Lo primero que se puede observar es que la eficiencia del sector privado es mayor que la del público a la luz de este indicador. En particular la mediana del indicador para las IPS privadas fue de 0,231 en contraste con las de las ESE que fue 0,196. No obstante, se necesita de una prueba de hipótesis para saber si esta diferencia es estadísticamente significativa.
- También resalta, que para todas las combinaciones entre naturaleza jurídica y grupo de complejidad, el primer cuartil (la línea que marca el comienzo de la caja de abajo hacia arriba) está ubicado muy cerca al cero. Esto indica que en general, un 25% de las entidades reportaron utilidades negativas en el primer semestre de 2015.
- También se puede observar que los valores mayores del indicador se encuentran en las IPS privadas en el grupo de las UCI.
- El segundo indicador es gasto operacional / ingreso operacional. Este indicador mide qué porción del ingreso operacional se destina a pagar los gastos operacionales. Lo que se observa es un indicador muy similar para las IPS privadas y las ESE, en concreto la mediana del indicador para las IPS privadas es 0,354 y para las ESE, 0,363. Sin embargo, se necesita de una prueba de hipótesis para saber si esta diferencia es estadísticamente significativa.
- De la misma manera, se puede observar que en el caso de las IPS privadas, el indicador disminuye conforme aumenta la complejidad de los servicios ofrecidos. Es decir, las IPS

[6] La SNS construyó el gasto operativo como la suma de las cuentas 5105 y 5205 que son los gastos de personal.

privadas se vuelven más eficientes en su gasto operacional conforme aumenta la complejidad de los servicios. Asimismo se observa que para las IPS privadas conforme aumenta la complejidad de los servicios disminuye la dispersión de los datos (medido a través del tamaño de la caja).

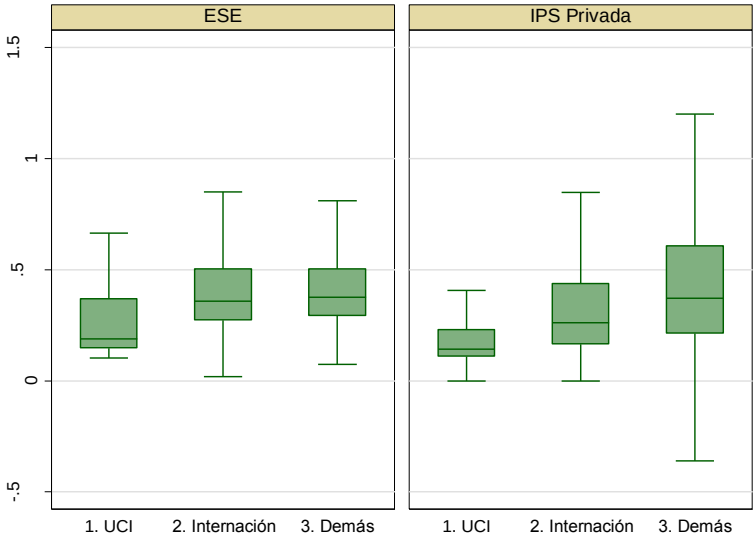
- En el caso de las ESE se observa un patrón similar: aquellas que tienen UCI muestran un indicador más bajo y por ende más eficiente en su gasto operativo.
- Las estadísticas descriptivas en detalle se pueden observar en la Tabla 63.

Figura 30 Indicador utilidad/gasto operacional según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 31 Indicador gasto operacional/ingreso operacional según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Tabla 63. Estadísticas descriptivas indicadores de capacidad de la gerencia según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Tipo IPS	Grupo	Estadística	Utilidad / Gto Operativo	Gto Operativo / Ing. Operativo
ESE	1. UCI	Mediana	,483	,188
		Media	,589	,303
		Desv. Est.	,969	,269
		N	40	40
	2. Internación	Mediana	,168	,359
		Media	,344	,42
		Desv. Est.	1,06	,264
		N	764	764
	3. Demás	Mediana	,266	,377
		Media	,424	,416
		Desv. Est.	,772	,2
		N	143	144
	Total	Mediana	,196	,363
		Media	,367	,414
		Desv. Est.	1,02	,256
		N	947	948
IPS Privada	1. UCI	Mediana	,452	,142
		Media	,953	,178
		Desv. Est.	2,31	,134
		N	289	289
	2. Internación	Mediana	,368	,261
		Media	15,9	,351

