Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Informe Nacional
de Calidad de la Atención en Salud 2015

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015
© Ministerio de Salud y Protección Social

Coordinadora editorial
María Lucía Grueso Angulo

Corrección de estilo
Javier Correa Correa

Fotografías
Herminso Ruiz/Ministerio de Salud y Protección Social

Equipo técnico de la Oficina de Calidad
María Lucía Grueso Angulo
Camilo Andrés Matajira Gaitán
Eric Barney Iglesias
Jhonathan Javier Rodríguez Lozano
Diana Carolina Ángel Barreto

Diseño, diagramación en impresión
Imprenta Nacional de Colombia

ISBN:

© Ministerio de Salud y Protección Social
Carrera 13 No. 32-76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50
Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97
Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:30 p. m.

Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2015.

MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

GERMÁN ESCOBAR MORALES
Jefe de la Oficina de Calidad

CONTENIDO

Siglas 13

PRESENTACIÓN 17

1. INTRODUCCIÓN 21

2. SÍNTESIS DE RESULTADOS 25
2.1. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la efectividad de la atención de la salud en Colombia 27
2.2. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la seguridad de la atención en Colombia 30
2.3. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la experiencia de la atención en Colombia 32
2.3.1 Oportunidad de la atención en salud 32
2.3.2. Acceso a los servicios de atención en salud 34
2.3.3. Trato e información recibida y participación durante la atención en salud 34
2.3.4. Satisfacción global frente a la atención 35
2.3.5 Valoración final de la atención 35

3. METODOLOGÍA DEL INFORME 37
3.1. Selección de indicadores 39
3.2. Metodología de la síntesis del Análisis de la Situación de la Salud en Colombia 39
3.3. Metodología indicadores concernientes a EPS 41
3.4. Metodología indicadores concernientes a IPS 43
3.5. Metodología indicadores concernientes a percepción del usuario 44

4. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA 47
4.1. Contexto demográfico 50
4.1.1. Volumen poblacional 50
4.1.2. Estructura poblacional 50
4.1.3. Fecundidad 51
4.1.4. Natalidad 52
4.1.5. Esperanza de vida 52
4.2. Análisis de los efectos de salud 53
4.2.1. Mortalidad 53
4.2.1.1. Mortalidad general por grandes causas 53
4.2.1.2. Mortalidad materna 54
4.2.1.2.1. Tasa y tendencia por departamento 55

4.2.1.2.2. Resultados de la mortalidad materna en Colombia 57
4.2.2. Morbilidad 59
4.2.2.1. Morbilidad atendida por ciclo vital 59
4.2.2.1.1. Primera infancia (0 a 5 años) 59
4.2.2.1.2. Infancia (6 a 11 años) 60
4.2.2.1.3. Adolescencia (12 a 18 años) 60
4.2.2.1.4. Juventud (14 a 26 años) 60
4.2.2.1.5. Adultez (27 a 59 años) 61
4.2.2.1.6. Persona mayor (más de 60 años) 61
4.2.3. Abordaje de los determinantes sociales de la salud 61
4.2.3.1. Determinantes intermediarios de la salud 61
4.2.3.1.1. Circunstancias materiales 61
4.2.3.1.1.1. Condiciones de vida 61
4.2.3.1.1.1.1. Servicios Públicos 61
4.2.3.1.1.3. Seguridad alimentaria 62
4.2.3.1.1.3.1. Bajo peso al nacer 62
4.2.3.1.1.3.2. Desnutrición en menores de cinco años 62
4.2.3.1.1.3.3. Obesidad 63
4.2.3.1.1.4. Consumo de alcohol 63
4.2.3.1.1.5. Consumo de tabaco 63
4.2.3.1.1.6. Consumo de sustancias psicoactivas 64
4.2.3.1.1.7. Actividad física 64
4.2.3.1.1.8. Uso de métodos anticonceptivos 64
4.2.3.1.2. Sistema sanitario 65
4.2.3.1.2.1. Barreras de acceso 65
4.2.3.1.2.2. Infraestructura 65
4.2.3.1.2.2.1. Número de camas 65
4.2.3.1.2.3. Cobertura del SGSSS 65
4.2.3.2.Descripción de algunos determinantes estructurales de las inequidades en salud 68
4.2.3.2.1. Pobreza e ingresos 68
4.2.3.2.2. Educación 68
4.3. Conclusiones 68

5. INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD 71
5.1. Cobertura de Control Prenatal 74
5.2. Proporción de nacidos con bajo peso al nacer 77
5.3. Proporción de partos institucionales 80
5.4. Proporción de nacimientos por cesárea 83
5.5. Duración de la Lactancia Materna 86

5.6. Tasa de Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años ... 87
5.7. Tasa de Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años ... 89
5.8. Razón de mortalidad materna ... 91
5.9. Tasa de mortalidad neonatal ... 93
5.10. Tasa de mortalidad infantil ... 95
5.11. Cobertura de vacunación con biológicos trazadores BCG, Pentavalente 3 en población menor de un año, triple viral en población de un año y refuerzo de triple viral de los 5 años ... 97
5.12. Letalidad por dengue ... 99
5.13. Proporción de transmisión materno-infantil del VIH a 18 meses ... 100
5.14. Prevalencia registrada de VIH/SIDA ... 101
5.15. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA, con indicación de Tratamiento Antirretroviral-TAR que reciben TAR actual (Cobertura de TAR) ... 102
5.16. Tasa de incidencia de sífilis congénita ... 103
5.17. Captación de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus ... 104
5.18. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años ... 105
5.19. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas ... 108
5.20. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados ... 110
5.21. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas ... 114

6. INDICADORES DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD ... 119
6.1. Tasa de Infecciones asociadas a dispositivos ... 121
6.2. Tasa de infección intrahospitalaria ... 122
6.3. Proporción de eventos adversos gestionados ... 123

7. INDICADORES DE EXPERIENCIA DE ATENCIÓN BASADOS EN MEDICIONES OBJETIVAS ... 131
7.1. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General (IPS) ... 134
7.2. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Medicina Interna (IPS) ... 138
7.3. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia (IPS) ... 142
7.4. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Pediatría (IPS) ... 146
7.5. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Cirugía General (IPS) ... 150
7.6. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta Médica general y Médica especializada (EPS) ... 154
7.7. Proporción de cancelación de Cirugía Programada (IPS) ... 156
7.8. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada (IPS) ... 160
7.9. Oportunidad en la realización de Cirugía programada (EPS) ... 164

7.10. Oportunidad en la atención en Servicios de imagenología(IPS) 165
7.11. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (EPS)..... 169
7.12. Oportunidad en la atención en Consultas de urgencias (IPS) 170
7.13. Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (ips) 174
7.14. Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General (EPS)..... 179
7.16. Oportunidad de entrega de medicamentos POS (EPS) 180
7.17. Oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino (EPS)..... 181
7.17. Oportunidad de la Referencia en la EAPB 182
7.18. Número de tutelas por no prestación de servicios POS (EPS)..... 184
7.19. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (EPS) 184
7.20. Tasa de traslados desde la EPS..... 185

8. INDICADORES DE EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN BASADOS EN MEDICIONES DE PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS 187
8.1. Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad 189
8.2. Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso 192
8.3. Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico 195
8.4. Proporción de los usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente 196
8.5. Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad 198
8.6. Tasa de satisfacción global con la EPS 200
8.7. Proporción de usuarios de la EPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla 202

9. RETOS PARA LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA 207

10. BIBLIOGRAFÍA 211

TABLAS

Tabla 1. Fuentes de información INCAS 2015....42
Tabla 2. Fuentes de información para los datos de comparación internacional....43
Tabla 3. Consultas para cálculo del universo....43
Tabla 4. Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. por departamento 1998-2012....56
Tabla 5. Acceso a servicios públicos, privados o comunales, según área. Colombia 2011....62
Tabla 6. Indicadores de efectividad en salud INCAS 2015....73
Tabla 7. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales EPS-C. Colombia, 2014....76
Tabla 8. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales – EPS-S. Colombia, 2014....77
Tabla 9. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer – EPS-C. Colombia, 2014....79
Tabla 10. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer – EPS-S. Colombia, 2014....79
Tabla 11. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud en Régimen Contributivo. Colombia, 2014....81
Tabla 12. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud en Régimen Subsidiado. Colombia, 2014....82
Tabla 13. Porcentaje de nacimientos por cesárea en Régimen Contributivo. Colombia, 2014....84
Tabla 14. Porcentaje de nacimientos por cesárea en Régimen Subsidiado, Colombia, 2014....84
Tabla 15. Casos diagnosticados con VIH, menores de 18 meses hijos de madres con VIH en Colombia, 2012- 2014....100
Tabla 16. Distribución porcentual de menores de 18 meses hijos de madres con VIH, reportados por sexo, Colombia 2014....101
Tabla 17. Distribución de PVVIH con indicación TAR que reciben TAR actualmente en población general por régimen, Colombia 2014....103
Tabla 18. Porcentaje de captación de hipertensión arterial y diabetes mellitus de acuerdo al tipo de aseguramiento, Colombia 2014....105
Tabla 19. Porcentaje de captación de hipertensión arterial y diabetes mellitus de acuerdo al género, Colombia 2014....105
Tabla 20. Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados, 2009 - 2014....113
Tabla 21. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS....114
Tabla 22. Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas por departamento, 2009 - 2014. 117
Tabla 23. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS....118
Tabla 24. Indicadores de seguridad en salud INCAS 2015....121
Tabla 25. Proporción de casos notificados por tipo de IAD, año 2013....122
Tabla 26. Tasa de infección intrahospitalaria por departamento, 2009 – 2014....126
Tabla 27. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS....127
Tabla 28. Proporción de Eventos Adversos Gestionados por departamento, 2009 - 2014....129
Tabla 29. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS....130

Tabla 30. Indicadores de experiencia de atención – basados en mediciones objetivas 133
Tabla 31. Oportunidad de asignación de cita en consulta de Medicina General por departamento, 2009 - 2014 137
Tabla 32. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 138
Tabla 33. Oportunidad de asignación de cita en consulta médica especializada en consulta de medicina interna por departamento, 2009 - 2014 141
Tabla 34. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 142
Tabla 35. Oportunidad de asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia por departamento. Años 2009 – 2014..... 145
Tabla 36. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 146
Tabla 37. Oportunidad de asignación de cita en la consulta de pediatría por departamento, 2009 - 2014 149
Tabla 38. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 150
Tabla 39. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de Cirugía General por departamento, 2009 - 2014 153
Tabla 40. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 154
Tabla 41. Proporción de cancelación de Cirugía Programada por departamento, 2009 - 2014..... 159
Tabla 42. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 160
Tabla 43. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada por departamento, 2009 – 2014..... 163
Tabla 44. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 164
Tabla 45. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología por departamento, 2009 - 2014 168
Tabla 46. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 169
Tabla 47. Oportunidad en la atención en Consultas de Urgencias por departamento, 2009 - 2014..... 173
Tabla 48. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 174
Tabla 49. Oportunidad en la atención en consulta de odontología por departamento, 2009 - 2014.... 178
Tabla 50. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS..... 179
Tabla 51. Indicadores de Experiencia de atención basados en mediciones de percepción de los usuarios 189
Tabla 52. Indicador de percepción de tiempos de espera según tipo de servicio; mediana de tiempos de espera reportados según tipo de servicio 190
Tabla 53. Indicadores de restricción de servicios de salud por trámite 193
Tabla 54. Indicadores de buen trato por parte del personal médico y no médico 195
Tabla 55. Indicadores de percepción de la información provista por la EPS..... 197
Tabla 56. Indicadores de percepción de efectividad en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingreso a la entidad 199
Tabla 57. Indicadores de satisfacción global con la EPS..... 200
Tabla 58. Indicadores de número de usuarios que estarían dispuestos a regresar o recomendar su EPS 203

GRÁFICAS

Gráfica 1. Pirámide poblacional....51
Gráfica 2. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Colombia durante 1998-2012....56
Gráfica 3. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según sexo. Colombia, 2009-2014....66
Gráfica 4. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según régimen. Colombia, 2009-2014....67
Gráfica 5. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según departamentos y régimen de afiliación, Colombia, noviembre de 2014....67
Gráfica 6. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. Colombia, 2008-2014....75
Gráfica 7. Cobertura de control prenatal, por lo menos 4 visitas (%) en diferentes países y años....76
Gráfica 8. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2013....78
Gráfica 9. Recién nacidos con bajo peso al nacer x 100 NV en varios países del mundo en diferentes años....80
Gráfica 10. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud. Colombia, 2005-2013....81
Gráfica 11. Partos Institucionales (porcentajes) en varios países del mundo en diferentes años....82
Gráfica 12. Porcentaje de nacimientos por cesárea. Colombia, 2005-2013....84
Gráfica 13. Partos por Cesáreas (porcentajes) en varios países del mundo en diferentes años....85
Gráfica 14. Mediana de lactancia materna total. Colombia, 1995-2010....86
Gráfica 15. Lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses en varios países del mundo en diferentes años....86
Gráfica 16. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Colombia, 2005-2012....88
Gráfica 17. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años en países diversos 2013....88
Gráfica 18. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Colombia, 2005-2012....90
Gráfica 19. Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años en países diversos 2013....90
Gráfica 20. Razón de mortalidad materna. Colombia, 2005-2012....92
Gráfica 21. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países 2013....92
Gráfica 22. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. Colombia, 2005-2012....94
Gráfica 23. Tasa de mortalidad perinatal (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países 2014....94
Gráfica 24. Mortalidad infantil. Colombia, 2005-2012....96
Gráfica 25. Tasa mortalidad infantil (por 100.000 nacidos vivos) en países diversos 2014....96
Gráfica 26. Coberturas de vacunación con biológicos trazadores BCG, Pentavalente 3 en población menor de un año, triple viral en población de un año y refuerzo de triple viral de los 5 años. Colombia 2010 – 2014....98
Gráfica 27. Coberturas de vacunación por biológico (%) en países diversos 2014....98

Gráfica 28. Letalidad por dengue. Colombia, 2000-2013 99
Gráfica 29. PrevalenciaVIH/Sida. Colombia, 2014 102
Gráfica 30. Incidencia sífilis congénita. Colombia, 2006-2014 104
Gráfica 31. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años. Colombia, 2013-2014 106
Gráfica 32. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años, por género. Colombia, 2013-2014 107
Gráfica 33. Prevalencia de obesidad (IM>30) en varios países 2014 107
Gráfica 34. Tasa de mortalidad por algunas neoplasias malignas. Colombia, 2009-2013 109
Gráfica 35. Tasa de mortalidad por algunas neoplasias malignas, por régimen. Colombia,2013 109
Gráfica 36. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados. Agregado nacional 112
Gráfica 37. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas agregado nacional 116
Gráfica 38. Tasa de infección intrahospitalaria. Agregado nacional 125
Gráfica 39. Proporción de eventos adversos Gestionados. Agregado nacional 128
Gráfica 40. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014 128
Gráfica 41. Oportunidad de asignación de cita en la consulta de Medicina General. Agregado nacional 136
Gráfica 42. Oportunidad de asignación de cita en consulta médica especializada en Medicina Interna agregado nacional 140
Gráfica 43. Oportunidad de asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia, agregado nacional 144
Gráfica 44. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de pediatría. Agregado nacional 148
Gráfica 45. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de Cirugía General. Agregado nacional 152
Gráfica 46. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General. Colombia. 2009-2014 155
Gráfica 47. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médicina Interna. Colombia. 2009-2014 155
Gráfica 50. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Cirugía General. Colombia. 2009-2014 155
Gráfica 48. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia. Colombia. 2009-2014 155
Gráfica 49. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatria. Colombia. 2009-2014 155
Gráfica 51. Proporción de cancelación de Cirugía Programada. Agregado nacional 2009-2014 158
Gráfica 52. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada. Agregado nacional 2009-2014 .. 162
Gráfica 53. Oportunidad en la realización de Cirugía programada. Colombia. 2009-2014 165
Gráfica 54. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Agregado nacional 166
Gráfica 55. Oportunidad en la atención de servicios de Imagenología. Colombia. 2009-2014 170
Gráfica 56. Oportunidad en la atención en Consultas de urgencias. Agregado nacional 2009-2014 . 171
Gráfica 57. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general. Agregado nacional 2009-2014 177

Gráfica 58. Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General. Colombia 2009-2014 180
Gráfica 59. Oportunidad de entrega de medicamentos POS. Colombia 2009-2014..... 181
Gráfica 60. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino. Colombia 2009-2014..... 182
Gráfica 61. Oportunidad de la referencia en la EAPB. Colombia 2009-2014 183
Gráfica 62. Número de tutelas por no prestación de servicios POS. Colombia 2009-2014..... 184
Gráfica 63. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Colombia 2009-2014 185
Gráfica 64. Tasa global de traslados desde la EPS. Colombia 2009-2014..... 186
Gráfica 65. Pregunta "¿Cuál fue la razón de que la EPS le negara algún servicio?". Año 2014..... 194
Gráfica 66. Pregunta "En los últimos 6 meses, para acceder a los servicios de su EPS ha tenido que:". Año 2014. 194
Gráfica 67. Pregunta "¿Cuál es el principal motivo por el que ha pensado en cambiarse de EPS?". Año 2014 204
Gráfica 68. Pregunta "¿Por qué no se ha cambiado de EPS?". Año 2014 205

MAPAS

Mapa 1. Tasa de reintegro de pacientes hospitalizados, reporte de IPS, año 2014.....111
Mapa 2. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, reporte de IPS, año 2014.....115
Mapa 3. Tasa de infección intrahospitalaria, reporte de IPS, año 2014.....124
Mapa 4. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta de médica general, reporte de IPS, año 2014 135
Mapa 5. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medicina interna, reporte de IPS, año 2014 139
Mapa 6. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia, reporte de IPS, año 2014 143
Mapa 7. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría, reporte de IPS, año 2014 147
Mapa 8. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta cirugía general, reporte de IPS, año 2014 151
Mapa 9. Proporción de cancelación de Cirugía Programada, reporte de IPS, año 2014.....157
Mapa 10. Oportunidad en la realización de cirugía programada, reporte de IPS, año 2014.....161
Mapa 11. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología, reporte de IPS, año 2014 167
Mapa 12. Oportunidad en la atención en consultas de urgencias, reporte de IPS, año 2014 172
Mapa 13. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general, reporte de IPS, año 2014 176

Siglas

ACHC	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
AMBEAS	Estudios de eventos adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica OPS/OMS
AIEPI	Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
APC	Cambio porcentual anual
APS	Atención Primaria en Salud
ARL	Aseguradoras de Riesgos Laborales
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASIS	Análisis de Situación de Salud
AVPP	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
BPN	Bajo peso al nacer
CAC	Cuenta de Alto Costo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y del Caribe
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CPC	Constitución Política de Colombia de 1991
DAFP	Departamento Administrativo de la Función Pública
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
EA	Evento Adverso
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
ECHI	European Community Health Indicators (Comunidad Europea de Indicadores en Salud)
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EPS-S	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado

ERC	Enfermedad Renal Crónica
ESE	Empresa Social del Estado
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
IAD	Infecciones Asociadas a Dispositivos
IAMI	Institución Amiga de la Mujer y de la Infancia
IBEAS	Estudio Iberomericano de Efectos Adversos
ICONTEC	Instituto Colombiano de Norma Técnicas y Certificación
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INCAS	Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPM	Índice de Pobreza Multidimensional
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ISO	Organización Internacional de Normalización
ISQUA	International Society for Quality in Health Care
ISTU-AC	Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter
ITS-AC	Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter
IVC	Inspección Vigilancia y Control
JCI	Joint Commission International
MCIT	Ministerio de Comercio Industria y Turismo
MPS	Ministerio de Protección Social
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
NAV	Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OCAS	Observatorio de Calidad de la Atención en Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OES	Organización para la Excelencia en Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional en Salud

OSHAS	Occupational Health and Safety Management Systems
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAMEC	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNMC	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad
POS	Plan Obligatorio de Salud
RC	Régimen Contributivo
RS	Régimen Subsidiado
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RUAF-ND	Registro Único de Afiliados
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SNCA	Subsistema Nacional de Calidad
SNNCM	Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TAR	Terapia Antirretroviral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VVIH	Viviendo con VIH
PVVIH	Personas viviendo con VIH

Presentación

La Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social tiene como una de sus funciones el establecimiento y monitoreo de los indicadores de calidad. En este sentido, durante los últimos años se ha fortalecido el proceso de análisis de la situación de la calidad en salud, en búsqueda del máximo beneficio de la evidencia para la formulación de un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, el cual pretenderá que la calidad de la gestión sea entendida como la forma de asegurar dinámicas permanentes de ajuste, mejora e innovación en todo el Sistema de Salud y Protección Social.

El seguimiento de los indicadores de calidad en la atención de los servicios de salud en Colombia se ha realizado principalmente desde lo definido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad –SOGC–, establecido en el Decreto 1011 de 2006. Más aún, la Resolución 1446 de 2006 reglamentó para el Sistema de Información para la Calidad –SIC– un conjunto de indicadores para Instituciones Prestadoras de Salud –IPS– y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB–, centrados en aspectos relevantes, como i) oportunidad/accesibilidad, ii) calidad técnica, iii) gerencia del riesgo y iv) satisfacción/lealtad. Estos tienen el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad, lo que permite materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sin embargo, los nuevos enfoques de calidad han avanzado, en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino que todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– intervienen en los resultados. De esta manera, los nuevos planteamientos se orientan a modelos de gestión de la excelencia del Sistema en su conjunto.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido superando la "visión medicalizada de la salud" que separa lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo, e impide comprender que la salud no es el producto solo de lo que hace el sector salud, ni mucho menos de lo que hacen los servicios de atención en salud. El objetivo es, entonces, avanzar hacia reconocer que la salud es el resultado del quehacer en conjunto de la sociedad, sus determinantes sociales, sus instituciones y organizaciones públicas y privadas y la interacción, de doble vía, con los ciudadanos y que esta debe ser gestionada de forma inter y transectorial, escapando así al escenario meramente institucional de salud. Esta visión es la plasmada de forma explícita por el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021

El Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 se ha estructurado en cuatro partes: la primera, a través de una síntesis de los resultados; la segunda presenta la metodología utilizada

para la construcción del informe y señala las fuentes utilizadas para el proceso de análisis de la información; la tercera detalla el análisis de los resultados de indicadores de efectividad, seguridad y experiencia de la atención, y, por último, en la cuarta parte se presentan los retos para la calidad en Colombia.

Este informe no pretende hacer una revisión exhaustiva del marco conceptual de la calidad en el país, pero sí muestra, a partir de los indicadores definidos con el Primer Informe Nacional de Calidad INCAS 2009 y de la evolución de los registros de las mediciones, un panorama de la calidad en el país durante el período 2009-2014.

Por último, el presente documento servirá de insumo para el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores –SEA–, que tiene como propósito dar a conocer información relacionada con la gestión del riesgo, programas implementados para la prevención y control de enfermedades, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades en salud pública, así como la calidad de la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a los actores del SGSSS. A su vez, esperamos que este informe oriente el compromiso por el mejoramiento de la calidad en el país y promueva acciones coordinadas para el logro de óptimos resultados en salud.

1. Introducción

A partir del año 2006 y hasta la fecha han sido numerosos los desarrollos normativos y técnicos realizados por este Ministerio que contribuyen al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, los Análisis de Situación en Salud –ASIS–, la disposición de salidas de información de SISPRO, la nueva definición de un modelo de atención integral y la Ley Estatuaria de Salud[1], entre otras, que determinan de manera directa o indirecta la necesidad de redefinir el Sistema de Información para la Calidad.

Para ello, es necesario reconocer la experiencia sobre la conceptualización y monitoreo de la calidad de varias organizaciones internacionales, en especial la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico –OCDE–, que se ha dedicado a la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, con un enfoque importante hacia la medición de la calidad de la atención.

En este orden de ideas, para evaluar el desempeño de un sistema de salud pueden considerarse las dimensiones de Equidad, Eficiencia, Acceso, Costo y Calidad. A su vez, la dimensión de la calidad presenta tres cualidades definidas: i) Efectividad, ii) Seguridad y iii) Experiencia de la atención. Estas últimas se pueden denominar cualidades intrínsecas de la calidad, y hacen parte inherente de los procesos de atención en salud, del aseguramiento y de la gestión del riesgo (Ministerio de Protección Social, 2009).

Tanto la efectividad de la atención como la seguridad corresponden a la dimensión técnica de las atenciones, a diferencia de la experiencia de la atención, que corresponde a la dimensión interpersonal; en consecuencia, la efectividad en salud, en conjunto con la seguridad, pueden determinar la obtención de ciertos resultados en salud. Esto se ve potenciado por una experiencia de la atención percibida como positiva por los usuarios.

En otras palabras, puede entenderse que la efectividad de la atención evalúa si los servicios de salud que se proveen cuentan con los elementos requeridos para que la atención en salud produzca una mejora en el estado de salud de las personas, si la seguridad se enfoca a disminuir los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias y, por último, si la experiencia de la atención centrada en el paciente/usuario reúne una serie de mediciones de las expectativas y necesidades que los usuarios admiten de manera subjetiva como cualidades inherentes y deseables de la atención.

En consecuencia, en el mencionado contexto de formulación estratégica del sector y garantía del derecho a la salud del país, y de evaluación y monitoreo del desempeño y la calidad en el mundo, el

[1] Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social, bajo el liderazgo de la Oficina de Calidad, ha enfocado sus esfuerzos en el desarrollo de una innovadora propuesta para actualizar el Sistema de Información para la Calidad, que pretende una medición de manera sistémica, transversal a los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esto quiere decir, desde la perspectiva de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS–, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios –EAPB–, las Direcciones Territoriales en Salud –DTS– y el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS–, con una relación entre todos los indicadores propuestos y bajo un enfoque común: el logro de óptimos resultados en salud para la población colombiana.

Finalmente, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección construye el *Informe Nacional de Calidad en Salud 2015*, el cual será parte integral de la propuesta de monitoreo de la calidad, acorde con los desafíos actuales y los adelantos normativos y conceptuales del país y del mundo. Este informe incluye un conjunto de indicadores con 52 mediciones específicas, de las cuales 23 corresponden a la dimensión de efectividad con la que se proveen atenciones en el país, 3 mediciones de seguridad del paciente y 26 mediciones de experiencia de las personas en su interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS–. Este informe pretende dar un panorama general de la calidad en salud en el país, para evidenciar no solo los logros en los últimos años sino también las oportunidades sectoriales de mejora. El *Informe Nacional de Calidad en Salud 2015* contiene en la primera parte una síntesis de los resultados de los indicadores y, posteriormente, se concentra en detalle en el comportamiento de cada uno de ellos, para el periodo de análisis 2009-2014.

2. Síntesis de resultados

El Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud – Colombia, 2015 presenta los resultados del análisis de los indicadores que permiten medir la calidad de la atención en salud, y aporta evidencia efectiva y oportuna para realizar una valoración integral de la calidad. Aparte de eso, este informe pretende convertirse en una herramienta de primer orden para promover el fortalecimiento de la gestión de los agentes del sector salud, para gerenciar y orientar la toma de decisiones para el mejoramiento continuo de la calidad en salud para el país.

2.1. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la efectividad de la atención de la salud en Colombia

Las mediciones de este dominio corresponden a efectividad de la atención, las cuales valoran la calidad requerida en los servicios de salud para que la atención produzca una mejora en el estado de salud de las personas. A continuación se presenta la síntesis de los resultados de estos indicadores.

El aumento de la cobertura del control prenatal, acompañado de un mayor número de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud, un incremento en la duración de la lactancia materna y un incremento en las coberturas de vacunación, han permitido que en lo referido a la calidad de la atención materno-infantil en Colombia, la mortalidad de este grupo haya tendido al descenso en el transcurso del tiempo, alcanzando los valores más bajos del decenio; sin embargo, estas muertes son evitables, razón por la cual es necesario continuar enfocando la gerencia de la salud mediante un adecuada intervención del riesgo, que incluya intervenciones preventivas, oportunas y seguras en la población materno infantil.

No obstante, la mortalidad neonatal es un componente de la mortalidad infantil y en Colombia aporta el 62% de las muertes ocurridas antes del año de vida, lo que requiere de una consideración especial en su análisis, incluyendo aspectos individuales y el contexto territorial al cual los niños pertenecen. Dentro de los factores individuales asociados a la mortalidad infantil en Colombia se encuentra el bajo peso al nacer, que ha presentado una tendencia al incremento durante el periodo de análisis de este informe y merece toda la atención sobre las acciones individuales y colectivas destinadas a promover comportamientos apropiados en las actividades sexuales y reproductivas, así como la disminución del tabaquismo durante el embarazo. Por otra parte, el aumento en la proporción de nacimientos por cesárea permite suponer un probable uso inadecuado de la alternativa quirúrgica por parte de los médicos de las IPS y una baja adherencia a las Guías de Práctica Clínica correspondientes.

En este informe hay dos resultados preocupantes que tienen relación directa con la calidad de la atención prenatal y evidencian problemas en la captación temprana de las gestantes, adherencia al control durante el embarazo, diagnóstico de las madres infectadas y tratamiento correspondiente

y acciones implementadas en la atención del parto, entre otras. Se trata de la incidencia de la sífilis congénita y la transmisión materno-infantil de VIH. En Colombia, en el año 2013 el Sistema de Vigilancia Epidemiológica –SIVIGILA– reportó 2,43 casos de sífilis congénita/1.000 nacidos vivos, un valor que es casi cinco veces mayor a la meta establecida por la Organización Panamericana de Salud –OPS–. Más aún, en el año 2008 la OPS proyectó que para el año 2015 se eliminarían de manera simultánea la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita; no obstante, para el 2014 la Cuenta de Alto Costo identificó 14 casos de transmisión materno infantil de VIH, pese a que comparado con otros años este indicador se encuentra disminuyendo.

En lo que respecta a los resultados de las mediciones seleccionadas para valorar la calidad de la atención en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, si bien la prevalencia presenta una tendencia al incremento, los resultados en cobertura de tratamiento antirretroviral son particularmente buenos, lo cual valora la apropiada calidad de la atención en el tratamiento de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Sin embargo, se hace necesario aumentar los esfuerzos en mejorar la prevención y el diagnóstico del VIH/SIDA, continuar la búsqueda en las poblaciones clave, y propender porque las estrategias efectivas se sostengan en el tiempo.

En cuanto a la transmisión de enfermedades por vectores, la letalidad por dengue en Colombia para el año 2013 fue calculada a partir de 3.113 casos reportados de dengue grave y 122.441 de dengue. Dada la magnitud de este evento, es necesario continuar con la implementación de la Guía de atención integral vigente, teniendo en cuenta los grupos de riesgo, la estratificación mencionada en dicha guía, y asegurar el tratamiento adecuado según la fase de enfermedad en la que se encuentre el paciente.

En lo que respecta a las enfermedades crónicas no transmisibles, el análisis de las mediciones seleccionadas muestra en general una tendencia sostenida al incremento: estas enfermedades están generando entre un 71,4% y un 82,4% de la demanda en los servicios de atención en las personas entre 27 y 59 años y los mayores de 60 años, respectivamente. La obesidad es uno de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas y los resultados presentados muestran que, en Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para el año 2010 fue de un 20% mayor que en 2005, al pasar de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas. Se hace necesario el fortalecimiento de las atenciones colectivas e individuales en salud de promoción y prevención frente a este riesgo.

En cuanto a la proporción de pacientes hipertensos controlados de conformidad con la información reportada a la CAC para el periodo 2014, el 56,33% (1.592.488) de los pacientes con Hipertensión Arterial tienen un adecuado control de las cifras tensionales; de estos, en el régimen contributivo se presentan como controlados el 67,17%; en el régimen subsidiado, el 35,93%, y en las fuerzas

militares, el 2,31%. Cobra relevancia el reporte del conjunto de mediciones para la prevención y el tratamiento de enfermedad coronaria y otras afecciones cardiacas y vasculares, ya que son una de las principales causas de muerte en la población general y representaron para el período 2005-2012 el 16,01% de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP–.

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente: de acuerdo con las cifras presentadas en este informe, en el país 104 personas fallecen cada día por esta enfermedad. Este resultado es una combinación de factores que incluye malos hábitos de la población, como el consumo de tabaco, el sobrepeso, la poca ingesta de frutas y verduras y el exceso de comidas rápidas, bebidas azucaradas y alcohol. Es necesario continuar con el desarrollo de estrategias de prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y en la efectividad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y el negativo desarrollo social.

En la actualidad, el sistema de información para el cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata, la leucemia linfoide aguda, la leucemia mieloide aguda, el linfoma Hodking y no Hodking se encuentra en fase de desarrollo y fortalecimiento, razón por la cual los agentes del sistema deben redoblar esfuerzos para realizar el registro de la información de manera efectiva.

Finalmente, para la medición de la efectividad global en la atención en salud, en las instituciones prestadoras de servicios de salud con servicios de hospitalización, este informe selecciona dos indicadores: proporción de reingreso de pacientes hospitalizados y tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas. En cuanto a la proporción de reingreso hospitalario medida en Colombia, en los últimos ocho años se encuentra una tendencia decreciente, al pasar de 1,82% en 2009 a 1,35% en 2014; sin embargo, esta tendencia no ha sido estable. Es necesario que las instituciones hospitalarias continúen con estrategias que les permitan identificar factores en las personas con mayor riesgo de reingreso y diseñar intervenciones más efectivas y sostenidas en el tiempo, para el seguimiento de los pacientes una vez son dados de alta.

En lo que se refiere a la tasa de mortalidad intrahospitalaria, no está de más aclarar que este es un indicador que requiere, por parte de las IPS, un ajuste por riesgo (edad, sexo, diagnóstico y estado del paciente al momento de la admisión). Aun así, el indicador ha tenido una tendencia decreciente, al pasar de una tasa de mortalidad de 14,2 en 2009 a una tasa de 13,1 en 2014. Con el objetivo de buscar una disminución en la mortalidad intrahospitalaria, es necesario continuar con la mejora de los procesos asistenciales, incrementar la adherencia a las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia científica y continuar con el ajuste por riesgo del indicador.

2.2. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la seguridad de la atención en Colombia

La seguridad de la atención en Colombia ha tenido un gran desarrollo en lo que respecta a la seguridad de paciente, aunque no hay que desconocer que el país hace varios años ha incorporado cambios en sus políticas, destinación de recursos y puesto en marcha acciones de diversa índole para mejorar la seguridad de los hospitales ante los desastres. Más aún, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 presenta el concepto de seguridad humana, el cual plantea un énfasis en la seguridad que trasciende hacia la población para la búsqueda de un desarrollo humano sostenible y sustentable.

Entre los años 2007-2009 se realizó el estudio IBEAS para estimar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica 2007-2009. Este estudio, realizado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), estuvo dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS en colaboración con los ministerios de los países seleccionados y la OPS. Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados, en quienes se determinó la prevalencia de eventos adversos. La proporción de pacientes en los que se identificó al menos una alerta de la guía de cribado fue de un 33,9%. De los 3.853 pacientes estudiados con mayor profundidad, en 1.793 se consideró que no ocurrió ningún suceso de interés, en 306 solo se detectó un incidente y en 1.754, alguna lesión o complicación. De estos, en 1.191 se identificó al menos una lesión que fue juzgada por el revisor como más relacionada con la asistencia que con la vulnerabilidad del propio paciente, por lo que la prevalencia de pacientes con al menos un EA fue de 10,5%. La prevalencia encontrada en el estudio IBEAS 2009 para Colombia fue de 11,6%.

Por otro lado, el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, presentó en el 2008 los lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad de Pacientes, con el fin de orientar acciones hacia la búsqueda de la seguridad de pacientes en los temas de prevención, detección y gestión de incidentes y eventos adversos.

La vigilancia de las Infecciones asociadas a los dispositivos médicos –IAD– en las Unidades de Cuidado Intensivo, realizada por el Instituto Nacional de Salud a través de un sistema informático (aplicativo web), ha contribuido a aumentar la integridad de la información, mejorar la oportunidad de la notificación y la calidad del proceso de obtención de los datos; por consiguiente, es sin duda uno de los primeros acercamientos a nivel nacional sobre la problemática de las IAAS.

En relación con los datos derivados de la vigilancia, durante el 2013 se notificaron un total de 4.485 casos de IAD en las UCI vigiladas, 1.304.527 días dispositivos y 1.054.160 días pacientes. Al realizar el análisis de las tasas de densidad de incidencia globales de las IAD en el 2013, se observó

que la NAV ocupa el primer lugar, con 3,7 casos por 1.000 días ventilador mecánico, seguido de las ISTU-AC, con 3,5 casos por 1.000 días catéter urinario, e ITS-AC con 3,2 casos por 1.000 días catéter central. En contraste con el estudio realizado por la Comunidad Científica Internacional de Control de Infecciones Nosocomiales –INICC–, se observan datos similares en cuanto al orden de ocurrencia pero se reportan cifras inferiores sobre la situación de IAD en servicios UCI de varios países en vía de desarrollo de Latinoamérica, Europa y Asia, así como los sistemas de vigilancia de IAAS de países como Brasil, Chile y Uruguay.

En cuanto a los datos obtenidos por el sistema de información para la calidad del MSPS, para el periodo entre los años 2009 y 2014, la Tasa de Infección Intrahospitalaria ha fluctuado entre 1,35% y 0,83% del total de egresos, manteniendo una tendencia decreciente. Es importante lograr una articulación entre las mediciones actuales y continuar con el proceso de implementación y fortalecimiento de la vigilancia de estos eventos en el país, ampliando su cobertura y los eventos a vigilar.

Hay aún mucho camino por recorrer en Colombia en el desarrollo de las mediciones de este dominio, más aun cuando se actualizaron 21 paquetes instruccionales que conducen la operación de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes y que sin duda permitirán incluir mediciones alrededor de aspectos relacionados con la seguridad en la utilización de medicamentos, la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, la seguridad en los procedimientos quirúrgicos, la prevención de úlceras por presión, la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales y las complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, entre otros.

A partir de los resultados de la medición de la gestión del evento adverso, se advierte la necesidad de continuar fortaleciendo todas las medidas que giren alrededor de la seguridad del paciente, no solo desde el ámbito hospitalario, sino que es preciso ampliar su alcance al ámbito ambulatorio.

La construcción de una cultura de seguridad en el paciente ha tenido esfuerzos importantes por parte de todas las IPS, los cuales se ven reflejados en la adopción de múltiples estrategias y el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios de calidad en las instituciones; sin embargo, el reporte extra institucional propuesto en los lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, como un sistema de reporte voluntario del evento adverso y su manejo, no ha sido utilizado en el nivel esperado por los diferentes agentes del SGSSS. Se espera que a partir de la actualización del sistema de monitoreo de la calidad en el país, se cuente con fuentes de información sólidas que permitan un mejor análisis de las fallas y las acciones de mejoramiento adoptadas por los agentes del sistema, para que éstas a su vez puedan ser referenciadas.

2.3. Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la experiencia de la atención en Colombia

Una parte de las mediciones de este dominio tiene representación en los datos reportados por las IPS y EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, en cuanto a los indicadores establecidos por la Resolución 1446 de 2006. La otra parte del análisis proviene de la información procesada a partir de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS, aplicada a los usuarios de las EPS. La intención de estas mediciones es hacer una aproximación al conjunto de atributos que los usuarios identifican de la experiencia de la atención, para el logro de la satisfacción de sus expectativas.

2.3.1 Oportunidad de la atención en salud

La experiencia de los usuarios en relación con la oportunidad de la asignación de citas se valoró mediante mediciones objetivas principalmente correspondientes a los datos reportados por las IPS y las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud.

El tiempo de espera para la asignación de cita por medicina general para el período 2009-2014 en las IPS presentó una leve tendencia al incremento: pasó de 2,55 a 2,72 días. No obstante, este mismo indicador reportado por las EPS, para el mismo periodo, pasó de 2,67 días a 2,57 días. Pese a ello, ambos indicadores han permanecido, en la mayoría de los periodos analizados, por debajo de un tiempo de espera de 3 días.

En cuanto al tiempo de espera para las citas con médico especialista reportados por las IPS y EPS presenta un comportamiento distinto. El agregado nacional del tiempo de espera para la asignación de una cita de medicina interna, reportado por las IPS, presentó una tendencia al incremento durante el periodo 2009-2014, al pasar de 7,75 días a 12,11 días; las EPS reportaron para el mismo periodo un incremento en el tiempo de espera para la asignación de citas en medicina interna, al pasar de 9,5 días a 12,4 días.

También se observó que el tiempo de espera para la asignación de cita en Ginecobstetricia, reportado por las IPS, en el periodo 2009-2014 presentó un leve incremento, al pasar de 2,55 días a 2,72 días. No obstante, de acuerdo con lo reportado por las EPS durante el mismo período, este tiempo de espera ha permanecido estable: en 2009 fue de 7,94 días y en 2014 fue de 7,95 días.

En Pediatría, el tiempo de espera reportado por las IPS en la asignación de citas durante el período 2009-2014, presentó un incremento, al pasar de 5,18 días a 7,55 días. Según lo reportado por las EPS

durante el mismo periodo, este tiempo de espera ha presentado una tendencia estable: tanto en 2009 como para 2014 fue reportado en 6,56 días.

Por otra parte, es importante analizar el tiempo de espera en la asignación de citas de Cirugía General con el tiempo de espera para la programación de la cirugía, ya que para el caso del abordaje de una patología quirúrgica, es útil la revisión de estos dos tiempos en conjunto.

De acuerdo con lo reportado por las IPS, el tiempo de espera en la asignación de citas de Cirugía General ha presentado un incremento, al pasar de 5,18 días en 2009 a 10,33 días en 2014; de igual forma, el tiempo de espera para la programación de cirugía ambulatoria, reportado por las IPS, para el mismo período, presentó un incremento, al pasar de 11,03 días a 14,15 días. Por otro lado, del total de las cirugías programadas en el 2014, el 6,13% fueron canceladas por causas institucionales. Por tal razón se deben fortalecer los procesos que giran alrededor de la programación de la cirugía y el seguimiento al uso de capacidad instalada.

En cuanto al tiempo de espera para la asignación de citas por Cirugía General reportado por las EPS, se observa que ha presentado también un incremento en el periodo analizado: pasó de 6,84 días a 9,21 días.

En cuanto al tiempo de espera de asignación de citas por Odontología General para el período 2009-2014 reportado por las IPS, ha disminuido, al pasar de 4 días a 2,78 días. Según lo reportado por las EPS durante el mismo periodo, este tiempo de espera también ha disminuido: pasó de 4,88 días a 2,45 días.

El tiempo de espera en la atención de consulta de Urgencias es un indicador reportado por las IPS. Durante el período 2009-2014 se presentó un incremento: pasó de 28,71 minutos a 32,61 minutos. Este incremento en el tiempo de espera podría estar relacionado con factores como mayor demanda de la población a los servicios de urgencia por tiempos de espera prolongados en consulta ambulatoria, insuficiencia de capacidad instalada, baja disponibilidad de servicios de telemedicina, entre otros.

El tiempo de espera en la atención en los servicios de Imagenología para el período 2009-2014 y de acuerdo con lo reportado por las IPS, presentó un incremento: pasó de 2,71 días a 4,38 días. Sin embargo, según lo reportado por las EPS durante el mismo periodo, este tiempo de espera ha presentado una tendencia estable: en 2009 estuvo en 3,36 días y para 2014 fue reportado en 3,21 días.

Para concluir, la mayoría de tiempos de espera dentro del periodo observado 2009-2014 aumentaron y dado esto es necesario orientar los tiempos mínimos de espera más hacia ciertas atenciones

trazadoras para las cuales hay evidencia de que el tiempo de espera puede tener un impacto negativo sobre el estado de salud del paciente.

De acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2013-2014, la mayoría de los usuarios encuestados se encuentran inconformes con los tiempos de espera. En 2014, esta mala percepción de los tiempos de espera es particularmente fuerte para medicina especializada, con apenas un 23% de favorabilidad; cirugía, 36%, y radiografía e imágenes diagnósticas, 37%. No obstante, hubo un progreso significativo en el indicador para medicina general y especializada entre 2013 y 2014. A grandes rasgos, la percepción de favorabilidad del Régimen Subsidiado es superior al Régimen Contributivo.

2.3.2. Acceso a los servicios de atención en salud

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA– dispuestos en el cubo BDUA de SISPRO, para noviembre de 2014 la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Colombia fue de 91,55% (43.636.178). El 46,97% (22.385.208) son mujeres y el 44,59% (21.250.970), hombres. Entre 2009 y 2014, la cobertura de afiliación se incrementó en 5,45 puntos porcentuales: 2,35 para las mujeres y 3,10 para los hombres, y aunque durante el periodo se observa la existencia de una brecha entre sexos, esta se ha cerrado gradualmente en el transcurso del tiempo.

Para el 2014, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54%, lo que indica que el 46% de los usuarios consideraron difícil acceder a los servicios de salud de su EPS. A pesar de esto, el indicador mejoró un 11% con respecto al año anterior. En cuanto a la proporción de personas que reportaron que la EPS les negó un servicio, se redujo a la mitad entre 2013 y 2014: esta negación de servicios disminuyó, al pasar del 11% al 5%. El número de servicios negados por la EPS para los dos años, en que la encuesta fue aplicada, fue superior para el Régimen Contributivo. Dentro de las principales razones por las que la EPS les negó un servicio estuvieron la no disponibilidad del recurso, con 36,46%; el servicio no incluido en el POS, 29,02%, y la no contratación con el prestador, 22,16%. Es importante mencionar que la población encuestada en 2014 refirió que tan solo el 1,06% recurrieron a una tutela para acceder a los servicios de salud; el 0,98%, a derechos de petición, y el 0,54%, a otro trámite.

2.3.3. Trato e información recibida y participación durante la atención en salud

De acuerdo con la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS 2013-2014, el 80% de los usuarios encuestados en 2014 se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS; en el caso del personal asistencial, la percepción de buen trato fue de 85%.

Para el personal administrativo no hubo una diferencia significativa entre los años 2013 y 2014, mientras que para el asistencial disminuyó el indicador.

En general, la mayoría de los usuarios manifestaron no recibir información de la EPS. Por ejemplo, solo el 10% recibió información sobre el desempeño de la EPS en 2014; 19%, información de copagos y cuotas moderadoras, y 33%, sobre sus derechos y deberes. A pesar de lo anterior, entre 2013 y 2014 hubo un progreso significativo en este indicador.

Con respecto a la calidad de dicha información, los usuarios que recibieron la información manifestaron una alta calidad de la misma. La puntuación más baja fue la información sobre el desempeño de la EPS.

En relación con el uso de la información recibida, los puntajes más bajos se encuentran en el desempeño de la EPS y los derechos y deberes. En el primer caso, solo el 65% la ha utilizado y para el segundo caso, un 70%.

En cuanto a la proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad, la población encuestada refiere que la solución dada por la EPS fue "buena" o "muy buena". El 25% de los usuarios no encontraron satisfactoria la solución recibida por su EPS.

Alrededor de 86% y 88% de los encuestados percibieron que de llegar a estar enfermos podrán acceder oportunamente a los servicios de salud ofrecidos por la EPS.

2.3.4. Satisfacción global frente a la atención

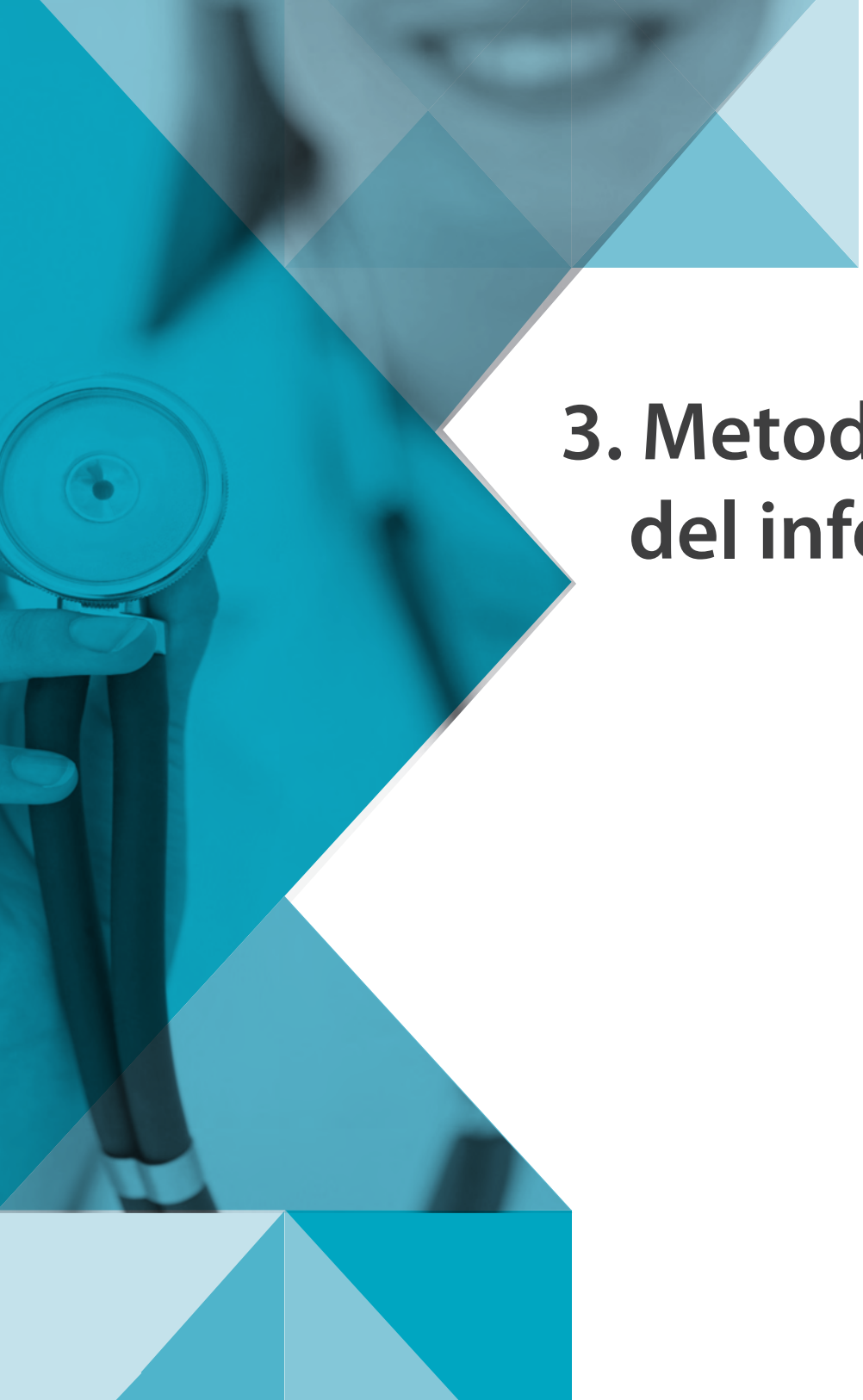
La percepción global con la EPS fue de 68% en 2013 y de 70%, en 2014. Esto significa que, a grandes rasgos, un 30% de los usuarios tienen una percepción negativa de los servicios de salud. La tendencia de los valores de satisfacción en EPS se mantiene estable en el periodo evaluado y con poca variabilidad, salvo para los programas de promoción de la salud y prevención. En general, la satisfacción global fue más alta para el Régimen Subsidiado que para el Régimen Contributivo.

2.3.5 Valoración final de la atención

La valoración final de los usuarios de la EPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla fue muy buena: el 82,9% de los encuestados en 2014 recomendaría a sus familiares

y amigos afiliarse a su EPS. En ambos regímenes de salud aumentó el porcentaje de personas que estarían dispuestas a recomendar su EPS; pero este porcentaje es significativamente mayor en el Régimen Subsidiado. Adicionalmente el 86,7% de los encuestados no ha pensado en cambiarse de EPS. Este indicador mejoró entre 2013 y 2014, principalmente por el servicio percibido por los afiliados al Régimen Subsidiado. Sin embargo, para las personas que sí pensaron cambiarse de EPS, los principales motivos de querer el cambio de EPS son: demasiadas demoras para recibir los servicios, la falta de respuestas efectivas ante sus problemas de salud, 22,02%, y el cambio en la calidad de la atención ofrecida por la EPS.

Esta mayor satisfacción global de los usuarios del régimen subsidiado con sus EPS, contrasta con los traslados efectivos de sus EPS. Se evidencia en los reportes de las EPS entre los años 2009 y 2014 que hacen parte del sistema de información para la calidad del MSPS, una mayor proporción de traslados en lo usuarios del régimen subsidiado, donde alcanza el 2,55%, frente el contributivo con el 1,3%. Por lo anterior se hace necesario diseñar mediciones sobre percepción de intención de traslado, aunque no se haya hecho efectivo.



3. Metodología del informe

E.S.E.
Hospital San Ale Mitta

La metodología del informe Nacional de Calidad en Salud consta de cinco componentes: i) metodología de la síntesis del Análisis de la Situación de la Salud en Colombia; ii) metodología de los indicadores que conciernen a EPS; iii) metodología de indicadores que conciernen a IPS, y iv) metodología de indicadores que conciernen a la percepción del usuario.

3.1. Selección de indicadores

Para este segundo Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, se dio continuidad a los indicadores seleccionados en el primer informe (INCAS 2009). Además, se adicionaron indicadores que la nueva disponibilidad de información permitió analizar. Por ejemplo, el *Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado*, que realizó la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social durante 2014 permitió indagar sobre la percepción de los usuarios con representatividad de 22,5 millones de usuarios de EPS. Cabe resaltar que los indicadores se encuentran aglomerados en tres grandes grupos de la calidad de la atención en salud: i) efectividad de las atenciones en salud, ii) seguridad del paciente y iii) experiencia de atención de los usuarios.

3.2. Metodología de la síntesis del Análisis de la Situación de la Salud en Colombia

El Análisis de Situación de Salud –ASIS– de Colombia se construyó con la información disponible en las fuentes oficiales hasta septiembre de 2014, en el primer caso, y hasta diciembre de 2014, para el segundo caso, entendiendo los rezagos de información propios de cada base de datos consultada.