	Desv. Est.	285	,394
	N	357	358
3. Demás	Mediana	,222	,371
	Media	1,97	,512
	Desv. Est.	78,8	5,77
	N	6219	6244
Total	Mediana	,231	,354
	Media	2,65	,49
	Desv. Est.	99,3	5,49
	N	6865	6891

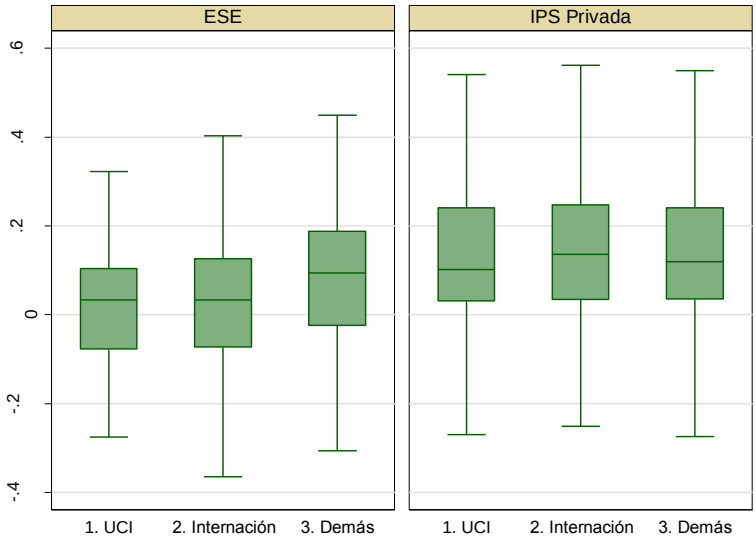
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

6.2.4 Rentabilidad

- Para empezar, el indicador de Margen Operacional muestra que las medianas de este indicador son superiores para las IPS privadas que para las ESE. En concreto, la mediana para IPS privadas para UCI, internación y demás son 0,102; 0,136 y 0,119 respectivamente; mientras que para las ESE son 0,0331; 0,034 y 0,0937.
- También se puede observar que el margen operacional es muy similar para las IPS privadas; en cambio se observa que en las ESE las medianas de los márgenes disminuyen conforme aumenta la complejidad de los servicios.
- Resalta también que en el caso de las ESE, en todos los grupos más del 25% de las entidades reportan márgenes negativos.
- El indicador del margen neto y el margen EBITDA nos muestran unos resultados similares.
- Por otro lado, el retorno sobre los activos (ROA) es más alto en las IPS privadas que en las ESE. En concreto, en las IPS privadas la mediana es de 0,061 (6,16%) mientras que en las ESE es de 0,028 (2,8%).
- Adicionalmente,, en las IPS privadas el ROA tiende a ser menor en las entidades con UCI. Al respecto los ROA para IPS privadas son: 0,0376; 0,0488; y 0,0638 para UCI; internación y demás respectivamente.
- Finalmente, el retorno sobre el patrimonio es mayor en las entidades privadas que en las públicas. Esto puede estar relacionado con que las privadas tienen mayores niveles de apalancamiento financiero.

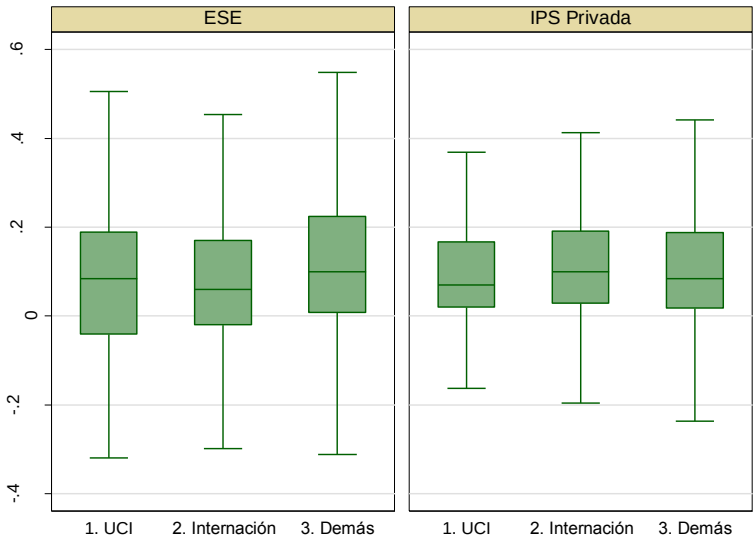
- Cabe anotar que las estadísticas descriptivas de los indicadores de rentabilidad se pueden consultar en la Tabla 64