Para el análisis demográfico, el ASIS 2014 utilizó las estimaciones y proyecciones censales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE– y los indicadores demográficos dispuestos por esta institución en su página web: www.dane.gov.co .

Asimismo, el ASIS 2014 consultó el Registro Único de Víctimas –RUV– dispuesto en el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social a través del cubo de víctimas del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo corte de información es agosto de 2014, y el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad, con fecha de corte a agosto de 2014.

Para el análisis de los efectos de salud y sus determinantes, se emplearon los datos de estadísticas vitales provenientes del DANE para el periodo comprendido entre 2005 y 2012; para la morbilidad atendida se utilizaron los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud –RIPS– para el periodo entre 2009 y 2013 (parcial).

La información sobre eventos de interés en salud pública proviene del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública –Sivigila– entre 2007 y 2012; y la de eventos de alto costo, de la Cuenta de Alto Costo disponible entre 2008 y 2013. Adicionalmente, se incluyó información resultante de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Encuesta Nacional de Situación Nutricional –ENSIN–, Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas 2013, y los informes de Medicina Legal y Ciencias Forenses –Forensis–.

Para el análisis de los determinantes intermediarios de la salud y los estructurales de las inequidades de salud se incluyó principalmente información derivada del Ministerio de Educación Nacional –MEN–, del Departamento Nacional de Planeación –DNP– y del DANE. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel, Epidat 4,0, SPSS 18, Joinpoint y ADePT.

Con la utilización de estadística descriptiva se hizo una aproximación a la distribución de los datos, tendencia central y dispersión. Las tasas de mortalidad se ajustaron por edad mediante el método directo, tomando como población de referencia la propuesta por la Organización Mundial de la Salud –OMS– (World Health Organization, 2010). Como agrupador de causas se usó la lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 propuesta por la Organización Panamericana de la Salud –OPS–, que recoge en seis grandes grupos y un residual de 67 subgrupos de diagnósticos agrupados según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE10: signos, síntomas y estados morbosos mal definidos; enfermedades transmisibles; tumores (neoplasias); enfermedades del aparato circulatorio; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; causas externas de traumatismos y envenenamientos, y las demás enfermedades (OMS, 2002).

Se calculó también la carga de la mortalidad mediante la categoría Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP–, para las grandes causas de mortalidad. Se analizó la tendencia de los indicadores con el método de regresión *Joinpoint*, y se describieron los eventos trazadores de la mortalidad materno-infantil y en la niñez: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil; tasa de mortalidad, tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA–, tasa de mortalidad por Infección Respiratoria Aguda –IRA–, tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años.

El análisis de las causas de mortalidad infantil se efectuó de acuerdo con la lista de tabulación para la mortalidad infantil y del niño, que agrupa 67 subgrupos de causas de muerte en 16 grandes categorías: ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias; tumores (neoplasias); enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas; enfermedades del sistema nervioso; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides; enfermedades del sistema circulato-

rio; enfermedades del sistema respiratorio; enfermedades del sistema digestivo; enfermedades del sistema genitourinario; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal; malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas; signos, síntomas y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte; causas externas de morbilidad y mortalidad; síndrome respiratorio agudograve –SRAG–, y todas las demás enfermedades. Se construyeron tasas específicas para los menores de un año, usando como denominador los nacidos vivos, para los niños entre 1 y 4 años, utilizando la población entre 1 y 4 años, y para los menores de cinco empleando la población menor de 5 años.

Para cada indicador incluido en el ASIS se aplicaron métodos de análisis de desigualdad básicos e intermedios, como diferencias absolutas y relativas, riesgos atribuibles poblacionales, índices de desproporcionalidad e índices de disimilitud.

3.3. Metodología indicadores concernientes a EPS

El análisis de los indicadores de calidad para las EPS consta de 4 partes: i) evolución del indicador agregado para toda Colombia y por régimen de seguridad social; ii) el indicador actual por EPS del Régimen Subsidiado; iii) el indicador actual por EPS del Régimen Contributivo, y iv) comparación internacional del indicador para Colombia. Cabe resaltar que este análisis depende de la disponibilidad de información del indicador.

Adicionalmente, las fuentes de información para la construcción de los indicadores se resumen en la Tabla 1 y Tabla 2. Es importante señalar que en algunos de los indicadores de efectividad que se tomaron de SISPRO se observan valores que sobrepasan la unidad de medida, y esto se debe a que el numerador es mayor que el denominador. Si los casos reportados son mayores al número de población según BDUA, el indicador será superior a la unidad de medida. Además, la periodicidad de los datos coleccionados difiere en cada indicador, dependiendo de la disponibilidad de los mismos. Esta no homogeneidad de tiempo en los datos utilizados está condicionada entonces por la disponibilidad y naturaleza de la información para cada indicador.

Tabla 1. Fuentes de información INCAS 2015

Entidad	Nombre de la fuente
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social	DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social	Observatorio Nacional de Cáncer
INS - Instituto Nacional de Salud SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social	SIVIGILA- Sistema de vigilancia en salud pública
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social	PAI - Programa ampliado de inmunizaciones
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social	ASIS, 2014 - Análisis de situación de Salud, Colombia 2014
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social	SNS - Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de información para la calidad. Resolución MSPS 1446/06. Indicadores del nivel de monitoría del sistema.
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social	Oficina de Calidad. Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social CAC - Cuenta de Alto Costo	Registro de pacientes VIH - Resolución 4725 de 2011
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social CAC - Cuenta de Alto Costo	Registro de Enfermedad Renal Crónica- Resolución 4700 de 2008. Cuenta de Alto Costo
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social	Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria	REPS- Registro Especial de prestadores de Servicios de Salud
MSPS - Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO - Sistema Integral de Información de la Protección Social	Registro único de Afiliados, Módulo de Nacimientos y Defunciones - RUAFND

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Fuentes de información para los datos de comparación internacional

Entidad	Nombre de la fuente
Organización Mundial de la Salud	WHO Statistical Information System (WHOSIS)
UNICEF	Estado Mundial de la Infancia 2014 en cifras
Organización Mundial de la Salud	Cancer Mortality Data base
Organización Panamericana de la Salud	PAHO

Fuente: Elaboración propia.

3.4. Metodología indicadores concernientes a IPS

El análisis de los indicadores de calidad objetivos de IPS consta de 5 partes: i) evolución del indicador agregado para toda Colombia en el periodo 2009 a 2014; ii) evolución de indicador por departamento en el periodo 2009 a 2014; iii) referenciación del indicador en 2014 a nivel departamental; iv) tabla con estadísticas descriptivas de indicador a nivel de IPS y una estimación del universo de IPS que debieron reportar el indicador, y v) figura que indica el porcentaje de IPS activas en 2014 que tienen una tendencia positiva en el indicador.

Los indicadores utilizados se obtuvieron de la base de datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social –SISPRO–, base que agrupa la información de RUAF, RIPS, PILA, SIHO, SGD, SISMED, entre otros. Por su parte, la estimación del número de IPS que debieron reportar el indicador (el universo) se desarrolló consultando las siguientes bases de datos:

Tabla 3. Consultas para cálculo del universo

Indicador	Base de datos	Consulta
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Medicina General
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Medicina Interna (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Medicina Interna
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Ginecobstetricia

Pasa...

Continuación. Consultas para cálculo del universo

Indicador	Base de datos	Consulta
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Pediatría (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Pediatría
Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Cirugía General (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Cirugía General
Oportunidad en la atención en Consultas de Urgencias (IPS)	REPS	IPS que prestan algún servicio de urgencias
Oportunidad en la atención en Servicios de Imagenología (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de Radiología e imágenes diagnósticas o ultrasonido
Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (IPS)	REPS	IPS que prestan el servicio de odontología general
Oportunidad en la realización de Cirugía Programada (IPS)	REPS	IPS con capacidad instalada de Quirófanos sin incluir partos
Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	SISPRO	IPS que presentan egresos hospitalarios
Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	SISPRO	IPS que presentan egresos hospitalarios
Tasa de infección intrahospitalaria	SISPRO	IPS que presentan egresos hospitalarios

Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo de la tendencia, se corrieron regresiones por IPS y por Indicador de la siguiente manera: $Indicador_t = \beta_0 + \beta_1 t + \epsilon_i$. Donde indicador $Indicador_t$ es el indicador en el año t para alguna de las IPS, y t es el año. Una vez se estima la regresión por MCO se dice que la tendencia del indicador es positiva si $\beta_1 > 0$. De esta manera los diagramas indican el porcentaje de las IPS que reportaron el indicador en 2014 con $\beta_1 > 0$.

3.5. Metodología indicadores concernientes a percepción del usuario

El análisis de los indicadores de percepción de calidad consiste en dos partes: primero, la definición del indicador y cómo se construye, y la elaboración de una tabla de estadísticas descriptivas. Con respecto al primero, la mayoría de las variables analizadas son categóricas, por lo que resulta conveniente definir un indicador que aglomere la información de la variable. De esta manera, en lugar

de reportar las frecuencias asociadas por ejemplo a: “muy malo”, “malo”, “regular”, “bueno” y “muy bueno”, la definición de un indicador permite resumir esta información en un solo número. Por ejemplo, el 87% de los encuestados reportaron “bueno” y “muy bueno”. Esto es conveniente, porque posibilita comparar la evolución de la percepción de calidad en el tiempo y además permite realizar pruebas econométricas para determinar si las diferencias son estadísticamente significativas. Además, aglomerar la información de esta manera permite homologar los cuestionarios de diferentes encuestas con mayor facilidad.

El segundo componente es la elaboración de una tabla de estadísticas descriptivas del indicador. Estas tablas muestran: el o los indicadores para 2013 y 2014, para todos los encuestados y discriminados por pertenencia al Régimen Subsidiado –RS– o al Régimen Contributivo –RC–, y la mediana de la variable para cada uno de estos casos –se utiliza la mediana porque las variables son ordinales. Asimismo, se presentan las diferencias del indicador entre años y entre regímenes. Las estrellas que acompañan estas diferencias son la significancia de la prueba de hipótesis: *** indica significativo al 1%; **, al 5%, y *, al 10%. Es importante resaltar que la prueba de hipótesis mostrada es el resultado de una regresión por mínimos cuadrados ordinarios del indicador (una variable binaria) en función de las variables dicótomas de año o de régimen de seguridad social según corresponda –este procedimiento se realizó de esta manera por la facilidad de interpretación de los coeficientes. Para controlar la heteroscedasticidad se utilizaron errores robustos. Además, para algunos indicadores se mostrarán diagramas de barras con información relevante.

La fuente de los indicadores es el *Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado*, que realizó la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social en 2013 y 2014.

4. Síntesis del Análisis de la Situación de la Salud en Colombia

Como un aporte para la comprensión de las condiciones de la salud en Colombia, en la medida en que soporta el análisis de la calidad de la atención a los usuarios, presentamos algunos segmentos del documento *Análisis de la Situación de Salud Colombia, 2014*, elaborado por la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Análisis de la Situación de Salud –ASIS– se define como una metodología analítico-sintética que comprende diversos tipos de estudios, tanto descriptivos como analíticos, que permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de la población en su territorio, incluyendo los daños, riesgos y los determinantes de la salud que los generan (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El ASIS 2014 evidencia las desigualdades que causan los determinantes sociales de la salud en las vidas de los colombianos, y representa un importante avance en la disponibilidad de información analizada para la toma de decisiones en el país.

En la actualidad, el proceso de Análisis de Situación de Salud se realiza en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal. Goza de una metodología definida y difundida entre las entidades territoriales por medio de la *Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*, cuya aplicación ha permitido avanzar de manera exitosa en la identificación de los principales efectos en salud por considerar durante el Proceso de Planeación Integral en Salud, entendido como "el conjunto de procesos relacionados entre sí, vinculados al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, que permiten definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y control del Plan Territorial de Salud".

Tomando en consideración lo expuesto, el Análisis de Situación en Salud en Colombia permite poner en perspectiva que algunos de los resultados en salud son consecuencia también de un conjunto de condiciones externas a los sistemas de salud, que escapan de la competencia del sector.

Por otra parte, se constituye en un marco de análisis previo al análisis descriptivo de los resultados de los indicadores seleccionados para la evaluación de la calidad de la atención, en el Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS–.

En armonía con lo anterior, el primer acápite contiene: i) contexto demográfico; ii) abordaje de los determinantes sociales de la salud: determinantes intermediarios de la salud y determinantes estructurales; iii) análisis de los efectos en la salud que hacen referencia a morbilidad atendida por ciclo vital, mortalidad por grandes causas y mortalidad materna y, finalmente, iv) se presentan algunas de las conclusiones del ASIS Colombia 2014.

4.1. Contexto demográfico

4.1.1. Volumen poblacional

En 2014, Colombia cuenta con 47.661.787 habitantes y es un 10% (4.773.195 habitantes) más poblado que en 2005; el 49,37% (23.531.670) de la población son hombres y el restante 50,63% (24.130.117), mujeres. La relación hombre/mujer se ha mantenido estable entre 2005 y 2014: por cada 100 mujeres hay 97,52 hombres (ídem).

Por sus características físicas, Colombia presenta diferentes patrones de poblamiento. Las tres cordilleras de la región Andina –con alturas menores a los 3.000 m. s. n. m en los altiplanos de Ipiales, Túquerres, Pasto y cundiboyacense– tienen la mayor concentración poblacional, y los valles interandinos, principalmente de los ríos Cauca y Magdalena, así como Cartagena, Barranquilla, Santa Marta, Riohacha, Sincelejo y Montería, constituyen núcleos centrales de población de la región costera del Caribe. La cordillera Oriental, que se extiende desde el Nudo de Almaguer en el sur, hasta La Guajira en el norte, es la más poblada. El altiplano cundiboyacense se destaca por su densidad demográfica, pues incluye el dominio del Distrito Capital de Bogotá, la ciudad más populosa del país. La región Oriental es la menos habitada; se destaca el eje de poblamiento del piedemonte, colonizado, poblado y urbanizado a partir de los Andes (ídem).

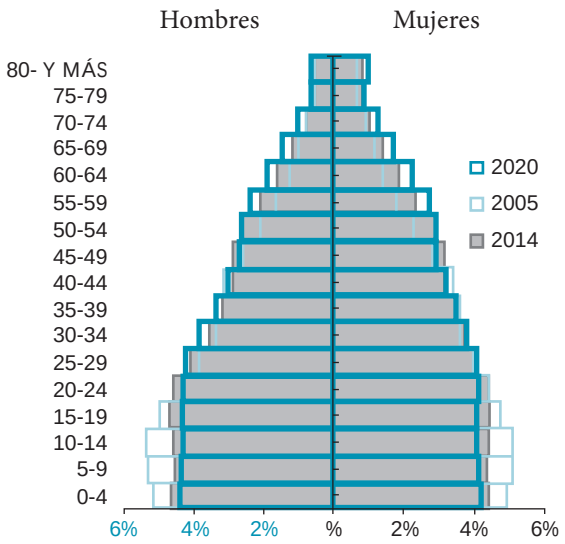
4.1.2. Estructura poblacional

América Latina y el Caribe han entrado en la segunda fase de transición demográfica, caracterizada por el descenso vertiginoso de las tasa de natalidad hasta equiparar valores reducidos junto con la mortalidad; como consecuencia, los países de la región están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad, con una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Se estima que la tasa global de fecundidad disminuya de 5,9 hijos por mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que en este periodo la esperanza de vida pase de 51,8 años a 79,6 y que la mortalidad infantil pase de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reduzca en un 22%, la población entre15 y 59 años aumente en un 4% y la población mayor de 60 años crezca en un 18% (ídem).

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2014, comparado con el año 2005; los grupos de edad en los que hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en

la mortalidad (Gráfica 1). Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas (ídem).

Gráfica 1. Pirámide poblacional



Fuente: ASIS 2014. MSPS. DANE, Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a 30 de junio de 2012.

4.1.3. Fecundidad

En Colombia, las tasas de fecundidad muestran una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que para 2020 sigan disminuyendo. Se estima que para el quinquenio 2010-2015 en promedio cada mujer en edad reproductiva tenga 2,35 hijos, lo cual representa una disminución del 30% en la tasa global de fecundidad o la reducción en casi un hijo por mujer con respecto a 2005, distando poco de la estimación de 1,9 hijos por mujer para los países de ingresos medianos altos (ídem).

Los departamentos con tasas de fecundidad por encima de tres hijos por mujer para el quinquenio 2010-2015 son Arauca, Chocó, La Guajira, Putumayo, Magdalena y la región Amazónica; por su parte, Bogotá muestra tasas menores a dos hijos por mujer.

La alta fecundidad y los embarazos en adolescentes han sido asociados con condiciones de pobreza, siendo más altas en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas. Para 2012, el 50% de la población con más necesidades básicas insatisfechas concentró el 55% de la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años (ídem).

4.1.4. Natalidad

La tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente. Entre los quinquenios 1985-1990 y 2010-2015, se proyecta que la tasa bruta pase de 28,80 a 18,88. Esto significa una reducción de 9,92 nacimientos por cada mil habitantes. Entre 2005 y 2012 se produjeron en promedio 694.483 nacimientos anuales. El 75% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 30 años, el 23,29% en menores de 19 años, y el 0,95% en menores de 15 años (ídem).

Por departamentos, se espera que entre 2010 y 2015 las tasas brutas de natalidad oscilen entre 15,87 y 29,35 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes, con una mediana de 20,65. El 25% tiene tasas superiores a 23,04, y se ubican en el último decil (28,12): La Guajira (29,35), Chocó (29,27) y la Amazonía (29,14). El 25% de los departamentos tienen tasas inferiores a 23,04, y se encuentran en el decil más bajo (16,58): Bogotá (15,87), Valle del Cauca (16,44) y Risaralda (16,47) (ídem).

4.1.5. Esperanza de vida

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2010 y 2015 se espera un incremento de 1,22 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexo se observa que la esperanza de vida es más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2010-2015 se espera un incremento de 1,03 y 1,40 años, respectivamente, con una ganancia media anual de 0,28 años en los hombres y 0,21 años en las mujeres (ídem).

Para el quinquenio 2010-2015 se estima que en el Distrito de Bogotá la esperanza de vida en los hombres sea de 75,94 años, y que represente la más alta del país, seguida de los departamentos de Atlántico y Boyacá, con 72,82 y 72,72 años, respectivamente. En las mujeres, Bogotá también tiene la esperanza de vida más alta del país, de 80,19 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 79,96 y 79,29 años, respectivamente (ídem).

4.2. Análisis de los efectos de salud

4.2.1. Mortalidad

Entre 2005 y 2012, en Colombia se produjeron en promedio 195.719 defunciones anuales, con una desviación estándar de 3.757. En general, la tendencia ha sido decreciente; durante este periodo, la tasa de mortalidad ajustada por edad disminuyó en un 11%, al pasar de 524,60 a 467,54 muertes por cada 100.000 habitantes. Durante este periodo, el 57,29% (897.009) de las muertes ocurrió en los hombres y el restante 42,70% (668.505), en las mujeres.

La brecha en la mortalidad por sexos se ha mantenido constante, siendo un 53% más alta en hombres que en mujeres, lo cual indica una diferencia absoluta de entre 199 y 223 muertes por cada 100.000 habitantes.

4.2.1.1. Mortalidad general por grandes causas

Entre 2005 y 2012, la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo, al pasar de 166,43 a 147,00 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron el 29,80% (466.665) de las defunciones y el 16,01% (6.228.441) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos –AVPP–. El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74,K76), entre otras, produjo el 24,20% (378.960) de las muertes y el 20,37% (7.925.017) del total de AVPP.

En tercer lugar, las neoplasias aportaron un 17,59% (275.419) de las muertes y el 14,27% (5.554.785) de los AVPP. Las causas externas constituyen la cuarta causa de muerte, con un 17,08% (267.450) del total de la mortalidad en el periodo, y aunque no son la primera causa de deceso, son las que mayor número de AVPP generan: en efecto, durante el periodo 2005-2012 aportaron el 30,76% (11.968.667) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 21%, para 2012, se generaron 2.880,81 AVPP por cada 100.0000 habitantes. Las enfermedades transmisibles produjeron el 6,81% (106.652) de las muertes y fueron las que mayor reducción en AVPP mostraron, con un 29%, al pasar de una tasa ajustada por edad de 1.099,78 a 786,14. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 2,49% (39.055) de los decesos.

Entre 2005 y 2012, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres disminuyeron en un 9%, aunque fueron la causa más frecuente de muerte al provocar el 26,79% (240.349) del total de la mortalidad en este sexo y el 13,64% (3.299.503) de los AVPP.

El grupo de las demás causas tomó la delantera en 2010 sobre las causas externas, al generar el 21,11% (189.368) de las muertes, y aunque su tendencia descendiente muestra una reducción del 6% durante el periodo, provocaron el 16,30% (3.942.515) de los AVPP. Las causas externas produjeron el 25,59% (229.508) de los decesos, y a pesar de que para 2012 se redujeron en un 20% con respecto a 2005, provocaron el 42,32% (10.238.234) de todos los AVPP, para 2012 se estiman 4.996,32 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las afecciones del periodo perinatal son un 28% menos frecuentes, con un 2,50% (22.440) del total de muertes en hombres.

4.2.1.2. Mortalidad materna

Aunque la interacción de los determinantes sociales en salud, como pobreza, etnicidad y ruralidad, entre otros, influye en la mortalidad materna como un efecto de salud, existen elementos relacionados con fallas en la calidad que merecen toda la atención.

En el mundo, cada día mueren 800 mujeres debido a complicaciones del embarazo o el parto. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y alrededor del 95% de los casos de mortalidad materna que actualmente ocurren pueden prevenirse con los conocimientos y las tecnologías disponibles (Organización Mundial de la Salud, 2011). La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la Razón de Mortalidad Materna –RMM– en tres cuartas partes (World Health Organization, s.f.).

Para el 2013, la Organización Mundial de la Salud estimó que en el mundo murieron 289.000 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio. Para el mismo año, en los países de Latino América y el Caribe –LAC– hubo 9.300 muertes maternas, una Razón de Mortalidad Materna estimada de 85 por 100 mil nacidos vivos (World Health Organization, may 2014). En Colombia, para el 2011, la Razón de Mortalidad Materna se reportó en 69,7 por 100 mil nacidos vivos (PAHO, 2014). Casi ningún país muestra una adecuada velocidad de descenso de la mortalidad materna para lograr la meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio –ODM–, incluso aquellos con las RMM más bajas, como Canadá y Estados Unidos (OMdI, 2011).

Mediante el Conpes 140, Colombia estableció que la meta a alcanzar por el país para el 2014 es de una RMM de 48,8 y para el 2015, de 45 por 100.000 nacidos vivos. De manera más reciente, el Plan

Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, dentro del componente de atención y prevención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, plantea una serie de objetivos, metas y estrategias que incluye una táctica particular denominada abordaje integral de la mujer antes, durante y después de evento obstétrico, con siete líneas de acción, que plantean retos para las entidades territoriales, las aseguradoras, prestadores de servicios, la comunidad y el Ministerio de la Protección, particularmente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

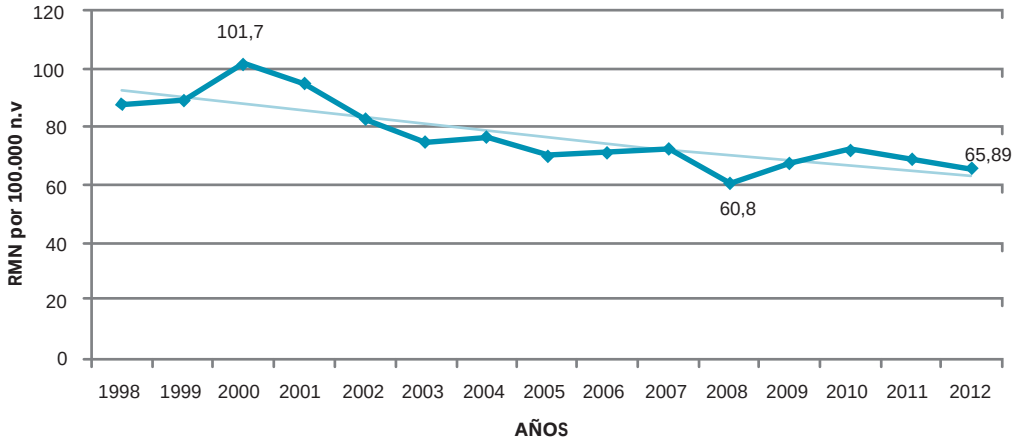
En el país se han hecho diversos esfuerzos para afrontar los retos que plantea la reducción de la mortalidad materna; no obstante, existen vacíos en cuanto a la asignación de responsabilidades claras y concretas, de recursos y de seguimiento, y evaluación de los efectos de las medidas. En este sentido, el conocimiento de las condiciones que subyacen a la mortalidad materna es un fin en sí mismo, en tanto favorece la formulación de estrategias que contribuyen al logro de reducir la mortalidad materna.

4.2.1.2.1. Tasa y tendencia por departamento

La RMM promedio en el periodo de 1998 a 2011 en Colombia fue de 78,2 por 100.000 n.v., lo cual significa que disminuyó. Para 1998, la RMM fue de 88,2 y en 2012, de 65,89. En el 2008 se presentó el menor número de casos y la menor RMM (435; 60,8 por 100.000 n.v) y en el año 2000 se presentó el mayor número de casos y la menor RMM (766; 101.7 por 100.000 n.v) (Gráfica 2). La razón global de mortalidad materna (incluye los casos sin información del momento de la muerte) para 2011, fue de 71,1.

Según distribución regional, el indicador Razón de mortalidad materna evidencia las grandes desigualdades del país: durante el periodo de estudio, los departamentos de Chocó, Cauca, La Guajira, Magdalena, Nariño y Caquetá mantuvieron RMM por encima de la media del país (Observatorio Nacional de Salud, 2013). Diez departamentos, aunque se hallan por debajo del promedio, también están lejos de cumplir con la meta: Caldas (74), Guaviare (74), Boyacá (73), Bolívar (71), Quindío (65), Sucre (63), Valle del Cauca (60), Risaralda (59), Meta (53) y Antioquia (52). Cabe destacar aquellos que ya cumplieron la meta de reducir la mortalidad materna a menos de 45: Quindío (32,2), Huila (32,7) y Santander (43,9), y muy cerca de cumplirla Cundinamarca (47,4). Para San Andrés, Vichada, Guainía, Guaviare, Amazonas y Vaupés, la medida de la RMM es muy inestable, dada la baja frecuencia del evento y la población pequeña de nacidos vivos que hacen parte del denominador en estos departamentos (Tabla 4).

Gráfica 2. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos en Colombia durante 1998-2012



Fuente: SISPRO (cubo indicadores) Revisión julio 2015.

Tabla 4. Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. por departamento 1998-2012

Depto. \ Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amazonas	0	176	0	314	217	72,7	133	158	0	153	285	392	0	146	0
Antioquia	74,3	70	71,7	63,7	57,7	61,7	65,1	64,5	69,1	40	45,1	55,8	51,2	58,9	54,6
Arch. San Andrés	0	93,8	288	0	100	0	211	0	109	108	0	115	0	230	0,0
Atlántico	66,1	71,8	78,5	82,8	78,6	71,8	7í,5	71,4	73,9	64,4	70	77,7	76,7	71,3	68,9
Bogotá	82,1	84,9	92	77,1	63,3	58,8	64,2	56,9	50	46,9	37,4	52,7	37	42,1	52,7
Bolívar	53,2	120	70,1	95,5	77,2	95,7	82,5	91,1	88,7	86,7	104	67,1	71,1	71,3	55,3
Boyacá	92,4	87,1	122	107	98,1	61,5	61,9	73,1	65,1	107	62,5	74,9	73,2	35	52,3
Caldas	57,5	71,3	105	121	85,3	92,2	81,2	35,5	83,2	45,7	112	87,1	73,5	74,8	67,3
Caquetá	359	209	252	248	191	60,7	199	110	139	151	55,5	95,6	194	67,2	102,1
Cauca	118	166	227	191	134	119	110	110	91,7	123	121	97	135	161	94,7
Cesar	63,6	63,5	119	76	65,8	79,7	90,5	34,3	57,4	59	61,8	43,3	117	101	92,7
Córdoba	85,2	115	138	105	114	113	108	25,9	59,2	161	87,7	69,8	147	91,4	99,7
Cundinamarca	79,9	61,7	76,9	100	70	69,8	81,9	66,9	80,1	56,3	40,1	52,7	40,5	62,5	47,4
Chocó	453	455	255	397	293	382	429	251	227	195	198	109	179	342	180,2
Huila	89,9	97,7	68,8	86,4	78,4	86,5	60	38,3	81,1	66,8	38,9	20,2	48,1	55	32,7
La Guajira	179	93,3	270	39,8	48	97,9	126	131	155	163	101	213	155	166	120,5
Magdalena	95,3	114	99	156	133	104	90,6	110	82,7	131	121	96,5	127	79,2	88,4

Pasa...

Continuación. Razón de mortalidad materna por 100.000 n.v. por departamento 1998-2012

Depto. \ Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Meta	97,6	68,5	117	141	105	84,1	69,6	69,1	75,4	96,9	38,1	57,9	46,3	78,9	48,9
Nariño	174	140	196	160	143	77,8	131	76,6	75,9	90	81,5	113	69,4	120	56,0
Norte de Santander	75,2	57,1	77,7	61,2	73	58,6	65,8	81,2	58,9	50,5	27,8	50,5	93,5	51,7	71,8
Quindío	74,9	32,8	51,3	94	68,7	36	50,4	66,7	14,1	85,8	29,7	0	65	33	32,2
Risaralda	61,8	32,2	50,8	73,5	35	56	65,5	69,5	45,9	52,3	92,4	65,1	59,2	41,7	82,0
Santander	37,6	47,5	60,4	83,6	42,7	44,4	46,2	50,4	52,1	37,5	39,7	43	43,8	35,7	43,9
Sucre	120	123	91	73,2	82,6	52,3	63,3	51,5	66,4	99,7	43,7	77,2	62,8	84	51,9
Tolima	123	72,1	123	60,3	104	103	41,7	77,3	87,7	63,7	60	62,8	76,7	35,6	98,0
Valle del Cauca	92,2	106	117	90,3	82,8	65,8	49,1	88,3	66,8	64,5	44,7	56,5	55	57	85,7
Arauca	38,7	18,9	94,1	170	118	56,6	78,7	59	37,2	108	82,8	42,5	111	67,8	22,3
Casanare	128	102	34,6	17,2	53,7	52,5	70,5	50,5	49,4	31,5	62,5	74,9	77,3	0	14,8
Putumayo	121	234	178	145	165	152	80,1	57,6	96	140	84,7	126	242	161	74,8
Guainía	214	441	323	175	391	0	204	386	559	0	352	163	0	164	0,0
Guaviare	231	267	64,1	629	0	181	286	171	240	64	126	69,4	74,1	155	0,0
Vaupés	0	171	0	173	200	193	168	0	349	566	0	162	0	146	278,2
Vichada	487	0	673	0	252	246	511	0	175	514	0	236	118	229	233,1

Fuente: SISPRO cubo indicadores. Revisión julio 2015.

Por lugar de residencia, en los últimos tres años el 60% de las mujeres procedían o eran residentes en el área urbana y 40% en el área rural, lo que confirma una vez más que una alta proporción de mujeres mueren en el ejercicio de su maternidad, por barreras de acceso a los servicios de salud (Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, 2015).

4.2.1.2.2. Resultados de la mortalidad materna en Colombia

Los estudios publicados en el país desde el año 2000 hasta el 2013 indican una disminución en las muertes maternas durante las últimas décadas. El SIVIGILA concluye que entre 1990 y 1998 existe un descenso de 0,49 puntos porcentuales por año en las razones de mortalidad materna (97,9 y 70,3 por 100.000 nacidos vivos respectivamente) (Rodríguez, D.; Acosta, J., 2001: 345-360).

Existen estudios que han llamado la atención sobre la relación de mortalidad materna y la fecundidad, en los que se ha encontrado que los municipios con tasas de fecundidad mayores a 4 hijos alcanzan tasas de mortalidad maternas alrededor de 119,5 muertes por 100.000 nacidos vivos.

A pesar de que las tasas de fecundidad en Colombia han disminuido, en la población adolescente la fecundidad se ha incrementado, especialmente en el grupo de 15 a 19 años (Carrillo, A., 2007: 72-85).

Se ha encontrado que las complicaciones hemorrágicas, los trastornos hipertensivos y las sepsis puerperales son las causas más referidas, aunque con diferencias, de una zona a otra en el peso sobre el total de muertes maternas registradas (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2013).

Por otro lado, en el 2000 se revisaron factores socioeconómicos relacionados con la mortalidad materna, lo cuales evidenciaron los bajos niveles de escolaridad y el estado de afiliación al sistema de salud o el régimen al cual se encuentra vinculada la gestante ("vinculado" o subsidiado) relacionados con la mortalidad materna, donde por ejemplo la proporción de gestantes que asiste a controles prenatales fue más baja en estrato uno (Marín-Blandón, 2008: 110-126; Aristizábal, Truissi, 1996: 117-124). Por lo anterior, la mortalidad materna es considerada como "la expresión de la inequidad y desigualdad, refleja la injusticia social y la discriminación que afecta especialmente a los más pobres" (Vélez, Álvarez, Jaramillo, s.f.).

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud impactan todos los niveles de atención. Por ejemplo, las dificultades asociadas con el desplazamiento a los servicios de salud, siendo las áreas rurales y las zonas marginadas las más afectadas (Vélez-Álvarez, Gómez-Dávila, Zuleta-Tobón, 2006).

Las fallas más citadas en cuanto a la calidad de los servicios de salud dentro del ámbito institucional hacen referencia a la falta de insumos técnicos, suministros, medicamentos y recursos humanos calificados acordes con el nivel de complejidad de cada caso; este último aspecto es un factor definitivo en la valoración acertada del evento, su clasificación y la aplicación de las medidas correctas, de acuerdo con prácticas clínicas con alto grado de recomendación en la práctica clínica (Zuleta-Tobón et al., 2013).

Aspectos como la negación del servicio de salud y la espera de traslados por trámites administrativos siguen siendo acciones sistemáticas de los servicios de salud que producen efectos adversos sobre la posibilidad de evitar una muerte materna. La disponibilidad del servicio en "zonas olvidadas" o "rural disperso" es un agravante más de la situación, dado que ni las aseguradoras ni las instituciones que prestan el servicio poseen modelos de atención integrales que permitan disponer de servicios adaptados para la población que habita el territorio específico donde hacen presencia (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2013).

La calidad y oportunidad del servicio se constituye en un punto crítico, que marca el destino final de las gestantes. Hechos como la no detección del alto riesgo obstétrico, la no adherencia a guías y protocolos de atención, remisión, diagnósticos, etc., son el común denominador de estos casos (Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, 2013).

Todas las falencias mencionadas pueden generar en las gestantes actitudes negativas sobre los servicios de salud, como lo reveló un estudio en Antioquia, donde la actitud negativa de las gestantes frente al sistema de salud actuó como un factor determinante de las defunciones maternas, en 59% de los casos (Ruiz-Rodríguez, Wirtz, Nigenda, 2009: 149-155).

Finalmente, el indicador Razón de Mortalidad Materna es un trazador de la calidad de la atención en el periodo de la gestación y particularmente en el momento del parto y el posparto, que es cuando más ocurren las muertes maternas y neonatales. Los beneficios de reducir estas muertes son tanto individuales como sociales: salvan la vida de las mujeres en el ejercicio de su maternidad, favorecen la supervivencia y el desarrollo de los recién nacidos, las niñas y niños pequeños, aumentan el capital social y la cohesión familiar, lo cual es ante todo un asunto de derechos humanos de las mujeres y de la infancia, como también un compromiso del país con las metas de los ODM y un requisito para el desarrollo humano.

4.2.2. Morbilidad

4.2.2.1. Morbilidad atendida por ciclo vital

4.2.2.1.1. Primera infancia (0 a 5 años)

Durante el periodo 2009 a 2013, las condiciones perinatales generaron el 44,42% (14.068.425) de las atenciones, fueron la causa que mayor cantidad demandó en este grupo de edad; en total se atendieron 3.125.683 personas por esta causa, para una razón de 4,50 atenciones por persona. En segundo lugar, las enfermedades no transmisibles causaron el 33,91% (10.739.063) de las atenciones, con un total de 2.672.515 personas y una razón de 4,02 atenciones por persona. En tercer lugar, las condiciones mal clasificadas generaron el 15,09% (4.778.253) de las atenciones, para 1.726.065 personas, y una razón de 2,77 atenciones por persona: aumentaron en 0,68 puntos porcentuales para 2013 con respecto a 2012.No se observan diferencias entre el porcentaje de atenciones, según sexos.

4.2.2.1.2. Infancia (6 a 11 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, al generar el 52,89% (9.972.486) de la demanda, para 2.955.444 personas, lo cual representa una razón de 3,37 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones maternas aparecen con el 26,32% (4.963.191) de las atenciones, para un total de 2.188.898 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,27 atenciones por persona; presentaron reducción de 1,82 puntos porcentuales para 2013 con respecto a 2012. Las condiciones mal clasificadas generaron el 14,95% (2.819.200) de las atenciones, para 1.350.489 personas, y una razón de 2,09 atenciones por persona; esta causa presentó incremento para 2013 de 1,61 puntos porcentuales con respecto al año 2012. Por sexos, no se observan diferencias importantes.

4.2.2.1.3. Adolescencia (12 a 18 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, al generar el 57,99% (12.440.774) de la demanda, para 3.420.496 personas, lo cual representa una razón de 3,64 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones maternas aparecen con el 16,86% (3.616.890) de las atenciones, para un total de 1.745.812 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,07 atenciones por persona; presentaron reducción de 1,07 puntos porcentuales para 2013 con respecto a 2012. Al igual que en los ciclos de vida anteriores, en tercer lugar se ubican las condiciones mal clasificadas, con el 15,56% (3.337.037) de las atenciones, para 1.546.284 personas, y una razón de 2,16 atenciones por persona; esta causa presentó para 2013 un incremento de 1,31 puntos porcentuales con respecto al año 2012. Por sexos no se observan diferencias importantes.

4.2.2.1.4. Juventud (14 a 26 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, al generar el 57,54% (27.822.771) de la demanda, para 6.311.317 personas, lo cual representa una razón de 4,41 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones maternas aparecen con el 15,82% (7.650.515) de las atenciones, para un total de 3.232.354 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,37 atenciones por persona; presentaron una reducción en 0,82 puntos porcentuales para 2013 con respecto a 2012. Al igual que en los ciclos anteriores de vida, en tercer lugar se ubican las condiciones mal clasificadas, con el 14,77% (7.140.661) de las atenciones, para 3.003.995 personas, y una razón de 2,38 atenciones por persona; esta causa presentó un incremento de 0,82 puntos porcentuales para 2013 con respecto al año 2012. Por sexos, no se observan diferencias importantes.

4.2.2.1.5. Adultez (27 a 59 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, al generar el 71,41% (94.753.379) de la demanda, para 11.164.888 personas, lo cual representa una razón de 8,49 atenciones por persona. En segundo lugar, las condiciones mal clasificadas, con el 11,48% (15.232.241) de las atenciones, para 5.460.878 personas y una razón de 2,79 atenciones por persona; esta causa presentó un incremento de 0,61 puntos porcentuales para 2013 con respecto al año 2012.

Las condiciones maternas aparecen con el 10,76% (14.276.168) de las atenciones, para un total de 5.196.814 personas atendidas por esta causa y una razón de 2,75 atenciones por persona; presentaron un incremento de 0,46 puntos porcentuales para 2013 con respecto a 2012.

4.2.2.1.6. Persona mayor (más de 60 años)

Las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de atención durante el periodo, al generar el 82,49% (47.253.335) de la demanda, para 3.518.916 personas, lo cual representa una razón de 13,43 atenciones por persona. En segundo lugar están las condiciones mal clasificadas, con el 8,44% (4.833782) de las atenciones, para 1.517.869 personas, y una razón de 3,18 atenciones por persona. Las condiciones maternas aparecen con el 5,64% (3.228.025) de las atenciones, para un total de 1.204.689 personas atendidas por esta causa, y una razón de 2,68 atenciones por persona.

4.2.3. Abordaje de los determinantes sociales de la salud

4.2.3.1. Determinantes intermediarios de la salud

4.2.3.1.1. Circunstancias materiales

4.2.3.1.1.1. Condiciones de vida

4.2.3.1.1.1.1. Servicios Públicos

De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida para 2013, en Colombia el 88,5% de la población tiene acceso a acueducto y el 75,9%, a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área rural o cabecera que en el área rural o resto (ídem) (Tabla 5).

Tabla 5. Acceso a servicios públicos, privados o comunales, según área. Colombia 2011

	Cabecera				Resto				Total			
Tipo de servicio	2011	2012	2013	Δ p.p.	2011	2012	2013	Δ p.p.	2011	2012	2013	Δ p.p.
Energía eléctrica	99,5	99,8	99,8	0,0	89,9	90,0	92,6	2,6	97,4	97,6	98,2	0,6
Gas natural	65,6	71,3	72,4	1,1	4,0	8,0	9,8	1,8	52,1	57,3	58,9	1,6
Acueducto	96,0	97,0	96,8	-0,2	56,3	53,3	58,7	5,4	87,3	87,4	88,5	1,1
Alcantarillado	89,1	92,2	92,4	0,2	12,3	15,6	16,0	0,4	72,3	75,3	75,9	0,6

Fuente: ASIS 2014. MSPS. DANE ECV-2012- ECV 2013, Datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del CENSO 2005.

4.2.3.1.1.3. Seguridad alimentaria

4.2.3.1.1.3.1. Bajo peso al nacer

Aunque el bajo peso al nacer (P050) está documentado entre las primeras causas de muerte neonatal, en Colombia no está dentro de los diagnósticos de muerte más frecuentes. Se estima que entre 2005 y 2012 nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer, y solo tres muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo, 485.048 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.631 y una desviación estándar de 1.619 (ídem).

4.2.3.1.1.3.2. Desnutrición en menores de cinco años

Para 2010, la prevalencia de desnutrición crónica era un 47% mayor en el área rural que en el área urbana (17,00 y 11,60, respectivamente). Asimismo, en Vaupés, Amazonas, La Guajira, Guainía y Cauca la desnutrición crónica superó el 20% de los niños incluidos en la encuesta y fue significativamente más alta que el indicador nacional.

En Colombia, en 2010, según la ENSIN, 8,10 de cada 100 menores entre 5 y 12 años tenían anemia por déficit de hemoglobina, lo cual implica un descenso de 29,5 puntos porcentuales con respecto al año 2005. Asimismo, este tipo de desnutrición resultó más común en los grupos reconocidos como afro, en los cuales la prevalencia fue de 11,60 y un 43% mayor que la nacional. De igual manera, la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en población con anemia fue del 7,40%, 1,70 veces mayor en el grupo reconocido como afro que la nacional.

En el mismo sentido, en el 2010 la prevalencia de deficiencia de zinc en niños y niñas entre 1 y 4 años fue de 43,30 por cada 100 menores; y la prevalencia de deficiencia de vitamina A fue de 24,30 por cada 100 menores (ídem).

4.2.3.1.1.3.3. Obesidad

En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2010 fue un 20% mayor que en 2005, al pasar de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas.

En esta población, la obesidad fue un 75% mayor en mujeres que en hombres, con una diferencia absoluta de 8,6 mujeres obesas más por cada 100 personas; un 19% mayor en el área urbana que en la rural, con una diferencia absoluta de 2,8 obesos más por cada 100 personas; un 11% mayor entre las personas que se autorreconocen como afro comparado con el grupo de los otros, para una diferencia absoluta de 1,8 obesos más; y finalmente, fue un 26% mayor en las personas sin ningún nivel educativo con respecto a los de grado superior, para una diferencia absoluta de 3,6 personas obesas más.

4.2.3.1.1.4. Consumo de alcohol

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, el 87,07% de los encuestados declaró haber consumido alcohol alguna vez en la vida, con una diferencia de 8 puntos porcentuales entre hombres y mujeres (91,11% y 83,27%, respectivamente). El 35,77% (8.339.659) manifestó haber consumido en los últimos 30 días, con una diferencia de 20,35 puntos porcentuales, más frecuente en hombres que en mujeres. El grupo de edad en el cual el consumo fue más fuerte es el de 18 a 24 años, con un 49,25% (1.965.912), seguido del de 25 a 34 años, con un 45,40% (2.276.562) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

4.2.3.1.1.5. Consumo de tabaco

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas, para 2013 en Colombia, el 42,07% de los encuestados declaró haber consumido tabaco en algún momento de su vida, siendo un 71% mayor la prevalencia en hombres que en mujeres, con un 53,61% y 31,18%, respectivamente.

Así mismo, la prevalencia mes de consumo fue 1,54 veces mayor en hombres que en mujeres, con un 18,84% (2.131.594) y un 7,40% (887.875), respectivamente. Mientras que por cada 100 personas, 2,84 hombres iniciaron el consumo durante el último año, solo 1,25 mujeres lo hicieron.

La edad de inicio de consumo de tabaco en promedio es a los 17 años, con diferencia de 1,48 años entre hombres y mujeres. Se evidencia que el consumo es mayor en las personas entre 18 y 34 años (1.435.853 personas encuestadas).

4.2.3.1.1.6. Consumo de sustancias psicoactivas

Dado que la marihuana es la droga ilícita de mayor consumo en casi todos los países, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2011 en Población Escolar encontró que la edad promedio de inicio del consumo de marihuana es cercana a los 14 años, sin diferencias por sexos. Además, 5,22 de cada 100 escolares habían consumido marihuana en el último año, siendo un 62% más frecuente en los hombres que en las mujeres, con prevalencias de 6,53% y 4,02%, respectivamente. Así mismo, de cada 100 escolares, 3,21 consumieron por primera vez durante el último año: 2,79 mujeres y 3,67 hombres. La prevalencia de consumo fue más alta en los adolescentes cuyas edades están entre 16 y 18 años, seguidos de los de 13 a 15 años.

4.2.3.1.1.7. Actividad física

De acuerdo con los datos de la ENSIN, en Colombia, el 53,50% de las personas entre 18 y 64 años que residen en zonas urbanas cumplen con las recomendaciones de actividad física. En hombres, la prevalencia es un 37% más alta que en las mujeres; por cada 100 personas, 17,4 hombres más cumplen las recomendaciones que las mujeres.

Por encima del 50% de las personas entre 18 y 54 años con primaria o más educación cumplen con las recomendaciones de actividad física; el porcentaje de las personas que realizan actividad física es un 15% mayor en el nivel superior de educación que en los que no tienen ningún nivel educativo.

4.2.3.1.1.8. Uso de métodos anticonceptivos

Según la ENDS, el conocimiento de los métodos de planificación es universal entre las mujeres entre 15 y 49 años; los métodos más conocidos son el condón, la píldora, la inyección y la esterilización femenina. El 61,2% de todas las mujeres, el 79,1% de las unidas actualmente y el 81,6% de las no unidas pero sexualmente activas hacían uso de algún método anticonceptivo.

Entre 2005 y 2010, el uso de algún método anticonceptivo aumentó en 4,8 puntos porcentuales en todas las mujeres, y ligeramente se incrementó en las unidas y en las no unidas sexualmente activas, con 0,9 y 0,6 puntos porcentuales, respectivamente. Asimismo, La proporción de mujeres no unidas

menores de 30 años hace más uso de métodos anticonceptivos, a los 35 años o más disminuye, dando lugar a que las mujeres unidas lideren el porcentaje de uso (Profamilia, 2010).

4.2.3.1.2. Sistema sanitario

4.2.3.1.2.1. Barreras de acceso

De acuerdo con las estimaciones del DNP para el cálculo del IPM, el 16% de los hogares en Colombia tienen barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia; en Chocó, Vichada y La Guajira más del 33% de los hogares encuentran estas barreras. El 6% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios de salud; los departamentos donde esta proporción es más alta son Chocó y Putumayo, con un 19% y 16% de hogares; San Andrés tiene el 2% de sus hogares con barreras de acceso a estos servicios.

4.2.3.1.2.2. Infraestructura

En Colombia, de acuerdo con lo reportado en el ASIS 2014, hay 48.572 instituciones habilitadas para la prestación de servicios –IPS– de salud. El 97,45% (47.335) tiene carácter privado, el 2,48% (1.204) público y el 0,07% (33), mixto. Las IPS están concentradas en Bogotá y en los departamentos más grandes y con mayor estándar de desarrollo. El 26,96% (13.097) de las IPS se hallan en Bogotá, el 14,39% (6.988) en Antioquia, el 11,03% (5.356) en el Valle del Cauca y el 4,53% (2.200) en Santander. Es decir que casi el 57% de las instituciones habilitadas del país se encuentran en los lugares mencionados.

4.2.3.1.2.2.1. Número de camas

En 2013, en Colombia, por cada 1.000 habitantes había 1,53 camas, 1,31 camas de cuidado intensivo, 0,11 de cuidado intermedio y 0,14 de cuidado intensivo, 0,09 ambulancias, 0,07 ambulancias básicas y 0,02 medicalizadas.

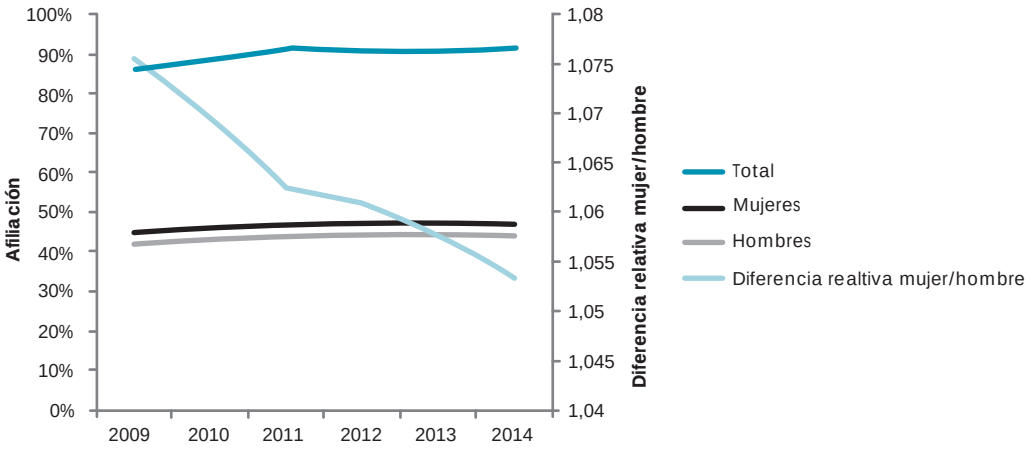
Para 2011, de acuerdo con el estudio Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance, Competencias y Prospectiva, por cada 1.000 habitantes había 0,61 enfermeros profesionales y 1,46 médicos generales.

4.2.3.1.2.3. Cobertura del SGSSS

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA– dispuestos en el cubo BDUA de SISPRO, para noviembre de 2014 la cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en

Colombia fue de 91,55% (43.636.178). El 46,97% (22.385.208) eran mujeres y el 44,59% (21.250.970), hombres. Entre 2009 y 2014 la cobertura de afiliación se incrementó en 5,45 puntos porcentuales: 2,35 para las mujeres y 3,10 para los hombres, y aunque durante el periodo se observa la existencia de una brecha entre sexos, esta se ha cerrado gradualmente en el transcurso del tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) (Gráfica 3).

Gráfica 3. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según sexo. Colombia, 2009-2014*

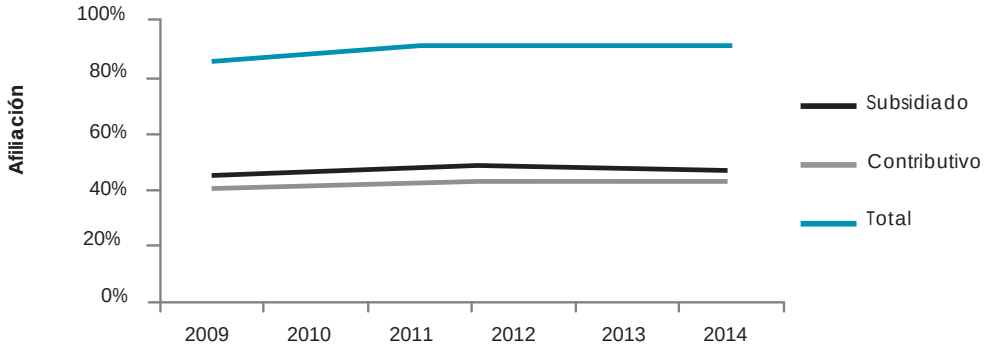


Fuente: ASIS 2013. Elaboración del DANE a partir de los datos de: Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_SISPRO, MSPS, consultado en diciembre del 2014.*Corte a noviembre de 2014.

Entre 2009 y 2014, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado se mantuvo por encima del porcentaje de afiliados al régimen contributivo; para noviembre de 2014, la cobertura fue de 47,68% (22.726.138 personas) y de 43,87% (20.910.040 personas), respectivamente (Gráfica 4).

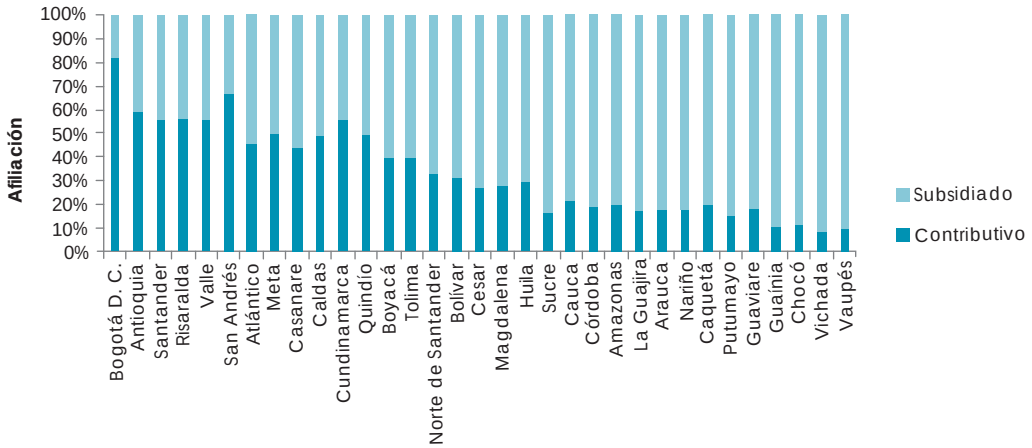
La mayoría de los departamentos cuenta con coberturas superiores al 85%. En Cesar; Córdoba; Risaralda; San Andrés, Providencia y Santa Catalina; Cauca; Bolívar; Vichada, y Sucre las coberturas están entre 66,47% y 84,91%. En la mayoría de los departamentos, el porcentaje más grande de afiliados pertenece al régimen subsidiado; en Bogotá D.C., Antioquia, Santander, Risaralda y Valle del Cauca, los afiliados al régimen contributivo superan el 50%, mientras que en Nariño, Caquetá, Putumayo, Guaviare, Guainía, Chocó, Vichada y Vaupés, menos del 15% de los afiliados pertenecen a este régimen (Gráfica 5).