Figura 32 Indicador margen operacional según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



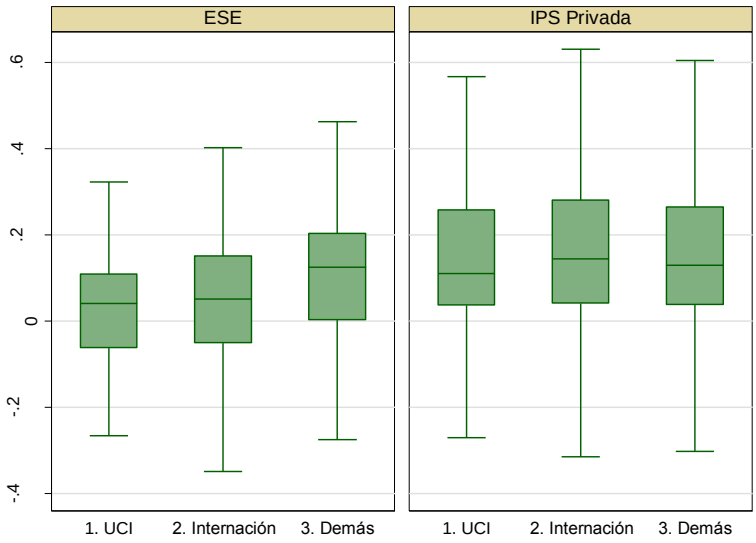
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 33 Indicador margen neto según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



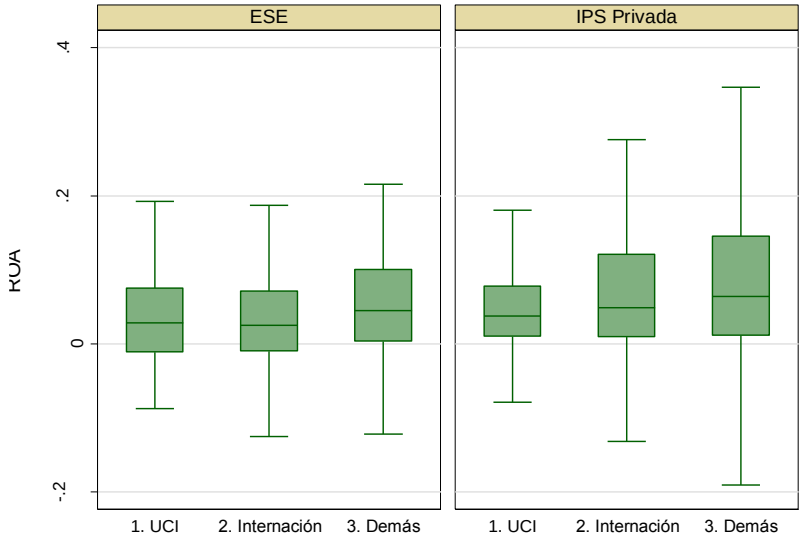
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 34 Indicador margen EBITDA según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