Gráfica 4. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según régimen. Colombia, 2009-2014*



Fuente: ASIS 2014. Elaboración del DANE a partir de los datos de: Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_SISPRO, MSPS, consultado en diciembre del 2014.*Corte a noviembre de 2014.

Gráfica 5. Coberturas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según departamentos y régimen de afiliación, Colombia, noviembre de 2014



Fuente: ASIS 2014. Elaboración del DANE a partir de los datos de: Régimen Contributivo y Subsidiado: BDUA_CUBO_SISPRO, MSPS, consultado en diciembre del 2014.

4.2.3.2.Descripción de algunos determinantes estructurales de las inequidades en salud

4.2.3.2.1. Pobreza e ingresos

De acuerdo con los cálculos del Departamento Nacional de Planeación –DNP–, en Colombia el 49% de los hogares son pobres multidimensionales –IPM, Índice de Pobreza Multimensional–; la tasa es 1,05 veces más alta en el área rural que en el área urbana. Según la estimación del DANE, en Colombia el 27,78% de las personas vive con NBI, siendo la proporción 1,72 veces más alta en el resto (rural), que en las cabeceras municipales. Chocó, Vichada, La Guajira y Córdoba tienen IPM mayores al 80%; Bogotá y Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, tienen los IPM más bajos, con valores de 24% y 38%, respectivamente (ídem).

La desigualdad de ingresos medida a través del índice de Gini para Colombia muestra que la desigualdad en la distribución de los ingresos en los hogares en Colombia se ha mantenido constante a través del tiempo sin variación importante por área. La desigualdad entre cabeceras y resto (urbano y rural) ha sido oscilante, manteniéndose entre 0,6% y 16%, más alta en las primeras (ídem).

4.2.3.2.2. Educación

El Ministerio de Educación Nacional de Colombia reporta que entre 2002 y 2013 la tasa de analfabetismo ha tendido ligeramente al descenso, al decaer 0,83 puntos porcentuales en la población entre 15 y 24 años y 1,35 en los mayores de 15 años (ídem).

Entre 2005 y 2013, la tasa de deserción intraanual y la repetición disminuyeron, al pasar de 6,05% a 3,62% la primera, y de 3,41% a 2,09% la última. En el 2013, la tasa neta de cobertura de educación fue de 87,55%, es decir, 0,56 puntos porcentuales por debajo de la del 2005; asimismo, existe disparidad por niveles, pues para el último año se alcanzó un 58,94% para transición, un 85,39% para primaria, un 72,14% para secundaria y un 41,29% para media (ídem).

4.3. Conclusiones

Algunas de las conclusiones del Análisis de la Situación de Salud de Colombia, 2014 son:

- En Colombia, la mortalidad ha tendido al descenso en el transcurso del tiempo y sus causas cambian conforme se produce la transición demográfica. Entre 2005 y 2012, la primera causa de muerte corresponde a las enfermedades del sistema circulatorio, seguida de las demás causas (crónicas, metabólicas, entre otras), y las neoplasias; esto coincide con el aumento de los índices

de vejez y envejecimiento, y significa un reto para el sistema de salud en la prevención y limitación del daño de las enfermedades crónicas.

- Aunque la mortalidad por causas externas se ubica en el cuarto lugar de frecuencia, la carga de la mortalidad medida en AVPP pone de manifiesto a las causas externas como primera causa de mortalidad prematura y expone su mayor incidencia en hombres jóvenes, revelando el peso que genera la violencia en el capital y bienestar social.
- La mortalidad materna, neonatal, infantil y en la niñez ha tendido al descenso, al alcanzar los valores más bajos del decenio; sin embargo, estas muertes son evitables y consideradas injustas. Se proyecta que manteniendo las variables constantes, para 2020 su comportamiento continuará decreciente. Variables como la ubicación geográfica, la etnia, la pobreza y el porcentaje de analfabetismo han demostrado ser determinantes de estas muertes; por lo tanto, su intervención debe estar enfocada al mejoramiento de las condiciones sociales que generan brechas de desigualdad.
- El análisis de la morbilidad atendida muestra resultados congruentes con los hallazgos en el análisis de mortalidad: alrededor del 50% de las atenciones se dan por enfermedades no transmisibles, que aparecen como primera causa de atención a partir de la adolescencia en todos los ciclos vitales y en todos los departamentos del país. Cobra relevancia la prevención de la cronicidad con el fomento de la dieta sana, la actividad física constante y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, entre otros.
- En general, los efectos en salud afectan de forma más profunda a las personas con mayores limitaciones, en desventajas sociales y económicas, crean brechas de desigualdad entre los grupos poblacionales, y evidencian la necesidad de intervención del Estado para que vele por la justicia, la igualdad y el bienestar social.
- La disparidad en los cortes de información de las fuentes de datos existentes limita la producción de análisis más oportunos y el contraste de datos; sin embargo, con los insumos disponibles y gracias al empeño del MSPS en el mejoramiento de las fuentes de información, cada vez se podrán obtener resultados más robustos que evidencien la situaciónde salud de los colombianos.

5. Indicadores de efectividad de la atención en salud

Los indicadores de efectividad de la atención en salud que se compilaron en este informe se encuentran en la Tabla 6. La metodología de construcción de los indicadores se puede consultar en el capítulo 3, Metodología del informe.

Tabla 6. Indicadores de efectividad en salud INCAS 2015

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
1. Materno infantil	1. Atención en el embarazo	Cobertura de control prenatal
		Proporción de nacidos con bajo peso al nacer
	2. Atención parto	Proporción de partos institucionales
		Proporción de partos por cesárea
	3. Atención lactancia	Duración de la lactancia materna
	4. Atención niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años
		Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años
	5. Indicadores globales materno infantil	Razón de mortalidad materna
		Tasa de mortalidad neonatal
		Tasa de mortalidad infantil
2. Enfermedades inmunoprevenibles	1. Atención aplicación biológicos	Proporción de coberturas de vacunación adecuadas en niños menores de un año
3. VIH SIDA y otras ET sexual	1. VIH/SIDA	Proporción de transmisión materno-infantil del VIH a 18 meses
		Prevalencia registrada de VIH/SIDA
		Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral-TAR que reciben TAR actual (Cobertura de TAR)
	2. Sífilis congénita	Tasa de incidencia de sífilis congénita
4. Enfermedades crónicas no transmisibles cardiovasculares	1. HTA	Captación de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus
5. Enfermedades crónicas no transmisibles - Diabetes	1. Diabetes	Captación de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus

Pasa...

Continuación. Indicadores de efectividad en salud INCAS 2015

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
6. Enfermedades crónicas no transmisibles – factores de riesgo	1. Sobrepeso	Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años
7. Cáncer	1. Neoplasias malignas	Tasa de mortalidad por neoplasias malignas
	2. Cáncer de útero	Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino
8. Efectividad global de la atención	1. Reingreso hospitalización	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
	2. Mortalidad intrahospitalaria	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
9. Enfermedades transmitidas por vectores	1. Dengue	Letalidad por dengue

Fuente: Elaboración propia con información de INCAS 2009.

5.1. Cobertura de Control Prenatal

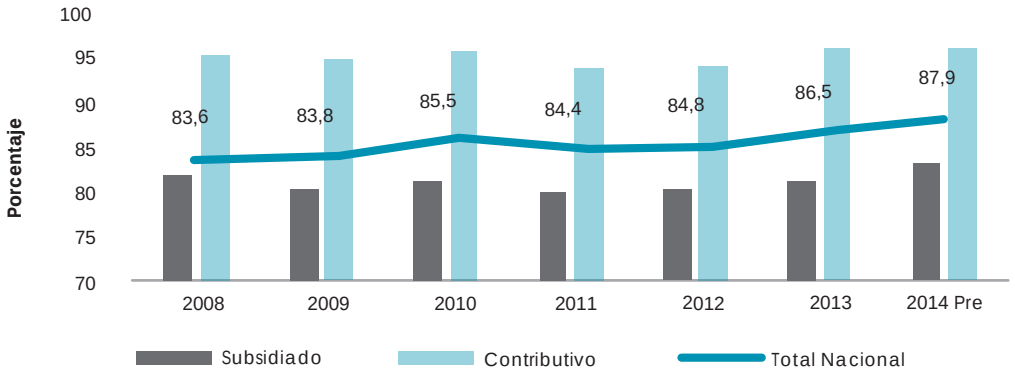
La atención en salud durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto) "evita complicaciones a la madre y al recién nacido, y permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud" (OMS, 2015). Recibir atención prenatal al menos 4 veces, según lo recomendado por la OMS, aumenta la posibilidad de acceder a intervenciones eficaces en salud materna durante las visitas prenatales. En 2014, de acuerdo con el Informe de 2015 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en promedio solo el 52% de las mujeres embarazadas en las regiones en desarrollo, recibieron la cantidad recomendada de visitas prenatales durante el embarazo.

Este indicador se define como la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles prenatales durante su gestación.

Resultados

- El indicador ha tenido una tendencia creciente: pasó de 83,6% en 2008,a 87,9% en 2014. El régimen contributivo durante los años 2008-2014 ha presentado valores por encima del agregado nacional, mientras que el régimen subsidiado ha estado por debajo (Gráfica 6).
- Para el 2014, 8 de las 19 EPS del régimen contributivo estuvieron por debajo del agregado de las EPS-C (95,82%) (Tabla 7).
- En el régimen subsidiado, durante el 2014, las EPS SANITAS, SALUDCOOP, COOMEVA y SOS presentaron un porcentaje de 100%, mientras que la EPS PIJAOS reportó un 59,2% de cobertura de control prenatal (Tabla 8).
- En la referenciación internacional aleatoria, para el 2010 Colombia se ubicaba al mismo nivel de Australia.

Gráfica 6. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales. Colombia, 2008-2014



Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en Septiembre de 2015.

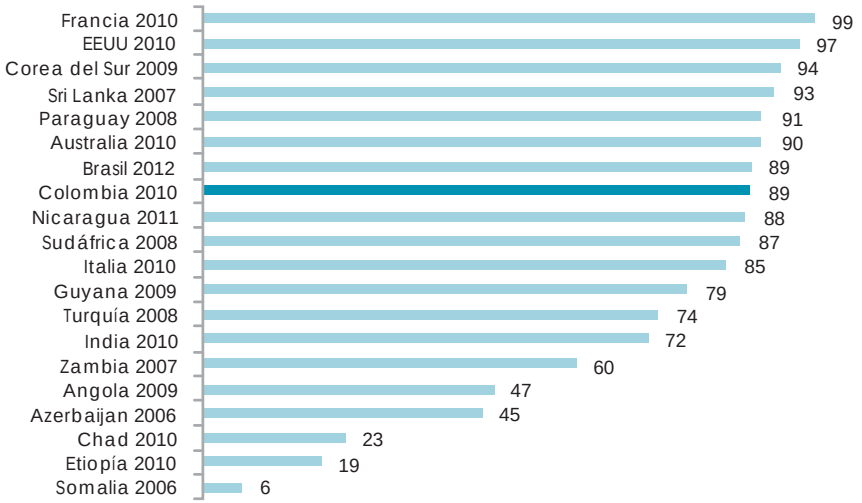
Tabla 7. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales EPS-C. Colombia, 2014

EPS-C	Total
Unidad Servicio Médico y Odontológico EPM	100,00
Emssanar	100,00
Asmet -	100,00
Aliansalud	98,76
Sura	97,86
Comfenalco Valle	97,75
SOS	97,42
Sanitas	97,38
Compensar	97,22
Coomeva EPS S A	97,18

EPS-C	Total
Cafesalud EPS	96,11
Salud Total	95,76
Cruz Blanca	95,45
Saludcoop EPS	94,61
EpsFamisanar Ltda.	94,14
Nueva Eps	93,29
Golden Group S.A. EPS	90,09
Salud Vida EPS	90,03
FPS – FNC	87,10
Agregado EPS-C	**95,82**

Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en Septiembre de 2015.

Gráfica 7. Cobertura de control prenatal, por lo menos 4 visitas (%) en diferentes países y años



Fuente: Internacional:WHO Statistical Information System (WHOSIS).

Tabla 8. Porcentaje de nacidos vivos con 4 o más controles prenatales – EPS-S. Colombia, 2014

EPS-S	Valor
Sanitas	100,00
Saludcoop	100,00
Coomeva	100,00
SOS	100,00
Comfasucre	91,62
Comfamiliar Huila	89,66
Cafesalud	88,77
Comfamiliar Nariño	88,34
Comfamiliar Cartagena	88,15
Emssanar E.S.S	88,15
Savia salud	88,12
Colsubsidio	87,37
Mutual ser	86,94
Famisalud Comfanorte A.R.S	86,46
Comfaboy	86,09
Coosalud E.S.S.	85,47
Manexka	85,33
Cafam	85,21
Asmet salud	84,89
Comfacor	84,35

EPS-S	Valor
Saludvida	84,29
Comparta	83,76
Convida	82,79
Comfaoriente	82,58
Ambuq	81,69
Emdisalud	81,52
Ecoopsos	81,27
Cajacopi	80,57
Comfaguajira	79,38
Caprecom	78,10
Capital salud	75,93
Aic - epsi - i	75,71
Comfacundi	75,23
Nueva EPS SA - cm	75,00
Capresoca	71,53
Mallamas	70,76
Dusakawie.p.s.i.	70,73
Anaswayuu	67,44
Comfachocó	62,01
Pijaosalud EPSI	59,24

Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en septiembre de 2015.

5.2. Proporción de nacidos con bajo peso al nacer

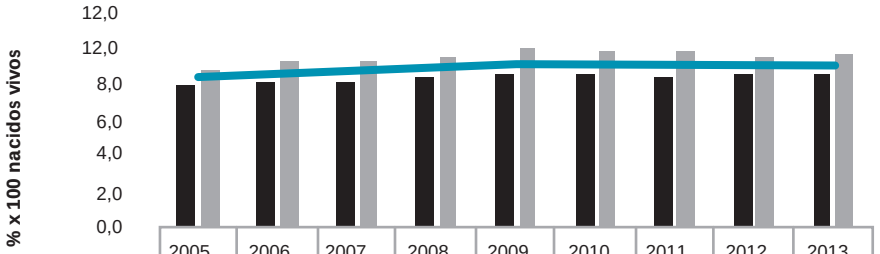
En el contexto de los individuos y las poblaciones, el peso al nacer es un importante indicador de las condiciones de salud fetal y neonatal e indirectamente de las condiciones de su gestación. El bajo peso al nacer está asociado con mayor riesgo de muerte fetal y neonatal durante los primeros años de vida, así como de padecer un retraso del crecimiento físico y cognitivo durante la infancia. Por otra parte, las alteraciones en el crecimiento fetal pueden tener adversas consecuencias en la infancia en términos de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo. El bajo peso del recién nacido es un indicador de malnutrición y del estado de salud de la madre (INS, 2014).

El indicador se expresa como el número de niños recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos, por cada 100 nacidos vivos.

Resultados

- El indicador muestra una leve tendencia creciente: pasó de 8,3% desde 2005, a 9,0% en el 2013. En este periodo de tiempo, se observa que el régimen contributivo siempre ha estado por encima del régimen subsidiado (Gráfica 8).
- Del reporte realizado por 19 EPS-C, se observa que la mayoría sus datos son poco variables, exceptuando a EMSSANAR que el 100% de nacidos vivos son de bajo peso al nacer, en contraste con la UNIDAD SERVICIO MÉDICO Y ODONTOLÓGICO DE EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN y ASMET, las cuales no reportaron casos durante el periodo analizado (Tabla 9).
- En el 2014, del reporte realizado por 40 EPS-S, se observa que la aseguradora con mayor porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer es COMFACUNDI, con un 12,6%, frente a SANITAS, SALUDCOOP, COOMEVA, SOS y NUEVA EPS, las cuales no reportaron casos durante el periodo analizado (Tabla 10).

Gráfica 8. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Subsidiado	7,9	8,1	8,1	8,3	8,4	8,5	8,3	8,4	8,4
Contributivo	8,7	9,1	8,2	9,4	9,8	9,8	9,7	9,5	9,5
Nacional	8,3	8,6	8,7	8,9	9,1	9,1	9,1	9,0	9,0

Subsidiado Contributivo Nacional

Tabla 9.Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer – EPS-C. Colombia, 2014

EPS-C	Total
Emssanar	100.00
Compensar	12.32
Cruz Blanca	11.51
Aliansalud	11.39
Famisanar Ltda.	11.35
EPS sanitas	10.24
Sura	9.92
Cafesalud EPS	9.74
Salud total	9.51
Golden group S.A. EPS	8.96
SOS	8.83

EPS-C	Total
Nueva EPS	8.57
Coomeva EPS S.A.	8.44
Comfenalco Valle EPS	7.99
Saludcoop EPS	7.90
Salud vida EPS	7.84
FPS Ferrocarriles Nacionales de Colombia	3.23
Unidad servicio médico y odontológico EPM	0.00
Asmet	0.00
Agregado EPS-C	**9.28**

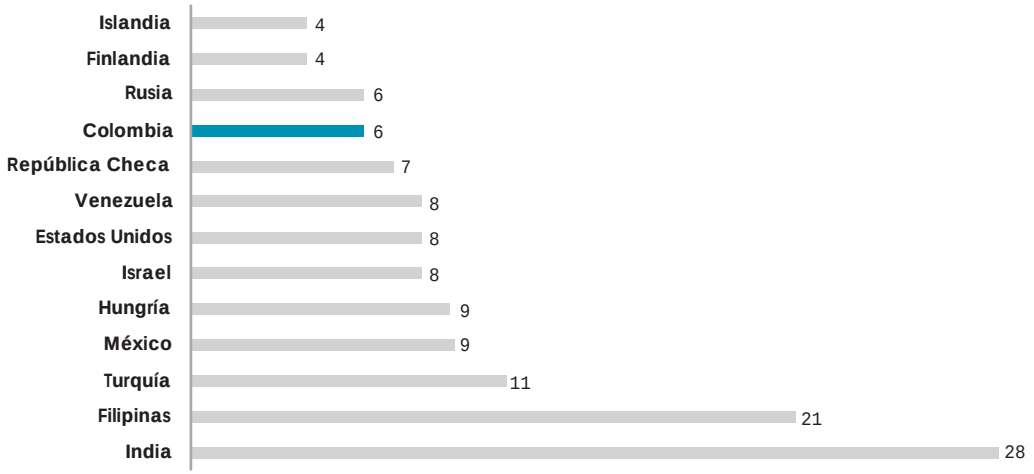
Tabla 10. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer – EPS-S. Colombia, 2014

EPS-S	Total
Comfacundi	12.63
Capital salud	10.74
Cafam	10.51
Colsubsidio	10.48
Anaswayuu	10.12
Comfaguajira	9.86
Dusakawi E.P.S.I.	9.35
Ambuq	9.23
Savia salud	9.14
Comfachocó	8.80
Emssanar E.S.S.	8.74
Convida	8.70
Comfacor	8.65
Comfaboy	8.62
Comfamiliar Cartagena	8.54
Ecoopsos	8.54
Caprecom	8.32
Mutual ser	8.25
Mallamas	8.22
Cajacopi	8.14
Comfasucre	7.98

EPS-S	Total
Emdisalud	7.94
CoosaludE.S.S.	7.92
Manexka	7.86
Comfamiliar Nariño	7.71
Saludvida	7.69
Comparta	7.62
Asmet salud	7.42
Pijaosalud EPSI	7.19
Comfamiliar Huila	7.08
Cafesalud	6.86
Aic–EPSI - I	6.81
Famisalud Comfanorte A.R.S.	6.53
Capresoca	6.34
Comfaoriente	4.59
Sanitas	0.00
Saludcoop	0.00
Coomeva EPS SA	0.00
SOS	0.00
Nueva EPS SA - CM	0.00
Agregado EPS-S	**8.29**

Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en Septiembre de 2015.

Gráfica 9. Recién nacidos con bajo peso al nacer x 100 NV en varios países del mundo en diferentes años*



Fuente: Elaboración propia con datos de Unicef Informes y Estadísticas. http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/. Selección aleatoria de países. Los datos corresponde a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente durante los años 2008-2012.

5.3. Proporción de partos institucionales

Una de las estrategiaspara reducir la morbilidad y la mortalidad en las maternas es asegurarse de que todos los partos se realicen con la asistencia de personal de salud capacitado. Esta es una meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio; más aun, en el informe de seguimiento 2015 se menciona que en todo el mundo la proporción de partos asistidos por personal de salud capacitado aumentó del 59% alrededor de 1990 al 71% alrededor de 2014.

La proporción de nacidos vivos cuyo parto fue atendido por médico o enfermera en una institución de salud habilitada es el resultado de dividir el número de partos institucionales atendidos por médico o enfermera y el número de nacidos vivos.

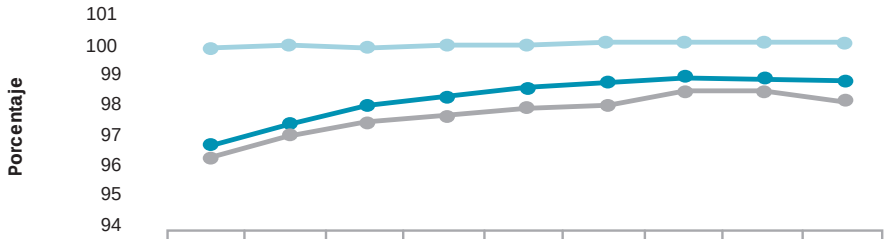
Resultados

- La tendencia desde 2005 hasta el 2014 muestra un crecimiento lineal tanto a nivel nacional como para ambos regímenes. La proporción de partos institucionales del régimen contributivo ha

permanecido siempre por encima del agregado nacional, mientras que el régimen subsidiado ha permanecido por debajo (Gráfica 10).

- Se observa que de 19 EPS-C que reportaron los nacimientos institucionales, únicamente dos de ellas están por encima del agregado EPS-C (CAFESALUD, COMPENSAR) (Tabla 11).
- En 2014, se observa que de 40 EPS-S que reportaron nacimientos institucionales, 32 de ellas se encuentran por encima del agregado EPS-S (98,7%). El menor porcentaje para este indicador corresponde a PIJAOS (72,9%) (Tabla 12).

Gráfica 10. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud. Colombia, 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nacional	96,6	97,3	97,8	98,1	98,4	98,6	98,8	98,7	98,6
Subsidiado	96,2	96,9	97,4	97,6	97,8	97,9	98,3	98,3	98,1
Contributivo	99,6	99,7	99,7	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8	99,8

Tabla 11. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud en Régimen Contributivo. Colombia, 2014

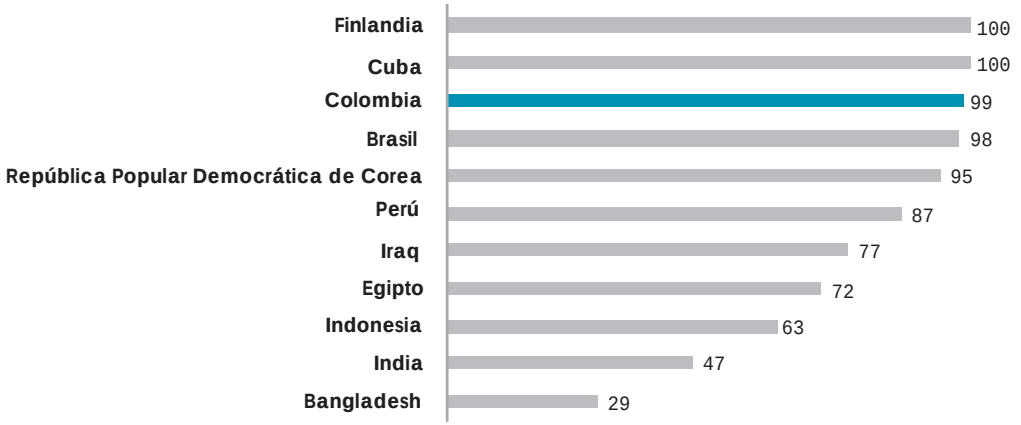
EPS-C	Total
Cafesalud EPS	99,96
Compensar	99,91
Fondo Pasivo Social Ferrocarriles Nacionales de Colombia	99,88
Eps Sanitas	99,88
Aliansalud EPS	99,82
Comfenalco Valle EPS	99,80
Coomeva EPS S A	99,80
Sura	99,75
Saludcoop EPS	99,65
Salud Total	99,48
Eps Famisanar Ltda.	99,41
Servicio Occidental de Salud S.A. SOS	99,41
Cruz Blanca EPS	99,31
Salud Vida EPS	99,21
Nueva Eps	99,10
Golden Group S.A. EPS	99,00
Emssanar	98,90
Asmet	98,80
Unidad Servicio Médico y Odontológico EPM	98,41
Agregado EPS-C	**99,88**

Tabla 12. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud en Régimen Subsidiado. Colombia, 2014

EPS-S	Total
Comfasucre	100
Entidad Promotora de Salud Sanitas SA	100
Saludcoop Entidad Promotora de Salud S	100
Coomeva EPS SA	100
Entidad Promotora de Salud Servicio Occidente	100
Nueva EPSSA- CM	100
Comfamiliar Cartagena	99,76
Cajacopi	99,71
Mutual Ser	99,7
Capital Salud	99,63
Colsubsidio	99,61
Cafam	99,52
Famisalud Comfanorte A.R.S	99,52
Comfacor	99,5
Saludvida	99,46
Coosalud E.S.S.	99,46
Convida	99,43
Ecoopsos	99,41
Comfacundi	99,39
Comparta	99,33
Comfamiliar Nariño	99,27
Comfaoriente	99,27
Cafesalud	99,25
Savia Salud -Alianza Medellín Antioquia EPS SAS	99,16
Ambuq	99,15
Comfachocó	99,14
Emssanar E.S.S.	99,11
Emdisalud	99,07
Capresoca	99,06
Comfaguajira	98,83
Comfamiliar Huila	98,82
Comfaboy	98,76
Caprecom	98,51
Dusakawi E.P.S.I.	98,06
Manexka	98,03
Asmet Salud	97,85
Anaswayuu	95,92
Mallamas	92,8
AIC-EPSI-I	88,87
Pijaosalud EPSI	72,93
Agregado EPS-S	**98,7**

Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 11. Partos Institucionales (porcentajes) en varios países del mundo en diferentes años



Fuente: Elaboración propia con datos de Unicef Informes y Estadísticas. http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/. Selección aleatoria de países. Los datos corresponde a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente durante los años 2008-2012

5.4. Proporción de nacimientos por cesárea

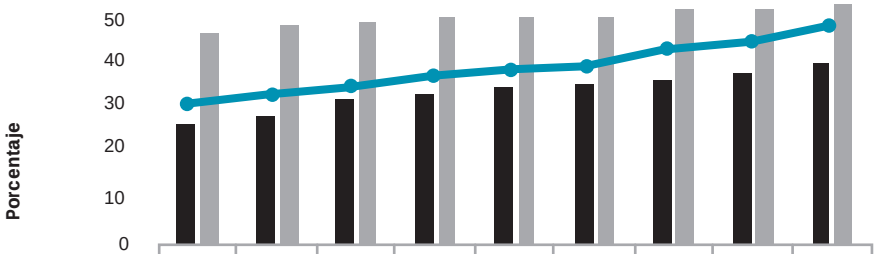
Desde 1985, los profesionales de la salud de todo el mundo han considerado que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. También desde entonces, las cesáreas son cada vez más frecuentes tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario. Como en cualquier otra cirugía, la cesárea está asociada a riesgos a corto y a largo plazo que pueden perdurar por muchos años después de la intervención y afectar a la salud de la mujer y del neonato, así como a cualquier embarazo futuro. Estos riesgos son mayores en las mujeres con escaso acceso a una atención obstétrica integral (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Este indicador expresa la proporción de niños que nacen por vía quirúrgica (cesárea), y se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos por cesárea y el número total de nacidos vivos.

Resultados

- El indicador a nivel nacional muestra una tendencia creciente: pasó de 31,5% desde 2005, a 45,5% en el 2013. El régimen contributivo está por encima del agregado nacional, mientras que el régimen subsidiado está por debajo (Gráfica 12).
- Para el 2014, 7 EPS del régimen contributivo sobrepasaron el agregado EPS-C (51,6%); entre ellas están: Aliansalud, Golden Group, Salud vida, Sanitas, Saludcoop y Salud Total (Tabla 13).
- Del total de nacidos por cesárea reportados por 40 EPS-S para el 2014, 16 aseguradoras presentan porcentajes para este indicador superiores al agregado EPS-S (42,7%). Dentro de estas EPS se encuentran COMFASUCRE (71,5 %), COMFACOR (64,3%), MUTUAL SER (63,3%), MANEXKA (59,6%) (Tabla 14).
- De acuerdo con la referenciación internacional aleatoria, Colombia se encuentra cercana al resultado de México y Brasil, en relación con la proporción de partos por cesárea (Gráfica 13).

Gráfica 12. Porcentaje de nacimientos por cesárea. Colombia, 2005-2013



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Subsidiado	25,27	27,24	29,56	32,08	33,69	34,46	37,16	38,59	41,19
Contributivo	44,87	45,43	46,00	47,25	48,88	49,64	51,12	51,12	52,04
Nacional	31,54	33,38	35,35	37,36	39,12	40,22	42,49	43,44	45,49

Tabla 13. Porcentaje de nacimientos por cesárea en Régimen Contributivo. Colombia, 2014

EPS-C	Total
Aliansalud EPS	67,78
Golden Group S.A. EPS	64,47
Salud Vida EPS	63,38
Coomeva EPS S A	60,19
Eps Sanitas	57,25
Saludcoop EPS	52,95
Salud Total	52,00
Sura	50,19
Nueva EPS	50,10
Compensar	48,47
Cafesalud EPS	45,08

EPS-C	Total
Comfenalco Valle EPS	44,08
Servicio Occidental de Salud S.A. SOS	43,70
Cruz Blanca EPS	40,68
Eps Famisanar Ltda.	40,36
Unidad Servicio Médico y Odontológico EPM	34,62
Emssanar	0,00
Asmet	0,00
Agregado Eps-C	**51,62**

Tabla 14. Porcentaje de nacimientos por cesárea en Régimen Subsidiado, Colombia, 2014

EPS-S	Total
Comfasucre	71,56
Comfacor	64,35
Mutual Ser	63,36
Manexka	59,60
Comfamiliar Cartagena	58,81

EPS-S	Total
Ambuq	58,53
Cajacopi	58,25
Comfaguajira	58,02
Coosalud E.S.S.	50,39
Comfaoriente	49,94

Pasa...

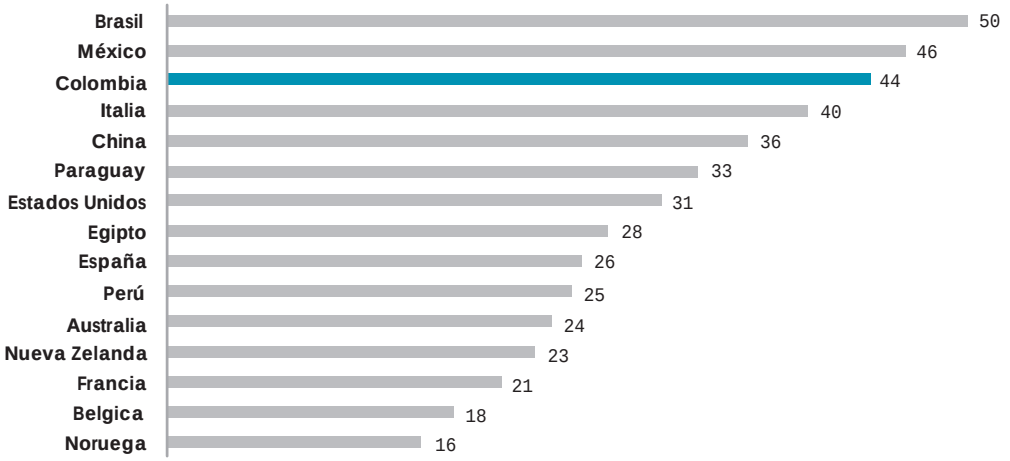
Continuación. Porcentaje de nacimientos por cesárea en Régimen Subsidiado, Colombia,2014

EPS-S	Total
Saludvida	48,99
Comparta	48,66
Comfamiliar Nariño	48,16
Emdisalud	47,17
Famisalud Comfanorte A.R.S	46,50
Dusakawi E.P.S.I.	44,06
Cafam	40,37
Caprecom	39,29
Anaswayuu	39,29
Emssanar E.S.S.	36,96
Ecoopsos	36,91
Convida	35,68
Colsubsidio	34,96
Comfaboy	34,74
Cafesalud	34,57
Asmet Salud	34,12
Comfamiliar Huila	32,81

EPS-S	Total
Capital Salud	31,95
Comfacundi	31,01
Capresoca	30,03
Savia Salud -Alianza Medellín Antioquia EPS SAS	28,90
Comfachocó	28,63
Mallamas	28,37
Nueva EPS SA - CM	25,00
AIC-EPSI-I	23,56
Saludcoop Entidad Promotora de Salud S	16,67
Pijaosalud EPSI	15,21
Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.	0,00
Coomeva EPS S.A.	0,00
Entidad Promotora de Salud Servicio Occidente	0,00
Agregado EPS-S	**42,70**

Fuente: Elaboración propia con los datos de SISPRO, con los indicadores de caracterización. Consultado en Septiembre de 2015.

Gráfica 13. Partos por Cesáreas (porcentajes) en varios países del mundo en diferentes años*



Fuente: Elaboración propia con datos de Unicef Informes y Estadísticas. http://www.unicef.org/spanish/sowc2014/numbers/. Selección aleatoria de países. Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente durante los años 2008-2012.

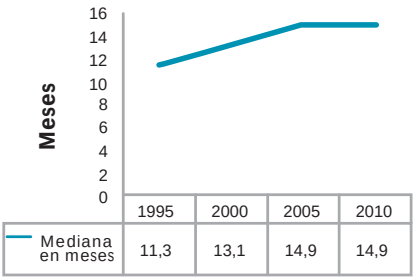
5.5. Duración de la Lactancia Materna

De acuerdo con la OMS, la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población, se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años (Organización Mundial de la Salud, 2015).

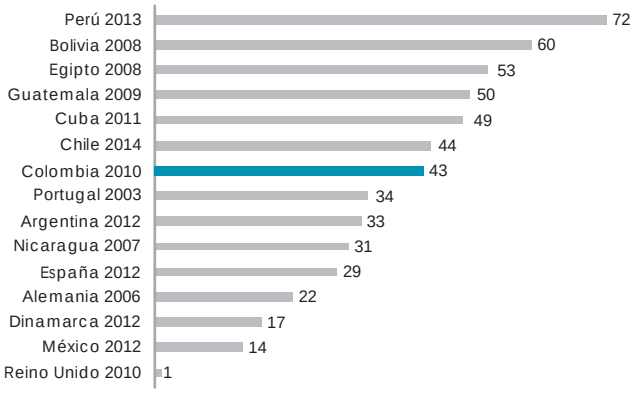
Resultados

- Si bien la mediana de duración de lactancia materna total en Colombia fue de 14,9 meses tanto para 2005 como para 2010 (Gráfica 14), la mediana de lactancia materna exclusiva en los lactantes indígenas es un 17% mayor que en la población general, al alcanzar un valor de 2,10 meses, y en el grupo afro de 0,80. Existen pequeñas diferencias por área, siendo de 1,80 en la urbana y 1,70 en la rural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- Según la ENDS, en Colombia para 2010, la lactancia materna exclusiva entre los niños menores de tres años fue apenas de 1,8 meses en mediana y disminuyó en 0,4 meses con respecto a 2005 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Gráfica 14. Mediana de lactancia materna total. Colombia, 1995-2010



Gráfica 15. Lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses en varios países del mundo en diferentes años



Fuente: Elaboración propia con datos de WHO StatisticalInformationSystem (WHOSIS). Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente.

5.6. Tasa de Mortalidad por IRA en niños menores de 5 años

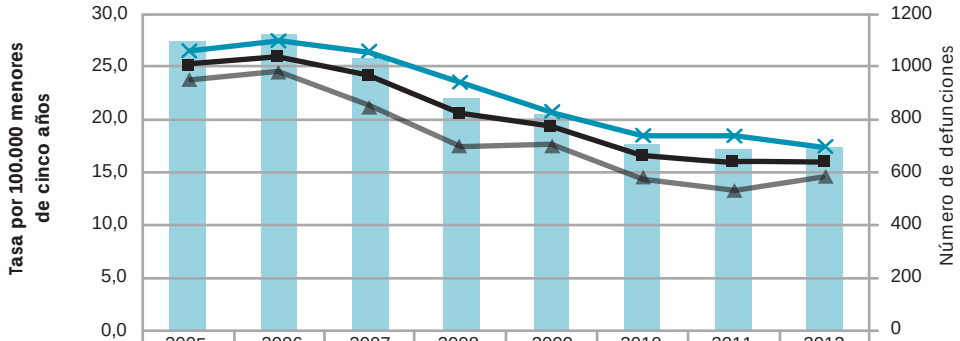
La tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años ha disminuido en más de la mitad desde 1990 hasta 2015, al reducirse de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos. Sin embargo, a pesar de la impactante mejora en la mayoría de las regiones, las tendencias actuales no son suficientes para cumplir con el objetivo de los ODM (Naciones Unidas, 2015).

La tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años relaciona el número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Infección Respiratoria Aguda –IRA– y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Resultados

- Entre 2005 y 2012, en Colombia se registraron 7.027 muertes en menores de cinco años atribuidas a IRA, para un promedio anual de 878 muertes y una desviación estándar de 183; el número de muertes osciló entre 683 y 1.122, para un rango de 439 (Gráfica 16).
- Son mayores las tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años del sexo masculino, que del sexo femenino (Gráfica 16).
- Las tasas de mortalidad tendieron al descenso entre 2005 y 2012, al pasar de 25,13 a 16,10 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, lo cual significa una reducción del 35,95% o su equivalente en términos absolutos de 9 muertes por cada 100.000 menores de cinco años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- De acuerdo con la referenciación internacional aleatoria, Colombia presenta una tasade mortalidad por IRA en menores de 5 años más baja que Bolivia, Ecuador, México y Venezuela (Gráfica 17).

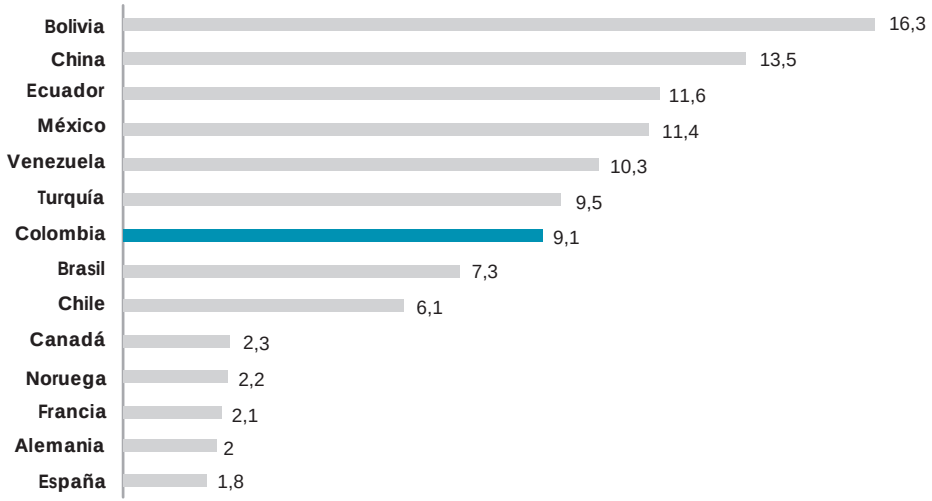
Gráfica 16.Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años. Colombia, 2005-2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Defunciones	1092	1122	1032	883	818	706	683	691
Tasa	25,13	25,99	24,01	20,6	19,11	16,49	15,94	16,1
Tasa mujeres	23,85	24,53	21,27	17,38	17,5	14,49	13,28	14,64
Tasa hombres	26,37	27,38	26,63	23,69	20,65	18,41	18,48	17,49

Fuente: ASIS 2014. Ministerio de Salud y Protección Social

Gráfica 17. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años en países diversos 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de WHO Statistical Information System (WHOSIS). Selección aleatoria de países.

5.7. Tasa de Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760.000 millones de niños cada año. La diarrea es una importante causa de malnutrición (Organización Mundial de la Salud, 2013).

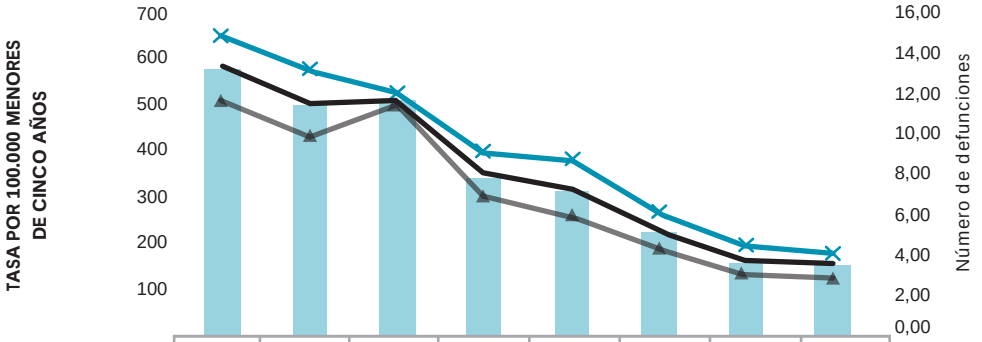
Según el ASIS 2014, en Colombia, para el periodo 2009-2012, del total de niños menores de cinco años hospitalizados, entre el 8,76% y el 11,91% fueron diagnosticados con EDA. El rotavirus es el agente etiológico productor de la diarrea en los niños que, además, son los que mayormente precisan ingreso hospitalario, con 2 millones de hospitalizaciones, 25 millones de visitas médicas en el mundo y entre 400.000 y 600.000 muertes en menores de 5 años. Es por lo anterior que en el 2009 ingresó la vacuna contra el rotavirus al esquema de vacunación colombiano, lo cual ha permitido disminuir la morbimortalidad por la EDA en esta población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

La tasa de mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– en menores de 5 años relaciona el número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una EDA y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Resultados

- En Colombia, entre 2005 y 2012 se registraron 2.784 muertes en menores de cinco años atribuidas a EDA, para un promedio anual de 348 muertes y una desviación estándar de 166; el número de muertes osciló entre 152 y 581, para un rango de 429 (Gráfica 18).
- Así mismo, las tasas de mortalidad tendieron al descenso, al pasar de 13,38 a 3,54 muertes por cada 100.000 menores de cinco años. Aunque las tasas siguieron la misma tendencia en hombres y en mujeres, su comportamiento variante hizo que la brecha se mantuviera con tasas entre un 0,4% y un 48%, más alta en hombres que en mujeres, o su equivalente de 0,5 a 3,3 muertes más por cada 100.000 nacidos vivos en el sexo masculino (Gráfica 18).
- De acuerdo con la referenciación internacional aleatoria, Colombia presenta una tasa de mortalidad por EDA menor que Bolivia, Honduras, Perú y Mexico (Gráfica 19).

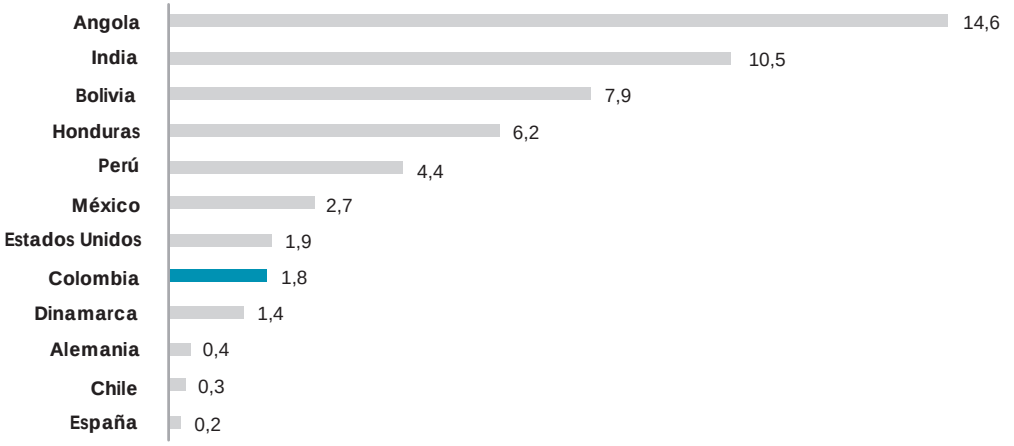
Gráfica 18.Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Colombia, 2005-2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Defunciones	581	500	506	346	314	225	160	152
Tasa	13,38	11,58	11,77	8,08	7,34	5,26	3,73	3,54
Total hombres	14,97	13,19	12,02	9,18	8,73	6,12	4,43	4,15
Total mujeres	11,71	9,90	11,52	6,92	5,88	4,35	3,01	2,91

Fuente: ASIS 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 19. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años en países diversos 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de WHO Statistical Information System (WHOSIS). Selección aleatoria de países. Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente.

5.8. Razón de mortalidad materna

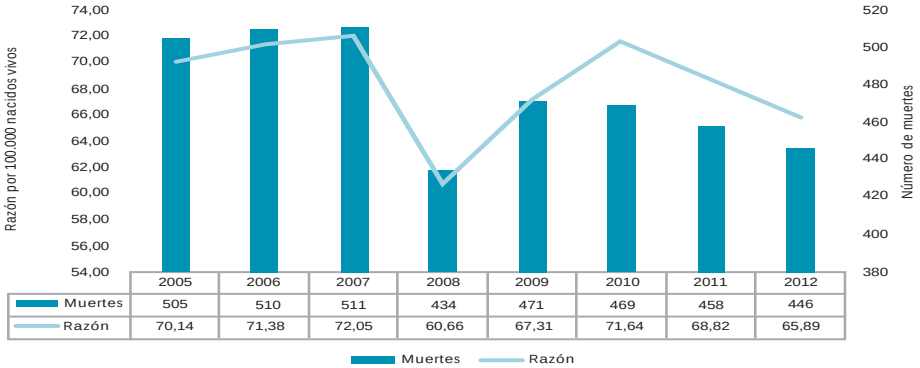
La supervivencia materna ha mejorado significativamente desde que se adoptaron los ODM. Entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad materna ha disminuido en todo el mundo en un 45%, al pasar de 380 a 210 muertes maternas por cada 100.000 niños nacidos vivos. Sin embargo, la mayoría de estas muertes son prevenibles. De acuerdo con los datos de 2003 a 2009, las hemorragias fueron la causa del mayor número de muertes maternas, con más del 27% en las regiones en desarrollo y aproximadamente el 16% en las regiones desarrolladas. Otras complicaciones principales incluyen infecciones, presión arterial alta durante el embarazo, complicaciones en el parto y abortos en condiciones de riesgo. Se ha comprobado que las intervenciones sanitarias pueden prevenir o manejar estas complicaciones, incluyendo la atención prenatal durante el embarazo, la asistencia capacitada durante el parto y la atención y el apoyo en las semanas posteriores al parto (Naciones Unidas, 2015).

La razón de mortalidad materna se expresa como el cociente entre el número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales y el número de nacidos vivos para un año dado por cada 100.000 nacidos vivos, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Resultados

- En Colombia, la mortalidad materna ha tendido al descenso a través del tiempo. Entre 2005 y 2008 se redujo en 9,48 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, con una razón que pasó de 70,14 a 60,66 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; aunque el cambio porcentual anual (APC, por sus siglas en inglés) fue de -2,99, no fue significativo, con un nivel de confianza del 95%. Posteriormente, el indicador tendió al incremento, al alcanzar un valor máximo en 2011 de 68,82, para descender en 2012 a 65,89.
- El APC entre 2008 y 2012 fue de 1,00 y tampoco fue significativo. Durante todo el periodo la reducción fue del 6%, lo que se traduce en 4,25 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El APC fue de -0,63, aunque no fue estadísticamente significativo (Gráfica 20) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- De acuerdo con la referenciación internacional aleatoria la razon de mortalidad materna en Colombia es menor a la observada en Bolivia, Guatemala, Honduras, Venezuela y Perú entre otros.

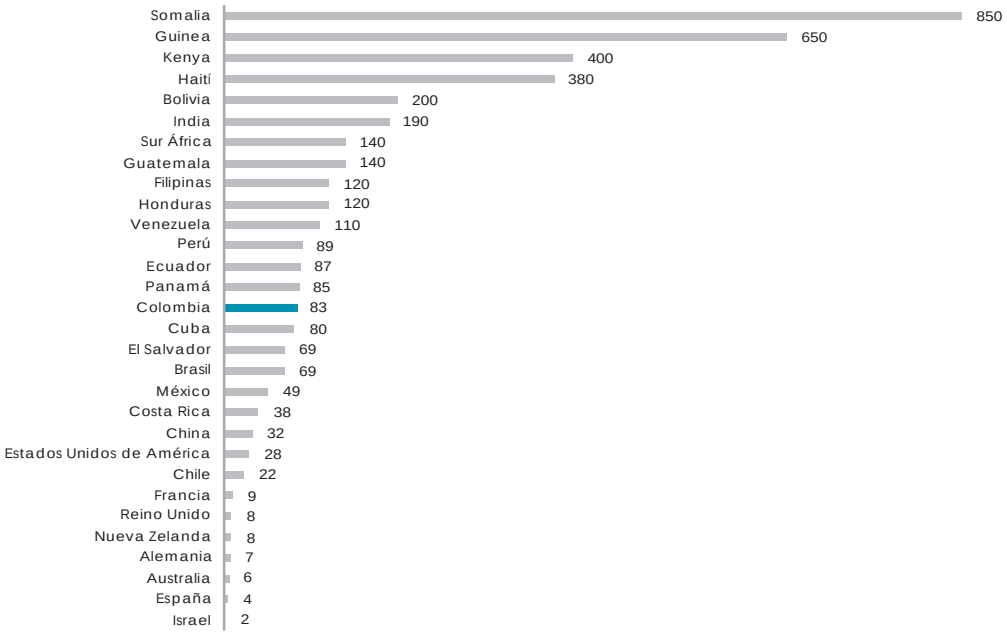
Gráfica 20. Razón de mortalidad materna. Colombia, 2005-2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Muertes	505	510	511	434	471	469	458	446
Razón	70,14	71,38	72,05	60,66	67,31	71,64	68,82	65,89

Fuente: ASIS 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 21. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de WHO Statistical Information System (WHOSIS) Selección aleatoria de países.

5.9. Tasa de mortalidad neonatal

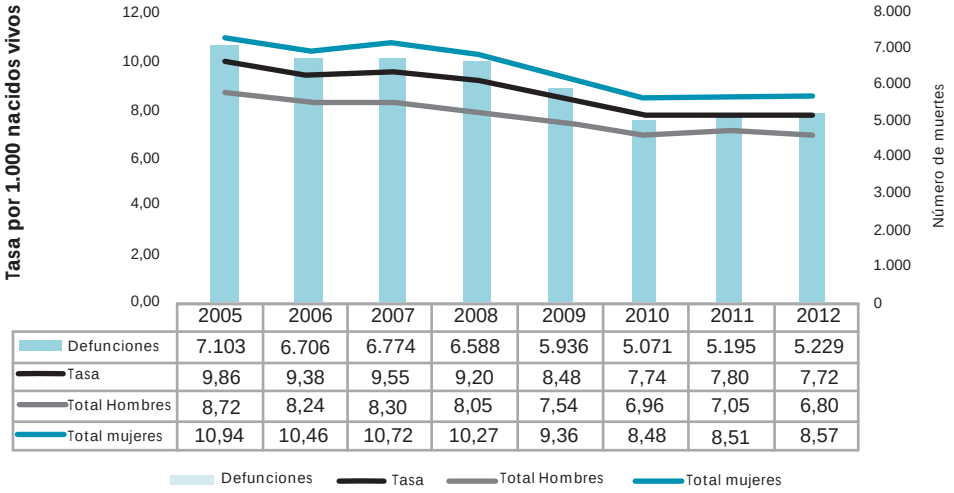
Entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad neonatal del mundo cayó de 33 a 19 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos. Como la caída de la mortalidad neonatal ha sido más lenta que la caída de la mortalidad de niños entre 1 y 59 meses, las muertes neonatales ahora representan una parte mayor del total de las muertes de niños menores de 5 años. Cada región del mundo está experimentando un aumento en la proporción de muertes de menores de 5 años que ocurren en el período neonatal (Naciones Unidas, 2015).

En Colombia, la mortalidad por afecciones del periodo perinatal se ha mantenido baja y constante. Entre 2005 y 2012, el 46,54% (18.181) de las muertes por estas causas se atribuyó a trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; las tasas ajustadas se redujeron en un 38%, equivalente a 2,20 muertes menos por cada 100.000 habitantes. El subgrupo del resto de ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (subgrupo residual que incluye los siguientes códigos diagnósticos: P00-P96, P08, P29, P35, P37-P96) causó el 22,03% (8.605) de las muertes, seguido de la sepsis bacteriana del recién nacido, con un 16,20% (6.329) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Resultados

- La mortalidad neonatal es componente de la mortalidad infantil; en Colombia, aporta el 62% de las muertes ocurridas antes del año de vida. Entre 2005 y 2012, de 5.555.860 nacidos vivos, se produjeron 48.602 muertes neonatales, para un promedio anual de 6.075 muertes y una desviación estándar de 822; el número de muertes osciló entre 5.071 y 7.103, para un rango de 2.032. Las tasas de mortalidad neonatal disminuyeron en 2,14 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual es equivalente a una reducción del 21,7%; su tendencia fue similar en ambos sexos, siendo entre un 21% y un 29% mayor en hombres que en mujeres (Gráfica 22) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).
- La gráfica 23 muestra que Colombia presenta para el 2014 una tasa de mortalidad perinatal por 100.000 nacidos vivos menor que Bolivia, Paraguay, Ecuador, Brasil y Venezuela.