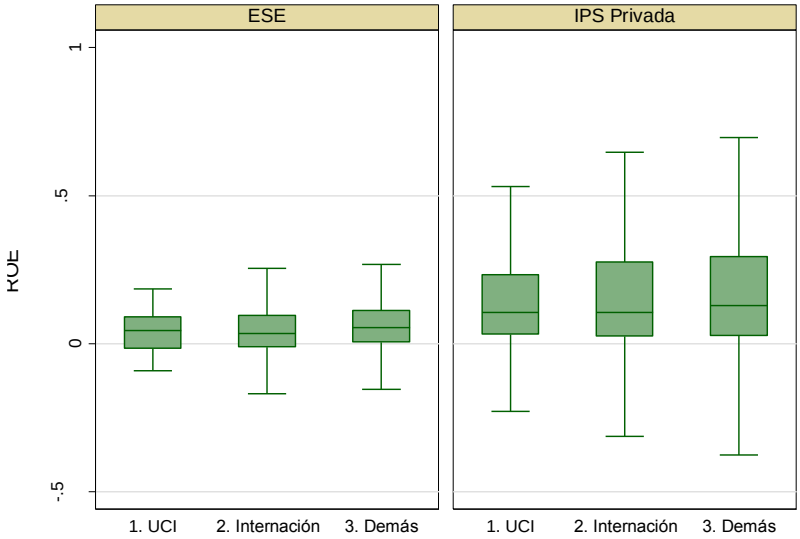
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 35 Indicador ROA según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 36 Indicador ROE según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Tabla 64 Estadísticas descriptivas indicadores de rentabilidad según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Tipo IPS	Grupo	Estadística	MgOper	MgNeto	MgEBITDA	ROA	ROE
ESE	1. UCI	Mediana	,0331	,0839	,0408	,0287	,0451
		Media	-,0517	,0542	-,0318	,0365	,0587
		Desv. Est.	,412	,319	,381	,0633	,153
		N	40	40	40	40	40
	2. Internación	Mediana	,034	,0602	,0512	,025	,0343
		Media	-,00449	,0761	,0175	,0267	,156
		Desv. Est.	,295	,348	,289	,128	3,16
		N	764	764	764	765	765
	3. Demás	Mediana	,0937	,1	,125	,0453	,0548
		Media	,0736	,11	,0999	,0604	,0583
		Desv. Est.	,214	,228	,202	,124	,253
		N	144	143	144	143	143
	Total	Mediana	,0389	,0673	,0593	,028	,0357
		Media	,00538	,0803	,0279	,0322	,137
		Desv. Est.	,291	,332	,284	,126	2,84
		N	948	947	948	948	948
IPS Privada	1. UCI	Mediana	,102	,0702	,111	,0376	,106
		Media	,142	,0901	,157	,0471	,127
		Desv. Est.	,27	,175	,276	,109	,537
		N	289	289	289	290	289

2. Internación	Mediana	,136	,0994	,144	,0488	,106
	Media	,104	,0647	,117	,0696	,15
	Desv. Est.	,54	,469	,543	,139	,296
	N	358	358	358	367	367
3. Demás	Mediana	,119	,0844	,13	,0638	,128
	Media	,0512	,33	,0648	,0583	,121
	Desv. Est.	5,82	11,6	5,82	,7	1,55
	N	6244	6244	6244	6369	6369
Total	Mediana	,12	,0844	,13	,0616	,127
	Media	,0578	,306	,0714	,0584	,123
	Desv. Est.	5,54	11	5,54	,667	1,48
	N	6891	6891	6891	7026	7025

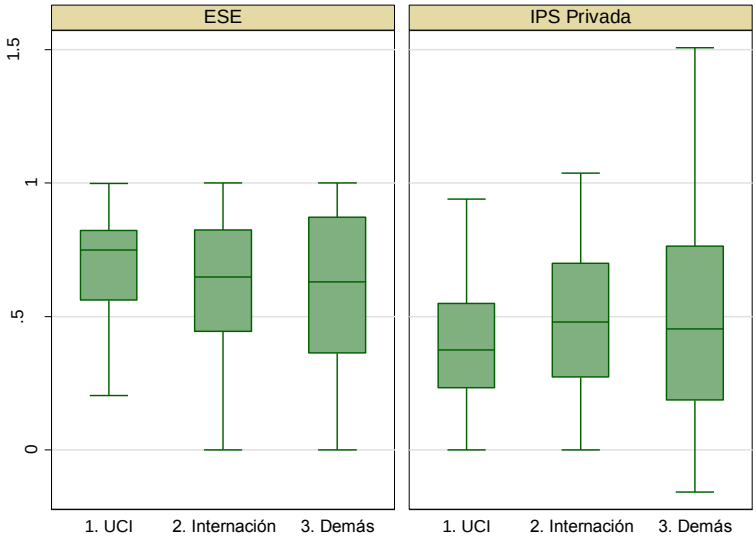
Fuente: Elaboración propia con información de SNS

6.2.5 Liquidez

- El primer indicador, cuentas por pagar corrientes / pasivo corriente, --siguiendo a la SNS-- es mejor en la medida que el indicador sea menor. De esta manera, se observa que las IPS privadas tienen un mejor rendimiento en lo que a este indicador atañe. Esto es porque la mediana del indicador para las IPS privadas es de 0,376; 0,48 y 0,453 para UCI, internación y demás respectivamente. Mientras que para las ESE, la mediana es de: 0,749; 0,648; y 0,63. Todo esto indica que en las ESE las obligaciones financieras son principalmente de corto plazo.
- Por otro lado, el indicador de activo corriente / pasivo corriente (también conocido como razón corriente) muestra la capacidad que tienen las IPS para cubrir sus necesidades de financiación de corto plazo. Para este indicador vemos que las ESE tienen mayor liquidez (con relación a las obligaciones de corto plazo) pues tuvieron medianas de 2,65; 2,42; y 3,43 para los subgrupos de UCI, internación y demás; mientras que las IPS privada tuvieron medianas de 1,3; 1,58; y 1,73 respectivamente.
- A pesar de lo anterior, es importante resaltar que valores muy altos de este indicador puede ser negativo; pues las entidades podrían tener excesiva liquidez de corto plazo que podrían invertir.
- El último indicador (activo corriente / activo total) muestra una imagen diferente. Este indicador muestra que en las IPS privadas, los activos corrientes tienen un peso mayor sobre el total de los activos. En concreto, las medianas de las IPS privadas según grupos son: 0,592;