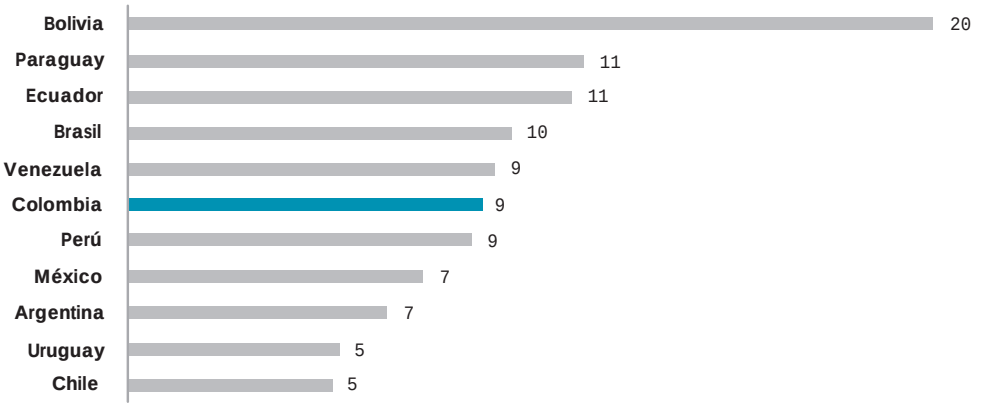
Gráfica 22. Tasa de mortalidad neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. Colombia, 2005-2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Defunciones	7.103	6.706	6.774	6.588	5.936	5.071	5.195	5.229
Tasa	9,86	9,38	9,55	9,20	8,48	7,74	7,80	7,72
Total Hombres	8,72	8,24	8,30	8,05	7,54	6,96	7,05	6,80
Total mujeres	10,94	10,46	10,72	10,27	9,36	8,48	8,51	8,57

Fuente: ASIS 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 23. Tasa de mortalidad perinatal (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países 2014



Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos de WHO Statistical Information System (WHOSIS) Selección aleatoria de países.

5.10. Tasa de mortalidad infantil

El país tiene avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil, la cual en promedio anual se ha reducido 0,44 muertes por cada mil nacidos vivos hasta el último dato emitido para 2011. De continuarse este promedio, se podría cumplir la meta establecida para 2015 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014).

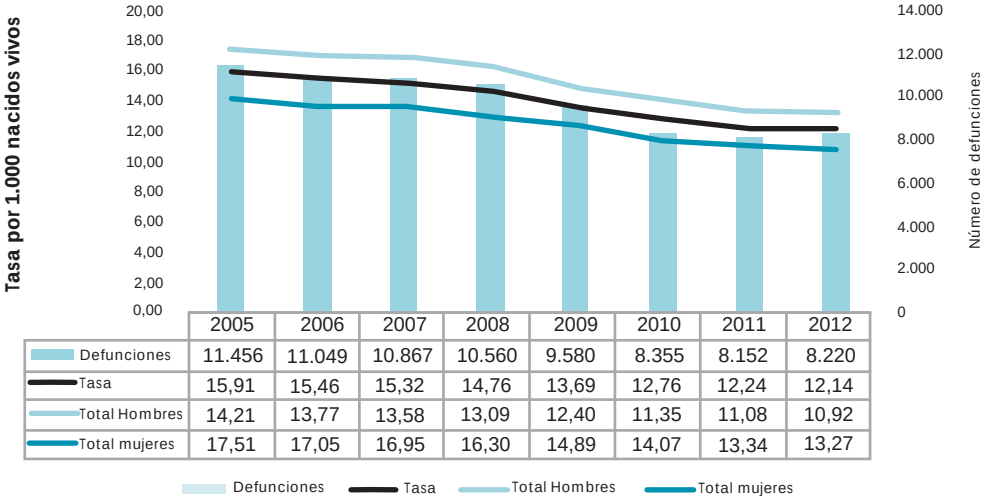
Los avances que se dan en la reducción de la mortalidad infantil se explican por los esfuerzos en aumentar disponibilidad, acceso y calidad de un sistema de salud, pero también por las mejores condiciones de vida registradas en los últimos años (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014).

El avance global de la supervivencia infantil continúa eludiendo a muchos de los niños más jóvenes del mundo y a aquellos en situaciones más vulnerables. Unos 16.000 niños menores de 5 años continúan muriendo cada día en el transcurso de 2015. La mayoría de ellos morirá de causas prevenibles, como la neumonía, la diarrea y el paludismo (Naciones Unidas, 2015).

Resultados

- En el 2012, por cada 1.000 nacidos vivos, 35 menores de un año perdieron la vida en el mundo, y 16 en los países de ingresos medio altos (The World Bank, 2014).
- En Colombia, la mortalidad infantil ha seguido una tendencia al descenso a través de los años. Entre 2005 y 2012 se registraron 78.239 muertes, para un promedio anual de 9.780 y una desviación estándar de 1.382; el número de muertes osciló entre 8.152 y 11.456, para un rango de 3.304. Las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 14,91%, lo cual equivale a que para 2012 se produjeron casi cuatro muertes menos que en 2005 por cada 1.000 nacidos vivos. La tendencia decreciente se observó para ambos sexos, aunque la brecha se mantuvo a través del tiempo. Las tasas de mortalidad en hombres se mantuvieron entre un 20% y un 25% más altas que en las mujeres (Gráfica 24) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

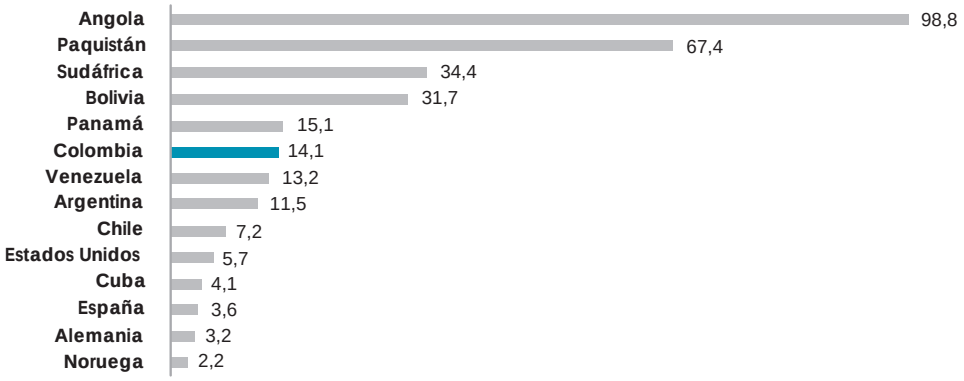
Gráfica 24. Mortalidad infantil. Colombia, 2005-2012



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Defunciones	11.456	11.049	10.867	10.560	9.580	8.355	8.152	8.220
Tasa	15,91	15,46	15,32	14,76	13,69	12,76	12,24	12,14
Total Hombres	14,21	13,77	13,58	13,09	12,40	11,35	11,08	10,92
Total mujeres	17,51	17,05	16,95	16,30	14,89	14,07	13,34	13,27

Fuente: ASIS 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 25. Tasa mortalidad infantil (por 100.000 nacidos vivos) en países diversos 2014



Fuente: Fuente: Elaboración propia con datos de WHO Statistical Information System (WHOSIS) Selección aleatoria de países.

5.11. Cobertura de vacunación con biológicos trazadores BCG, Pentavalente 3 en población menor de un año, triple viral en población de un año y refuerzo de triple viral de los 5 años

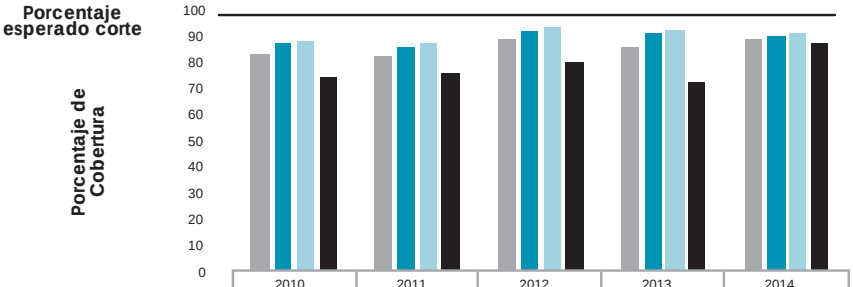
El Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI– corresponde a una de las estrategias más costo-efectivas que se desarrollan a nivel nacional. Para su operación requiere de una logística específica, que se enmarca en aspectos de calidad, eficacia, eficiencia y efectividad de los procedimientos. Dentro del programa se desarrolla el esquema nacional de vacunación que en la actualidad cuenta con 21 biológicos que protegen contra 26 enfermedades, lo que se traduce en la disminución de la morbimortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas, y por ende en el mejoramiento de los resultados en salud.

En cuanto a coberturas de vacunación, como meta nacional se tiene establecido que a 2021, se debe alcanzar y mantener coberturas del 95% o más, con todas las vacunas que hacen parte del esquema nacional.

Resultados

- Revisando los resultados de coberturas del programa en los últimos cuatro años (2010-2014), se observa un aumento en la cobertura de vacunación de todos los biológicos trazadores: BCG en recién nacidos, pasó de 83,5% a 88,7%, la cobertura de DPT en menores de un año pasó de 87,9%a 90,3%. En cuanto a la cobertura de Triple Viral de 1 año se observa un incremento en el periodo analizado al pasar de 88,5 % a 91;3% y por último, la cobertura de Triple Viral 5 años-refuerzo, presenta un aumento, al pasar de 74,4%a 87;8% (Gráfica 26).
- Según la referenciación internacional aleatoria Colombia, Costa Rica y El Salvador presentaron las mayores coberturas de vacunación para polio durante el 2014 (Gráfica 27).

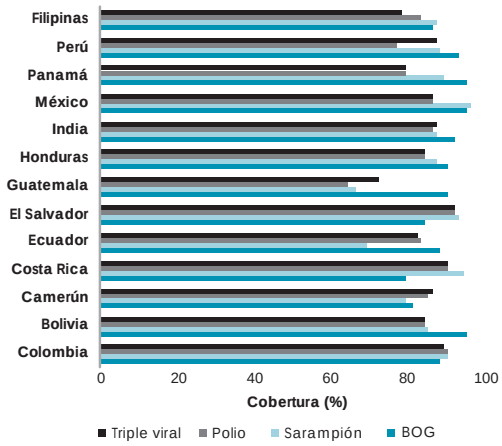
Gráfica 26. Coberturas de vacunación con biológicos trazadores BCG, Pentavalente 3 en población menor de un año, triple viral en población de un año y refuerzo de triple viral de los 5 años. Colombia 2010 – 2014.



	2010	2011	2012	2013	2014
BOG en Recién Nacidos	83,5	82,7	89,1	85,9	88,7
DPT Menores de 1Año	87,9	85,5	91,8	91	90,3
T. V. niños de 1Año	88,5	87,6	93,8	92,4	91,3
Triple Viral 5 años - Ref.	74,4	75,8	79,7	72,3	87,8

Fuente: tomado a partir del reporte mensual del PAI.

Gráfica 27. Coberturas de vacunación por biológico (%) en países diversos* 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de de WHO Vaccine Preventable Diseases: Monitoring System 2015 Global Summary.

5.12. Letalidad por dengue

Según una estimación reciente, en el mundo se producen 390 millones de infecciones por dengue cada año, de los cuales 96 millones se manifiestan clínicamente (cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad (Centro de Prensa OMS, 2015).

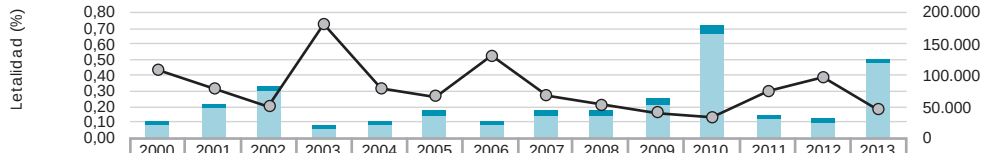
El dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave, la circulación simultánea de diferentes serotipos, la reintroducción del serotipo tres, la infestación por *A. aegypti* de más de 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm, la urbanización de la población por problemas de violencia y el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años (Instituto Nacional de Salud, 2014).

Este indicador se expresa como la proporción de casos de dengue (dengue y dengue grave) que han fallecido en un determinado periodo de tiempo, entre el número de casos de dengue (dengue y dengue grave).

Resultados

- La letalidad entre 2000 y 2014 ha presentado gran variabilidad con picos en el 2003, 2006 y 2012 (0,74%; 0,52% y 0,38%, respectivamente)(Gráfica 28).
- El año de menor letalidad se presentó en 2010; en contraste, fue el año cuando mayor número de casos se presentaron.
- Cabe resaltar que la letalidad por dengue expresada en la Gráfica 28 agrupa los casos de dengue y dengue grave, de acuerdo con las recomendaciones de la OPS.

Gráfica 28. Letalidad por dengue. Colombia, 2000-2013



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Dengue grave	1.819	1.737	5.245	1.456	2.259	4.309	3.883	6.855	4.914	9.004	11.289	1.381	890	3.113
Dengue	22.775	48.321	76.579	16.951	22.197	38.308	22.206	37.540	36.175	54.922	157.526	31.260	25.255	122.441
Letalidad	0,43	0,32	0,21	0,74	0,32	0,26	0,52	0,27	0,21	0,17	0,13	0,29	0,38	0,18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Sivigila dispuestos en SISPRO. Consultado el 28 de septiembre de 2015.

5.13. Proporción de transmisión materno-infantil del VIH a 18 meses

Tres de los Objetivos del Desarrollo del Milenio-ODM presentan una oportunidad para la reducción del número de casos de VIH, tanto en la población general, como en la transmisión materno-infantil, a saber: reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (ODM 6) (Instituto Nacional de Salud, 2015).

En los últimos años, las terapias antirretrovirales han mejorado la calidad y esperanza de vida de las personas que viven con VIH: las mujeres en estas condiciones pueden pensar en ser madres, teniendo en cuenta todas las medidas de prevención de la transmisión-materno infantil, como el uso de la TAR, la cesárea programada y la utilización de lactancia artificial; sin embargo, a pesar de estas medidas, se presenta trasmisión materno-infantil (Cuenta de Alto Costo, 2014).

Resultados

- De acuerdo con los datos de la CAC, para el año 2014, se encontraron 14 casos de trasmisión materno-infantil, aunque comparado con los años anteriores se está reduciendo el número de casos (Tabla 15).
- En el 2014, en total se reportaron 819 hijos de madres con VIH. El mayor porcentaje se reportó en el régimen subsidiado en un 63,2%, seguido de un 35,5% en el contributivo y un 1,2% en Fuerzas Militares (Tabla 16).

Tabla 15. Casos diagnosticados con VIH, menores de 18 meses hijos de madres con VIH en Colombia, 2012- 2014

Año	Casos
2012	21
2013	17
2014	14

Fuente: Cuenta de Alto Costo – BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de corte: 31 de enero de 2012, 2013 y 2014.

Tabla 16. Distribución porcentual de menores de 18 meses hijos de madres con VIH, reportados por sexo, Colombia 2014

Régimen	Casos	%
Contributivo	291	35,5
Subsidiado	518	63,2
Fuerzas Militares	10	1,2
Total	**819**	**100,0**

Fuente: Cuenta de Alto Costo – BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de corte: 31 de enero de 2012, 2013 y 2014.

5.14. Prevalencia registrada de VIH/SIDA

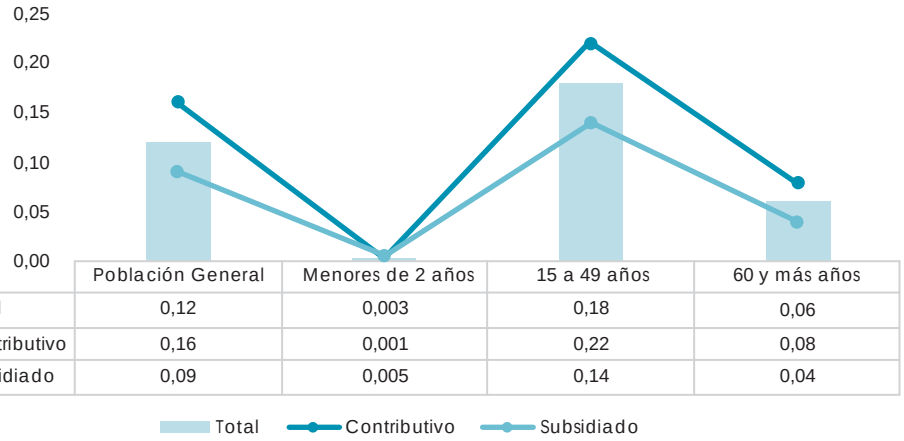
En Colombia, a partir del año 2012, se inició la recopilación de los datos mediante la estructura definida en la Resolución 4725. Se observa un incremento de las personas VVIH a través de los años; este aumento estaría definido por la captación que se hace cada año por cada EAPB; de esta manera, en el 2012 fueron reportados 37.325 casos, y para el 2014, 53.408 casos, lo que muestra una orientación creciente de la población VVIH en Colombia (Cuenta de Alto Costo, 2014).

La prevalencia de personas viviendo con VIH/SIDA se obtiene de los casos reportados por las EAPB y la población afiliada en las mismas; las prevalencias calculadas por la OMS se basan de acuerdo con una expectativa de probabilidad de casos esperados mediante el paquete informático Spectrum; por tal razón, para el 2014 hay una diferencia entre la prevalencia obtenida por la Cuenta de Alto Costo-CAC con lo reportado por la OMS, para el 2014.

Resultados

- Para el 2014 la prevalencia general fue de 0,12 por cada 100 personas afiliadas, con una mayor prevalencia en el régimen contributivo de 0,16 por cada 100 afiliados y en el régimen subsidiado de 0,9 por cada 100 afiliados (Gráfica 29) (Cuenta de Alto Costo, 2014).

Gráfica 29. PrevalenciaVIH/Sida. Colombia, 2014



	Población General	Menores de 2 años	15 a 49 años	60 y más años
Total	0,12	0,003	0,18	0,06
Contributivo	0,16	0,001	0,22	0,08
Subsidiado	0,09	0,005	0,14	0,04

*No incluye régimen de Fuerzas Militares
Fuente: Cuenta de Alto Costo – BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha medición: 31 de enero de 2014.

5.15. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA, con indicación de Tratamiento Antirretroviral-TAR que reciben TAR actual (Cobertura de TAR)

De acuerdo con el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2015, las nuevas infecciones con VIH disminuyeron en aproximadamente 40% entre 2000 y 2013, de un estimado de 3,5 millones de casos a 2,1 millones. En junio de 2014, en todo el mundo, 13,6 millones de las personas que vivían con el VIH recibían la Terapia Antirretroviral –TAR–, un gran aumento a partir de solo 800.000 personas en 2003. La TAR evitó 7,6 millones de muertes por SIDA entre 1995 y 2013.

Sin embargo, se hace necesario aumentar los esfuerzos en la cobertura del tratamiento, mejorar la prevención y el diagnóstico, y propender porque estas estrategias se sostengan en el tiempo, ya que se debe mejorar en la calidad de los servicios y continuar la búsqueda en las poblaciones clave (Cuenta de Alto Costo, 2014).

Resultados

- De acuerdo con los datos de CAC, para el 2014, al 95% de los pacientes que tenían una indicación de TAR se les suministró el tratamiento.En el mismo año, el 55,4% de las Personas Viviendo

con VIH se encontraban con tratamiento de primera línea de TAR y el 42,1% permaneció por 12 meses en la primera línea de TAR (Tabla 17) (Cuenta de Alto Costo, 2014).

Tabla 17. Distribución de PVVIH con indicación TAR que reciben TAR actualmente en población general por régimen, Colombia 2014

Régimen	PVVIH con TAR indicada que recibe TAR Actual	PVVIH con TAR indicada	Indicador (%)
Contributivo	22.288	23.453	95,03
Subsidiado	15.105	15.690	96,27
Fuerzas Militares	583	609	95,73
Total	**37.976**	**39.752**	**95,53%**

Fuente: Cuenta de Alto Costo – BD Resolución 4725/2011 y 783/2012. Fecha de corte: 31 de enero de 2014.

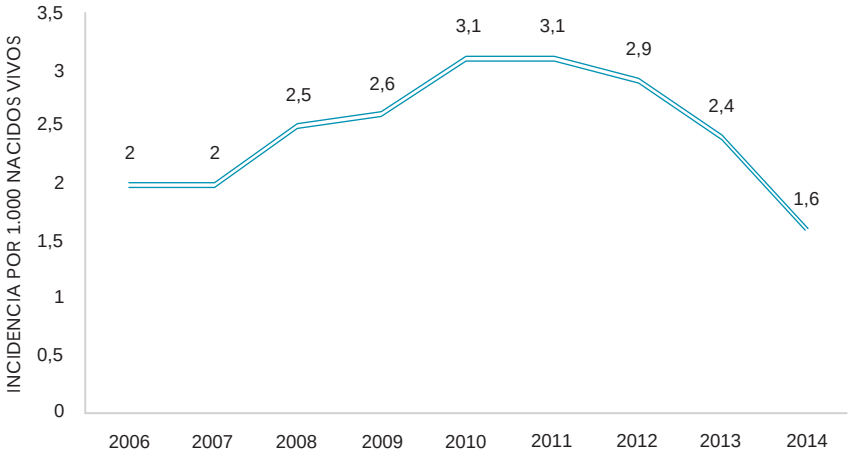
5.16. Tasa de incidencia de sífilis congénita

Colombia ha desarrollado varias iniciativas frente a la incidencia de la enfermedad: la construcción del Plan de Eliminación de Sífilis Congénita desde el año 2000, la Estrategia para la Reducción de la Transmisión Perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita y, actualmente, el Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita 2011-2015. Sin embargo, a pesar de todos los esfuerzos de los diferentes sectores involucrados en el seguimiento y control de dichos eventos, la sífilis congénita no ha sido eliminada (INS, 2015).

Resultados

- En Colombia, a partir de 2006 hasta el 2012, se observa una tendencia creciente del indicador: pasó de una tasa de 2,0 a 3,1 por 1.000 nacidos vivos. A partir de 2013 empieza a mostrar un leve descenso hasta llegar a 1,6 en 2014 (Gráfica 30).

Gráfica 30. Incidencia sífilis congénita. Colombia, 2006-2014



Fuente: Sivigila. Informe de Evento, 2014.

5.17. Captación de pacientes con Hipertensión arterial y Diabetes mellitus

Las enfermedades cardiovasculares causan cerca de 17 millones de muertes anuales en el mundo entero, y entre ellas las complicaciones de la hipertensión general el 9,4 millones de muertes. "Para 2008, en el mundo se habían diagnosticado con hipertensión aproximadamente el 40% de los adultos mayores de 25 años; el número de personas afectadas aumentó de 600 millones en 1980 a 1.000 millones en 2008" (Organización Mundial de la Salud, 2013). Globalmente, se estima que 347 millones de personas tenían diabetes para 2013 y se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas por esta causa. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Resultados

- De acuerdo con los datos de la CAC para el 2014, de las 42.815.084 personas afiliadas, el porcentaje de captación de las enfermedades precursoras principales para la Enfermedad Renal Crónica (Hipertensión y Diabetes) en pacientes de 18-69 años fue de 32,7% (Tabla 18).
- De acuerdo con el género, tanto la captación de pacientes con HTA como en DM, fue mayor en el sexo femenino (35,22%) y (60,61%) respectivamente (Tabla 19).

Tabla 18. Porcentaje de captación de hipertensión arterial y diabetes mellitus de acuerdo al tipo de aseguramiento, Colombia 2014

Régimen	BDUA Total	Captación HTA	Captación DM	Captación Precursoras (18-69 años)
Contributivo	20.128.274	41,98	82,45	47,38
Subsidiado	22.686.810	16,26	25,2	17,45
Total	**42.815.084**	**29,37**	**54,38**	**32,7**

Fuente: Base de datos resolución 2463 de 2014 EPS/EOC, EOC, Fecha de medición: 30 de junio 2014.

Tabla 19. Porcentaje de captación de hipertensión arterial y diabetes mellitus de acuerdo al género, Colombia 2014

Género	BDUA Total	Captación HTA	Captación DM	Captación precursoras (18-69 años)
Femenino	22.023.225	35,22	60,61	38,6
Masculino	20.791.859	22,96	47,55	26,24
Total	**42.815.084**	**29,37**	**54,38**	**32,7**

Fuente: Base de datos resolución 2463 de 2014 EPS/EOC, EOC, fecha de medición: 30 de junio 2014.

5.18. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años

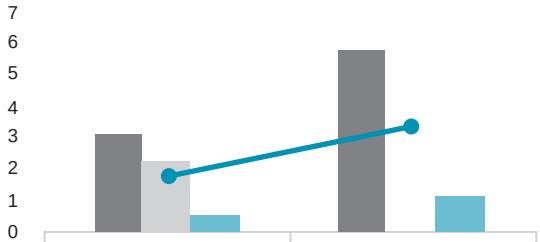
En el mundo para el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos). OMS, 2015.

"La Ley 1355 del 2009 define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención, que prioriza las intervenciones en el consumo de alimentos, dada su relación con la obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles" (Congreso de Colombia, 2009).

Resultados

- Entre 2013 y 2014 ha habido un aumento en la prevalencia de la obesidad en personas de 18 a 64 años, de 1,83 a 3,39, respectivamente. El régimen contributivo es que el mayor prevalencia de casos de obesidad presenta con respecto al resto de regímenes, e incluso se ubica por encima de la prevalencia nacional (Gráfica 31).
- Entre géneros, se observa una mayor prevalencia en mujeres frente a hombres (Gráfica 32).