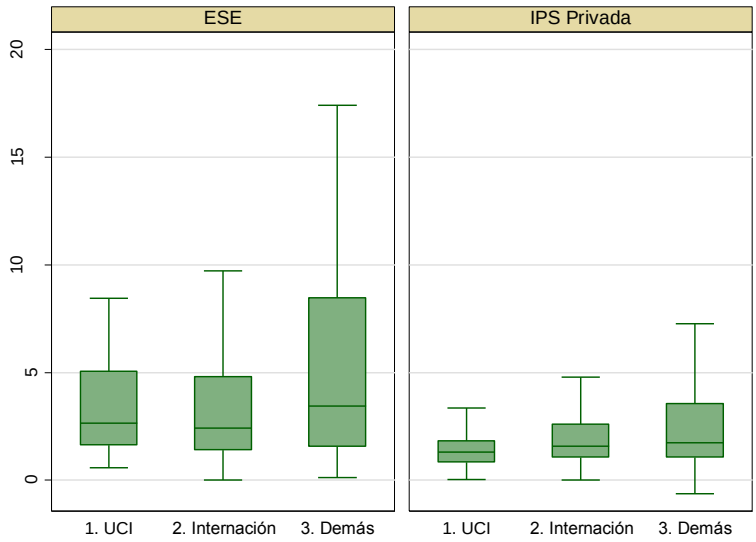
0,651; y 0,662 para UCI, internación y demás respectivamente. Mientras que para las ESE son: 0,508; 0,4; y 0,328 respectivamente.

Figura 37 Indicador cuentas por pagar corriente / pasivo corriente según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 38 Indicador activo corriente / pasivo corriente según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios



Fuente: Elaboración propia con información de SNS

Figura 39. Indicador activo corriente / activo total según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

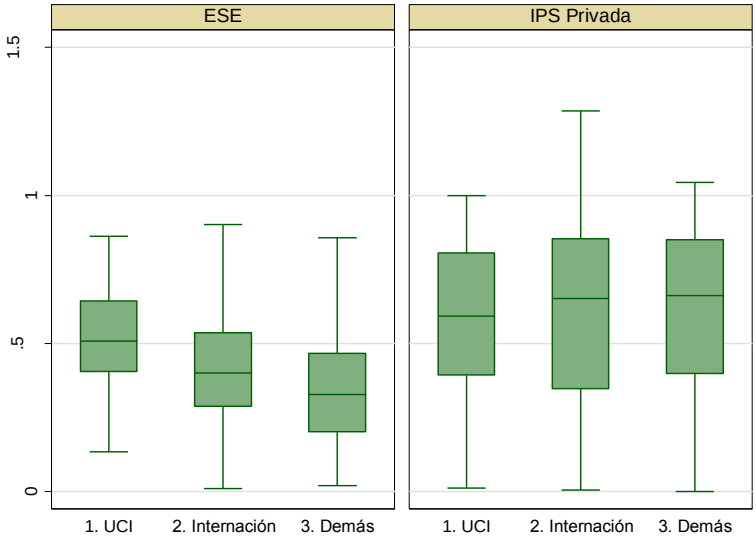


Tabla 65 Estadísticas descriptivas indicadores de liquidez según tipo de naturaleza jurídica y complejidad de servicios

Tipo IPS	Grupo	Estadística	Activo Corriente / Activo Total	Cuentas por pagar / Pasivo corriente	Activo Corriente / Pasivo Corriente
ESE	1. UCI	Mediana	,508	,749	2,65
		Media	,523	,692	4,07
		Desv. Est.	,165	,205	3,86
		N	42	42	42
	2. Internación	Mediana	,4	,648	2,42
		Media	,417	,616	6,47
		Desv. Est.	,178	,258	24,5
		N	775	768	768
	3. Demás	Mediana	,328	,63	3,43
		Media	,361	,58	23,9
		Desv. Est.	,204	,324	113
		N	145	144	144
	Total	Mediana	,4	,653	2,57
		Media	,413	,614	8,99
		Desv. Est.	,184	,267	49,4
		N	962	954	954
IPS Privada	1. UCI	Mediana	,592	,376	1,3
		Media	,585	,407	1,62
		Desv. Est.	,247	,223	1,69
		N	290	290	290

2. Internación	Mediana	,651	,48	1,58
	Media	,6	,481	2,74
	Desv. Est.	,286	,287	35,1
	N	367	360	360
3. Demás	Mediana	,662	,453	1,73
	Media	,61	,481	8,99
	Desv. Est.	,291	,426	137
	N	6369	6205	6205
Total	Mediana	,656	,451	1,7
	Media	,608	,477	8,35
	Desv. Est.	,289	,413	131
	N	7026	6855	6855

Fuente: Elaboración propia con información de SNS

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Conclusiones

7 Conclusiones

- Los indicadores que aquí se recogen buscan monitorizar una serie de objetivos que el Sistema de Salud ha incluido dentro de su política pública y prioridades para esta década, sin desconocer que otras áreas de medición merecen igual atención y deben ser incorporadas en futuras evaluaciones.
- Con este informe se logra una descripción comparativa de los resultados de una serie de indicadores en el tiempo, siguiendo periodos variables sujetos a la disponibilidad de la información según la fuente.
- A nivel de DTS Se evidencia una tendencia creciente, estadísticamente significativa, de la incidencia de dengue en los departamentos de la región central del país (Boyaca, Quindio, Caldas) por lo cual las entidades territoriales deben enfocar sus esfuerzos en una mayor prevención de esta enfermedad. El Departamento de Bolivar igualmente presentó una tendencia creciente en a incidencia de Dengue.
- Con respecto al Chikunguña, el número de casos reportados ha disminuido sustancialmente de 14 mil casos reportados en las primeras semanas epidemiológicas del año 2015 a encontrarse por debajo de los 1000 casos reportados en las primeras semanas epidemiológicas del 2016.
- Los accidentes de transporte terrestre, a pesar que en el 2013 presentaron una disminución, continuan siendo la principal causa de los años de vida potencialmente perdidos en Colombia. Los departamentos de Casanare, Cesar y Arauca siguen presentando una tendencia creciente en los accidentes de transporte terrestre.
- Preocupa el aumento de la prevalencia de hipertensión arterial, el cual fue estadisticamente significativo en gran parte de los departamentos, y que aumento entre el 2008 y 2015 un 89,% a nivel nacional. Se debe pensar en estrategias más eficientes de prevención e investigar la ingesta de sal en la población y la incidencia y prevalencia de sobrepeso, los cuales son factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial.

- Hay aumento de la tasa de mortalidad en cáncer de mama y disminución de la tasa de mortalidad en cáncer de cuello uterino, lo cual plantea interrogantes sobre el diagnóstico oportuno y tratamiento efectivo en estas patologías y en la población a riesgo.
- La tasa de mortalidad por muertes autoinfligidas intencionalmente ha mostrado una tendencia decreciente significativa, sin embargo el departamento de sucre es el único departamento con una tendencia creciente positiva. Se deberán tener en cuentas otras variables para poder identificar las causas de los suicidios en dicho departamento.
- Para el indicador de proporción de bajo peso al nacer, A pesar de encontrarnos como país por debajo de la meta (<10%) del Plan Decenal de Salud Pública, los datos mostraron una tendencia creciente, la cual debe vigilarse y aplicar las medidas necesarias por cada una de las direcciones territoriales para cambiar la tendencia de este indicador. Departamentos como Bogotá y Cundinamarca continúan presentado resultados por encima de la meta.
- La mortalidad por desnutrición ha presentado una tendencia nacional decreciente significativa, sin embargo el único departamento con tendencia creciente fueel departamento de Guainía, por lo cual la dirección territorial debe priorizar esta situación y trabajar para cambiar esta tendencia.
- Ha habido una reducción importante en la razón de mortalidad materna sin embargo ésta aún no ha sido estadísticamente significativa ni ha cumplió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La prevalencia de VIH si ha tenido una tendencia creciente lo cual debe alertar a las entidades territoriales y mejorar las campañas de prevención del VIH/SIDA.
- La evaluación de las EPS incluyó mediciones relacionados con la gestión del riesgo de la enfermedad renal crónica y sus eventos precursores, VIH/Sida y tuberculosis. Asimismo, se evaluaron resultados clave como mortalidad materna y perinatal, además de indicadores de accesibilidad y satisfacción de los usuarios. En cuanto a las IPS, éstas fueron abordadas mediante indicadores de oportunidad de atención primaria y satisfacción de los usuarios.
- A nivel nacional la mortalidad por tuberculosis muestra una tendencia descendente entre 2005 y 2013, comportamiento que se repite en la mitad de los Departamentos analizados, sin cambios o aumento de la tendencia en el resto de Departamentos.

- En concordancia con las bajas prevalencias registradas de hipertensión arterial a nivel de los Departamentos del país, en general las aseguradoras del sistema de salud presentan bajos porcentajes de captación de pacientes hipertensos en ambos regímenes, siendo ésta aún menor en el subsidiado. Aunque se evidencia un aumento de la captación de precursoras de ERC entre los años 2014 y 2015 tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.
- Las oportunidades de mejora observadas en la mortalidad materna a nivel nacional y por Departamentos vuelven a evidenciarse entre las EPS debido a la desaceleración significativa del porcentaje de nacidos vivos con seis o más controles prenatales, además de las bajas cifras que predominan en el régimen subsidiado comparado con el contributivo.
- La evaluación de indicadores de gestión de las aseguradoras, tales como la detección temprana de VIH /Sida, evidencia oportunidades de mejora en ésta y otras áreas como la enfermedad renal crónica.
- Eventos prevenibles como la transmisión materno infantil del VIH muestran progresos importantes en el país, sin embargo sus valores aún se encuentran distantes de la meta a 2015 fijada para este indicador (2% o menos).
- De la misma manera que a nivel nacional y de los Departamentos se evidencia una disminución de la mortalidad de los menores de 5 años, las EPS muestran una disminución de la mortalidad perinatal en los dos últimos años disponibles, siendo este retroceso similar en ambos regímenes, aunque las cifras del indicador son más altas en el subsidiado.
- Los indicadores de oportunidad en la asignación de citas de medicina general y odontología continúan mostrando mayores tiempos medios en la red privada de IPS respecto a la pública.
- En los últimos años la satisfacción de los usuarios frente a las IPS del país ha sido mayor en la red pública que en la privada, con tasas de satisfacción global por encima del 90%, a excepción de la disminución importante que presentaron las IPS privadas frente a este indicador.
- Con respecto a los indicadores de satisfacción del usuario para EAPB,se evidenció que los resultados permanecieron en el tiempo. No obstante, a pesar de esta inercia, algunas EAPB lograron mejoras significativas en sus indicadores de calidad y otras empeoraron. Por ejemplo, los resultados que mostraron mejoramiento corresponden a las EAPB: Capresoca, Manexca y

Ecoopsos. Mientras que los peores resultados corresponden a: Saludcoop, Comfenalco Valle y Caprecom.

- En lo que concierne a los indicadores financieros de EAPB, en general la mayoría generaron pérdidas en el primer semestre de 2015. Solo 2 de 10 EAPB analizadas generaron un margen neto positivo en el Régimen Contributivo; 5 de 28, en el Régimen Subsidiado (sin indígenas); y 5 de 6 entre las EAPB indígenas.
- Los resultados de los indicadores de capital para EAPB muestran un sector económico caracterizado por patrimonios negativos. En particular, solo 11 de las 44 (25%) EAPB tuvieron indicadores de patrimonio / activo mayor que cero.
- Sobre el tema de endeudamiento y activos, el sector de las EAPB mostró tres características interesantes en el primer semestre de 2015. Primero, es un sector que se desenvuelve con relaciones Pasivo / Activo superiores a 1. Es decir, las obligaciones de las EAPB son superiores que el valor de sus activos. Al respecto, se puede evidenció que 33 de las 44 EAPB (i.e el 75%) tiene una relación pasivo / activo superior a 1. Es más, la mediana de las EAPB en este indicador es de 1,43.
- La segunda característica interesante es que el sector de las EAPB es intensivo en deudores. En especial la mediana del indicador deudores / activo es de 0,74. En otras palabras, el 74% del valor de la empresa –medido a través del valor en libros- proviene de obligaciones a favor de la compañía.
- La tercera característica interesante es que, así como es un sector con pasivo / activo elevado y deudores / activo alto, los pasivos de las EAPB son mayores que sus obligaciones a favor. Puntualmente, de las 44 EAPB listadas en la Tabla 51, solo 1 (Manexka) tiene más deudores que pasivo.
- Con respecto a los indicadores financieros de IPS, se observó que las IPS privadas tienen mayor participación de la deuda en su financiación que las ESE. En concreto, para el indicador patrimonio/activo las IPS privadas tienen una mediana de 0,568 (56,8%), mientras que la mediana de las ESE es 0,828 (82,8%). También se pudo observar que las IPS tienden a aumentar el apalancamiento financiero conforme aumentan la complejidad de sus servicios.

- Con respecto a la composición del activo de las IPS, se observa que en las IPS privadas, gran parte de los activos (40,9%) son cuentas por cobrar, en lugar de ser activos físicos como edificios para atender pacientes o equipos de salud. En el caso de las ESE el porcentaje es de 23,7%.
- En cuanto a las rentabilidades, el retorno sobre los activos (ROA) es más alto en las IPS privadas que en las ESE. En concreto, en las IPS privadas la mediana es de 0,061 (6,16%) mientras que en las ESE es de 0,028 (2,8%).
- Finalmente, las ESE tienden a tener más liquidez que las IPS privadas. Específicamente, en el indicador activo corriente / pasivo corriente se observa que las ESE tienen mayor liquidez (con relación a las obligaciones de corto plazo) pues tuvieron medianas de 2,65; 2,42; y 3,43 para los subgrupos de UCI, internación y demás; mientras que las IPS privada tuvieron medianas de 1,3; 1,58; y 1,73 respectivamente.

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Bibliografía

8 Bibliografía

Bhutta ZA, B. R. (5 de Dec de 2013). Global maternal, newborn, and child health--so near and yet so far. *N Engl J Med, 369*(23), 2226–35.

Damodaran, A. (2002). *Investment Valuation. Tools and Techniques for Determining the Valor of Any Asset.* WileyFinance.

Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. (29 de Feb de 2016). Obtenido de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social y Alianza Cinets: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Comple_Embarazo.pdf

Informe de seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. (29 de Feb de 2016). Obtenido de DNP: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/InformeODM_2013.pdf

Instituto Naciona de Salud. (21 de Febrero de 2016). Obtenido de http://www.ins.gov.co/temas-de-interes/Paginas/dengue.aspx

Instituto Nacional de salud. (29 de Marzo de 2016). Obtenido de http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/CHIKUNGUNYA%20Periodo%20XIII%202015.pdf

Instituto Nacional de Salud. (29 de Febrero de 2016). Obtenido de http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2016%20Boletin%20epidemiologico%20semana%207.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de Febrero de 2016). Obtenido de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de Febrero de 2016). *Repositorio Institucional Digital.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, I. N.-E. (Julio de 2012). *El cáncer de mama: Un problema creciente en Colombia. Hechos Acciones.* Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Cancerologia ESE. . (29 de Febrero de 2016). Obtenido de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20para%20el%20Control%20del%20C%C3%A1ncer.pdf

Mortalidad materna. (29 de Feb de 2016). Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social e Instituo Nacional de Salud: http://ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGILA/PRO%20Mortalidad%

Mortalidad perinatal y neonatal tardía . (29 de Feb de 2016). Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social e Instituo Nacional de Salud. : http://ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIGI

Mortalidad perinatal y neonatal tardía. (29 de Feb de 2016). Obtenido de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social e Instituo Nacional de Salud.: http://ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos%20SIVIG

NHS Institute for Innovation and Improvement. (25 de Feb de 2016). Obtenido de The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators: http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584

Organización Mundial de la Salud. (29 de Febrero de 2016). *Información general sobre la Hipertensión en el mundo.* Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?ua=1

Resolución 1446 de 2006-Anexo técnico. (29 de feb de 2016). Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social. : http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results_advanced.aspx?u=http%3A%2F%2Fwww%2Eminsalud%2Egov%2Eco%2Fsites%2

Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2013. (29 de Feb de 2016). Obtenido de Colombia. Cuenta de Alto Costo. : http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ASIS_2014_v11.pdf

SNS. (2016). Metodología CAMEL para EPS e IPS.

UNAIDS. (29 de Feb de 2016). *FACT SHEET 2014. GLOBAL STATISTICS.* Obtenido de http://www.unaids.org/sites/default/files/documents/20141118_FS_WADreport_en.pdf