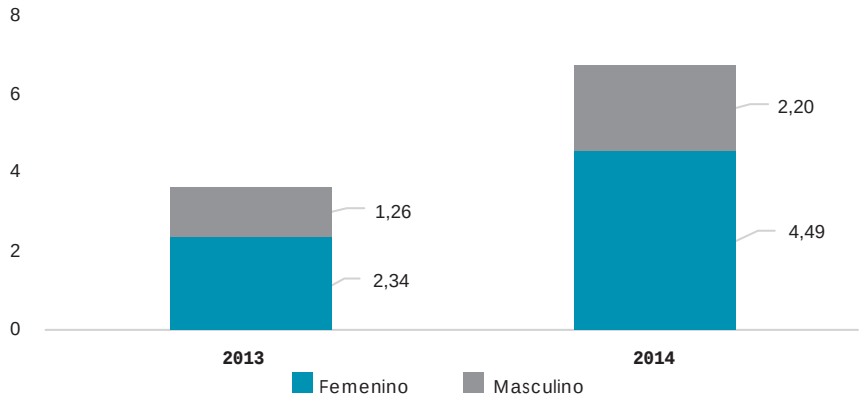
Gráfica 31. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años. Colombia, 2013-2014



	2013	2014
Contributivo	3,11	5,76
Excepción/Especial	2,21	0
Subsidiado	0,49	1,16
Colombia	1,83	3,39

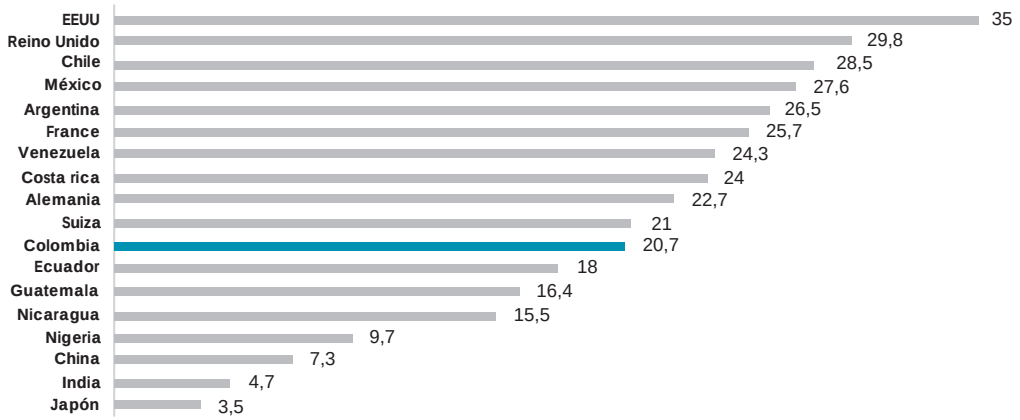
Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Cubo de indicadores de caracterización. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 32. Prevalencia de obesidad en personas de 18 a 64 años, por género. Colombia, 2013-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Cubo de indicadores de caracterización. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 33. Prevalencia de obesidad (IM>30) en varios países 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de WHO Statistical Information System (WHOSIS). Selección aleatoria de países.

5.19. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas

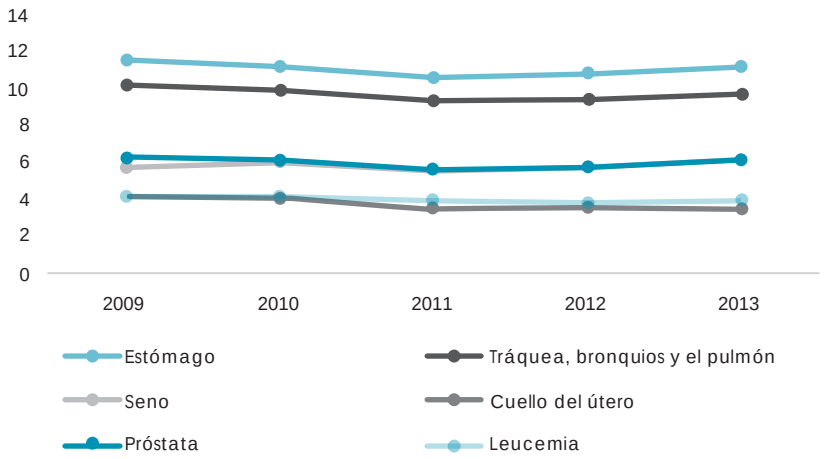
El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de defunciones ocurridas en todo el mundo en 2012. Colombia puso en marcha el Plan Decenal para el Control del Cáncer 2012-2021, que basa su planteamiento en la prevención integrada de factores de riesgo de la población, en la posibilidad de detección temprana y en la efectividad, oportunidad y continuidad en la atención de los enfermos para mejorar la calidad de vida, disminuir el impacto económico y el negativo desarrollo social.

En Colombia, el cáncer representa un problema de salud pública creciente: de acuerdo con las cifras de mortalidad del Globocan 2012, en el país 104 personas fallecen al día por esta enfermedad. Este resultado es una combinación de factores que incluye: malos hábitos de la población como el consumo de tabaco, sobrepeso, la poca ingesta de frutas y verduras, y el exceso de comidas rápidas, bebidas azucaradas y alcohol. Otro de los factores determinantes está relacionado con los problemas de los servicios de salud en los ámbitos de la prevención, la detección temprana, el tratamiento y los cuidados paliativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Resultados

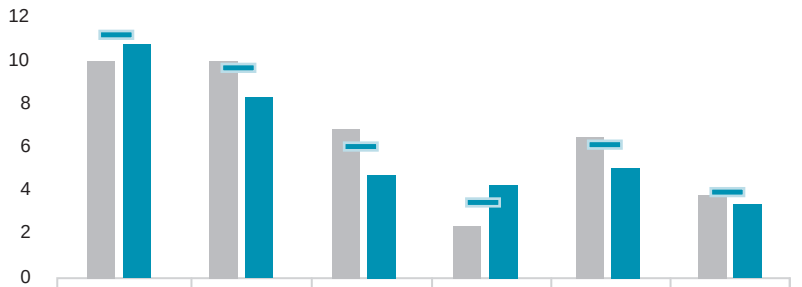
- Se observa que entre 2009 y 2013 la tasa de mortalidad para los cánceres de estómago, pulmón, seno, cuello uterino, próstata y leucemia ha presentado un comportamiento estable en el tiempo. La mayor tasa de mortalidad la presenta el cáncer de estómago, seguido de tráquea, bronquios y pulmón. El Cáncer de Seno y próstata han presentado tasas de mortalidad similares (Gráfica 34).
- En cuanto al cáncer de estómago, en el 2013, el régimen subsidiado reportó una mayor tasa de mortalidad (10,74) con respecto al régimen contributivo (9,94), ambas por debajo de la tasa de mortalidad nacional (11,1) (Gráfica 35).

Gráfica 34. Tasa de mortalidad por algunas neoplasias malignas. Colombia, 2009-2013



Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO, del cubo de Estadísticas Vitales, defunciones. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 35. Tasa de mortalidad por algunas neoplasias malignas, por régimen. Colombia,2013



	Estómago	Pulmón	Seno	Cérvix	Próstata	Leucemia
Contributivo	9,94	9,93	6,79	2,32	6,44	3,82
Subsidiado	10,74	8,32	4,68	4,20	5,09	3,39
Colombia	11,15	9,70	6,07	3,48	6,13	3,93

Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO, del cubo de Estadísticas Vitales, defunciones. Consultado en septiembre de 2015.

5.20. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

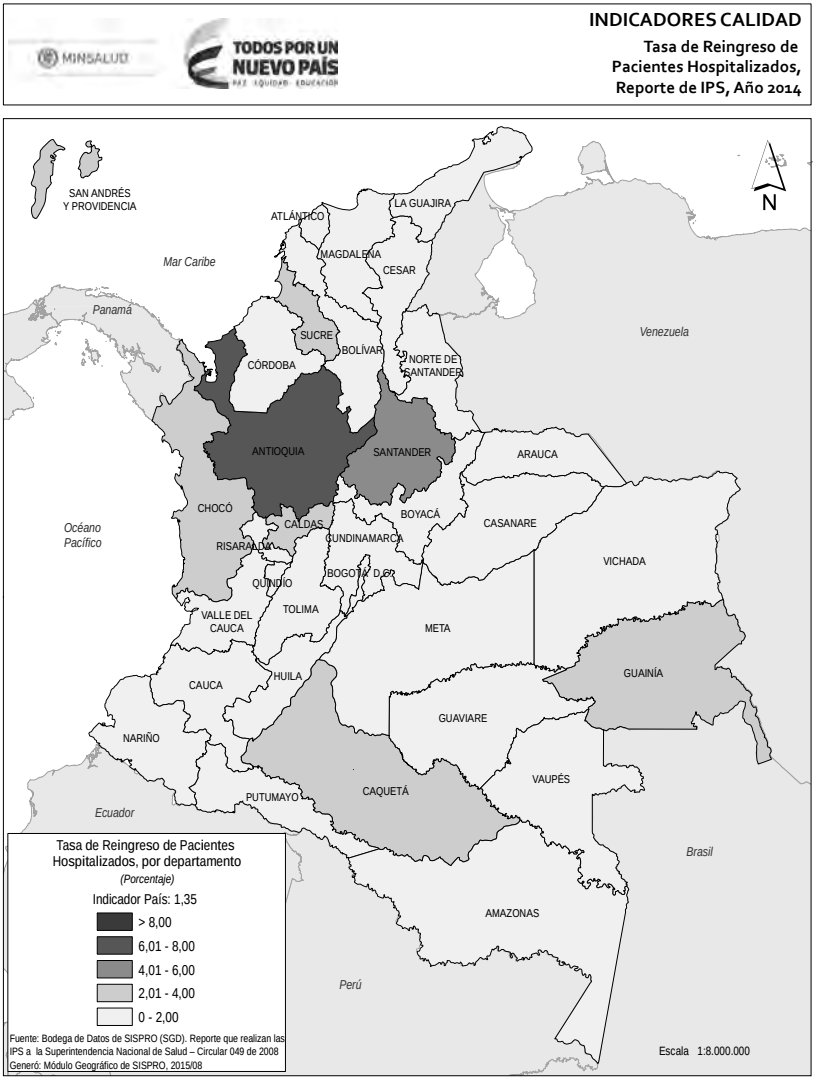
La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria utilizado habitualmente. El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Los primeros son susceptibles de ser evitados, mientras que los relacionados con la enfermedad no siempre pueden controlarse. Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta (Ministerio de la Protección Social, 2009).

La tasa de reingreso de pacientes hospitalizados se obtiene de una relación porcentual entre el número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período, dividido por el número total de egresos vivos en el período. La unidad de medida para este indicador es porcentual y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

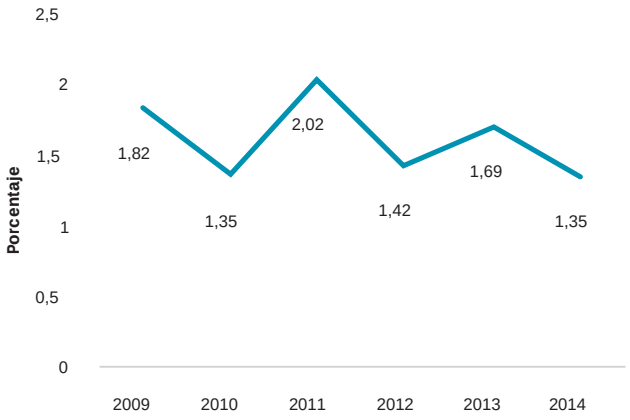
- La tendencia del indicador ha sido decreciente: pasó de 1,82% en 2009 a 1,35% en 2014. Esta tendencia no ha sido estable (Gráfica 36).
- El 69% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Figura 1).
- En el 2014, el indicador más alto se encuentra en Antioquia (6,22 %), Santander (4,3%) y Archipiélago de San Andrés (3,83%). El indicador más bajo se encuentra en Vaupés (0,1%), Magdalena (0,04%) y Guaviare (0,03%) (Tabla 20 y Mapa 1).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 57% y 90%. El menor porcentaje de reporte fue 57% en 2009 (Tabla 21).

Mapa 1. Tasa de reintegro de pacientes hospitalizados, reporte de IPS, año 2014



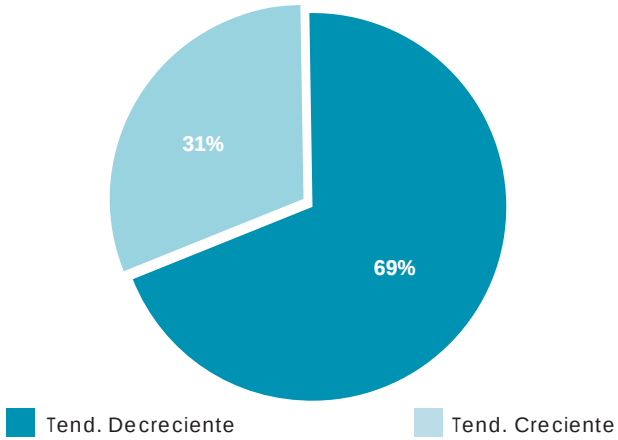
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 36. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 1. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 20. Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	1,86	3,88	1,58	2,95	2,18	0,45
Antioquia	1,21	1,69	1,75	1,83	2,51	6,22
Arauca	0,82	0,48	0,42	2,16	0,44	0,13
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	2,47	1,82	3,83
Atlántico	4,39	0,76	12,7	1,03	1,03	1,26
Bogotá D.C.	2,43	1,4	1,44	1,24	1,5	1,34
Bolívar	3,8	0,95	0,89	0,68	0,89	0,93
Boyacá	1,51	1,15	1,4	2,43	0,77	1,73
Caldas	1,92	2,98	6,43	5,29	2,04	2,64
Caquetá	0,96	0,92	0,73	0,5	1,74	2,91
Casanare	0,82	0,73	0,73	0,37	1,34	1,53
Cauca	0,74	0,7	0,83	0,99	0,64	0,72
Cesar	1,05	0,47	0,55	0,71	0,75	0,61
Chocó	0,35	1,62	1,67	4,34	1,47	2,03
Córdoba	0,9	1,58	2,13	0,81	0,57	0,75
Cundinamarca	1,49	1,02	1,05	2,27	1,57	1,50
Guainía	0,22	N.D.	N.D.	N.D.	2,71	2,57
Guaviare	0,09	N.D.	N.D.	0,64	0,21	0,03
Huila	0,92	0,8	0,68	0,4	0,65	0,72
La Guajira	0,89	1,97	3,13	1,66	2,21	1,91
Magdalena	1,3	0,69	1,82	1,43	1,72	0,04
Meta	3,17	1,48	1,38	1,08	1,21	1,10
Nariño	2,88	1,35	1,34	0,47	0,85	0,97
Norte de Santander	0,74	0,75	0,74	0,94	0,64	0,49
Putumayo	1,53	1,14	0,68	4,11	1,42	0,44
Quindío	1,83	1,25	1,53	1,22	3,06	1,50
Risaralda	1,33	1,74	1,46	1,07	1,76	0,72
Santander	1,8	1,72	1,88	1,99	2,65	4,30
Sucre	3,3	3,25	1,87	2,92	3,84	2,09
Tolima	1,29	1,74	0,85	1,03	4,52	1,13
Valle del Cauca	1,03	1,07	1,04	1,13	1,43	1,23
Vaupés	N.D.	0,19	0,23	0,26	N.D.	0,10
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	1,24	1,14	0,91
Colombia	1,82	1,35	2,02	1,42	1,69	1,35

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 21. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	3,1	2,43	2,62	8,09	8,98	9,46
Desv. Estándar	11,79	8,46	10,81	25,05	26,15	26,96
Observaciones	970	1.098	1.301	1.256	1.817	1.800
Universo	1.709	1.560	1.822	1.946	2.021	2.219
% de reporte	57%	70%	71%	65%	90%	81%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

5.21. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

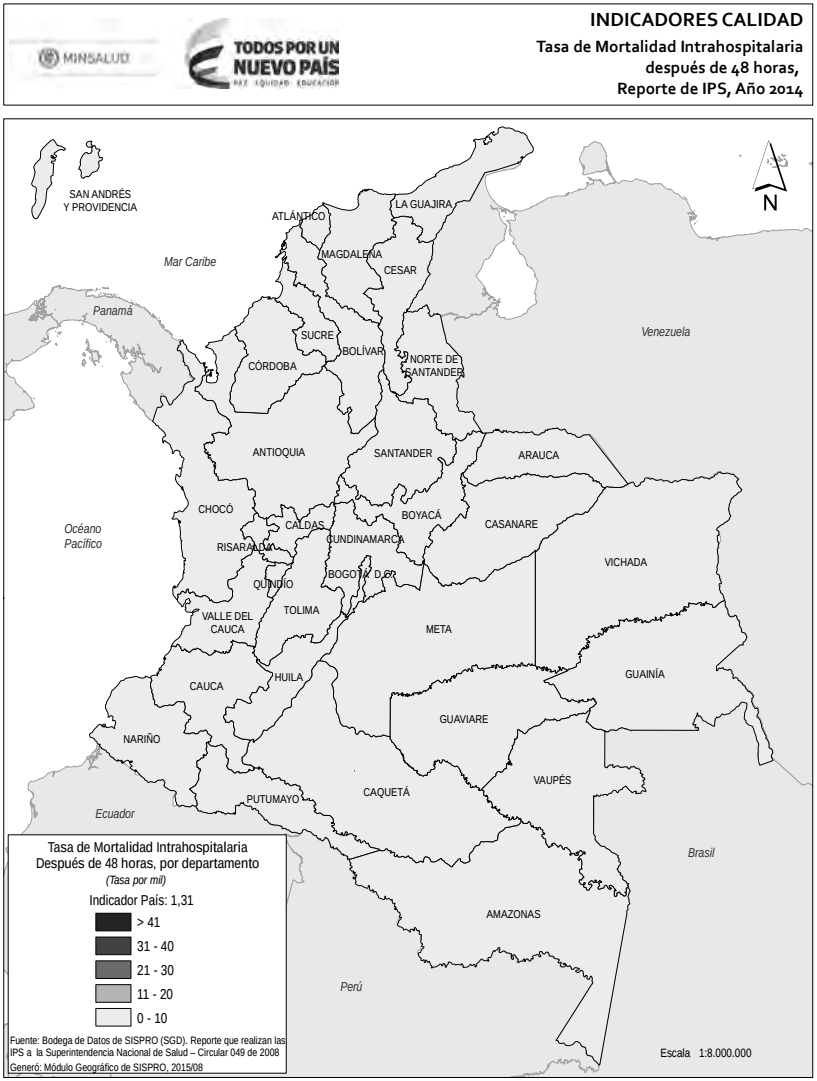
Las principales causas de mortalidad en Colombia por grandes grupos, registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28% y un 30% de causantes del total de muertes, seguida de las causas externas (17% a 24%), las neoplasias (14% a 18%), las enfermedades respiratorias (8,7%) y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%). Para el 2010, los hombres presentaron tasas ajustadas de mortalidad superiores a las de las mujeres (506 en hombres y 373 en mujeres por 100.000 habitantes) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Este indicador se obtiene de una relación entre el número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso, dividido por el número total de pacientes hospitalizados. La unidad de medida es una tasa por 1.000 y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

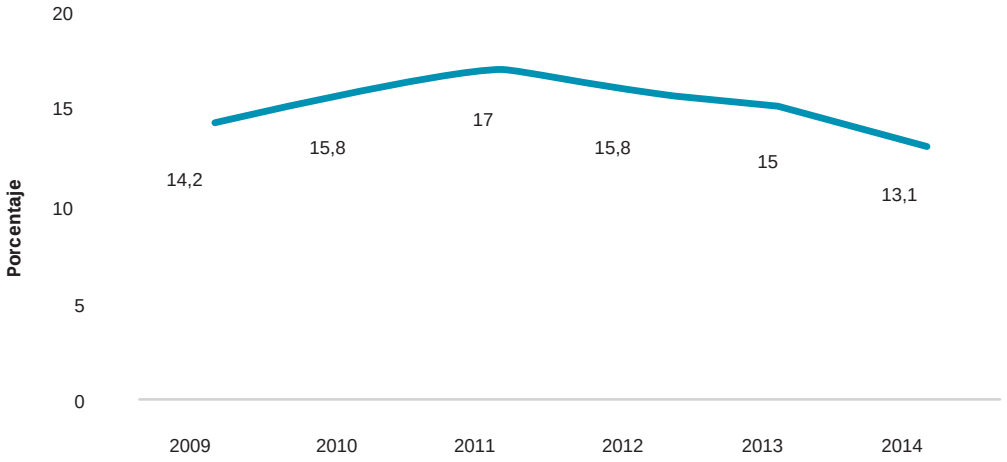
- El indicador ha tenido una tendencia decreciente, al pasar de 14,2 en el 2009, a 13,1 en el 2014. Entre este período, en 2011 se tuvo el mayor valor para el indicador (17), mientras que en 2009 fue el menor (Gráfica 37).
- El 71% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Figura 2).
- El indicador más alto se encuentra en Santander (24,8), Quindío (23,5) y Atlántico (22,6). El indicador más bajo se encuentra en Vaupés (2,1), Vichada (1,1) y Putumayo (0,9) (Tabla 22 y Mapa 2).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 60% y 85%. El menor porcentaje de reporte fue 56%, en 2009 (Tabla 23).

Mapa 2. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas, reporte de IPS, año 2014



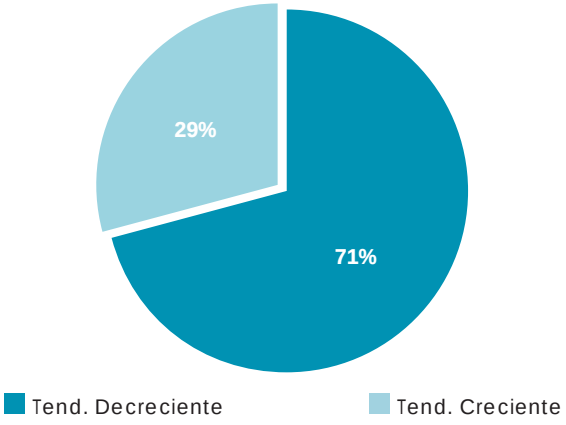
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 37. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 2. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 22. Tasa de mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	13,6	5,8	4	6,5	6,1	4,2
Antioquia	13,6	13,6	17,6	14,5	18,9	19,6
Arauca	7,7	4,9	5,6	5,8	4,1	7,6
Ar. de San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	1,4	5,5	5,5
Atlántico	12,7	18,6	22,3	20,6	24,1	22,6
Bogotá D.C.	15,6	16,6	17,9	17,5	18,2	17,6
Bolívar	16,3	17,5	17,1	13,7	19	14,3
Boyacá	18,9	14	24,5	50,7	17,9	12,5
Caldas	13,9	18,8	17,8	9,4	18,2	18,8
Caquetá	8,7	3,2	2,2	3,5	2,8	3,7
Casanare	4,7	5,8	2,4	6,6	7,1	7,6
Cauca	7,2	10,7	9,1	10,6	7,5	8,6
Cesar	6,2	8,7	7,4	6,1	6,7	4,7
Chocó	11,8	8,8	21,2	8,4	12,2	17,9
Córdoba	10,8	21,4	9,6	12,5	11,3	15,7
Cundinamarca	15,1	19,2	18,7	10,2	18,7	16,1
Guainía	4,3	N.D.	N.D.	N.D.	8,6	5,4
Guaviare	3,3	N.D.	N.D.	5,6	4,4	7,4
Huila	15,5	12,1	14,1	12,6	11,9	11,5
La Guajira	4,4	5,4	27,9	4,6	13,1	13,5
Magdalena	17,1	13,2	9,8	12,8	14,2	10,5
Meta	15,3	14,6	13,3	15,5	17,2	19,5
Nariño	3,3	7,6	10,8	11,2	15,4	16,7
Norte de Santander	19,9	21,3	19,1	16	17,3	18,5
Putumayo	2,6	3,8	2,4	1,7	1,5	0,9
Quindío	2,5	2	4,1	18,1	27,6	23,5
Risaralda	15,8	14	12,6	20,3	15,4	12,2
Santander	24	24,3	25,8	19,1	19,3	24,8
Sucre	10,8	8,3	9,3	9,9	19,5	12,4
Tolima	13,8	18,5	13,4	15,9	19,9	9,8
Valle del Cauca	16,1	19	19,1	19,2	7,7	5,2
Vaupés	N.D.	1,9	8	2,6	5,7	2,1
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	7,9	5,2	1,1
Colombia	14,2	15,8	17	15,8	15	13,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 23. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	3,07	3,13	6,8	1,29	8,35	9,64
Desv. Estándar	13,51	13,73	22,63	4,86	25,45	27,62
Observaciones	962	1.089	1.337	1.184	1.805	1.820
Universo	1.709	1.560	1.822	1.946	2.021	2.219
% de reporte	56%	70%	73%	61%	89%	82%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

6. Indicadores de Seguridad de la Atención en Salud

Los indicadores de seguridad de la atención en salud que se compilaron en este informe se encuentran en la Tabla 24. La metodología de construcción de los indicadores se puede consultar en el capítulo 3 Metodología del informe.

Tabla 24. Indicadores de seguridad en salud INCAS 2015

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
1. Infección asociada a atención en salud	1. Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico –NAV–; Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter –ITS-AC–; y Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter –ISTU-AC–.	Tasa de infecciones asociadas a dispositivos
	2. Infección global	Tasa de infección intrahospitalaria
2. Seguridad global	1. Vigilancia eventos adversos	Proporción de eventos adversos gestionados

Fuente: Elaboración propia con información de INCAS 2009.

6.1. Tasa de Infecciones asociadas a dispositivos

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud –IAAS– han sido consideradas como un tema prioritario en salud pública, debido a que están asociadas con un incremento de la morbilidad, la mortalidad y en general los costos relacionados con la atención en salud, al igual que están catalogadas como el evento adverso más frecuente en Latinoamérica (Instituto Nacional de Salud, 2013).

El Ministerio en el año 2010 determinó la necesidad de contar con información nacional adicional a lo definido en el Sistema de Información para la Calidad, en cuanto a las infecciones asociadas a la atención en salud, para lo cual delegó al Instituto Nacional de Salud –INS– la vigilancia de estos eventos en el país, priorizando las Infecciones Asociadas a Dispositivos –IAD–, Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico–NAV–, Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter –ITS-AC– e Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter –ISTU-AC–.

A continuación se presentan los resultados de la vigilancia realizada por el Instituto Nacional de Salud para el año 2013.

Resultados

- De las 157 Unidad Primaria Generadora de Dato –UPGD– con UCI vigiladas, el 36,3% correspondieron a Bogotá D. C; seguido por Barranquilla, con un 15,2%; Antioquia, con el 13,4%; Valle del Cauca, con el 11,5%; Santander, con el 7%; Boyacá y Meta, con 5,7% respectivamente y por último, Cundinamarca, con 5%.
- En el 2013 se notificaron un total de 4.485 casos de IAD en las Unidades de Cuidado Intensivo vigiladas por el Instituto Nacional de Salud. Del total de casos notificados se observó que la Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter –ITS-AC– fue la infección con mayor reporte de casos, seguido de la Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter –ISTU-AC– y, por último, los casos de Neumonía asociada a ventilador mecánico –NAV– (Tabla 25).
- El análisis de la tasa de densidad de incidencia global se obtiene del cociente entre el número de casos y el total de días dispositivo x 1000. Para el 2013, se observó que la NAV presenta una tasa de 3,7 casos por 1000 días ventilador mecánico, lo que quiere decir que por cada 1000 días de uso del ventilador se presentaron 3,7 infecciones. Para el caso de las ISTU-AC se presentó una tasa de 3,5 por 1000 días catéter urinario y para las ITS-AC, una tasa de 3,2 por 1000 días catéter central.

Tabla 25. Proporción de casos notificados por tipo de IAD, año 2013

Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD)	Año 2013	Indicador%
No. de casos Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)	1.749	39%
No. de casos Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC).	1.435	32%
No. de casos Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	1.301	29%
Total casos	**4.485**	**100%**

Fuente: Elaborado a partir de los datos del INS, Informe de Evento IAAS, 2013.

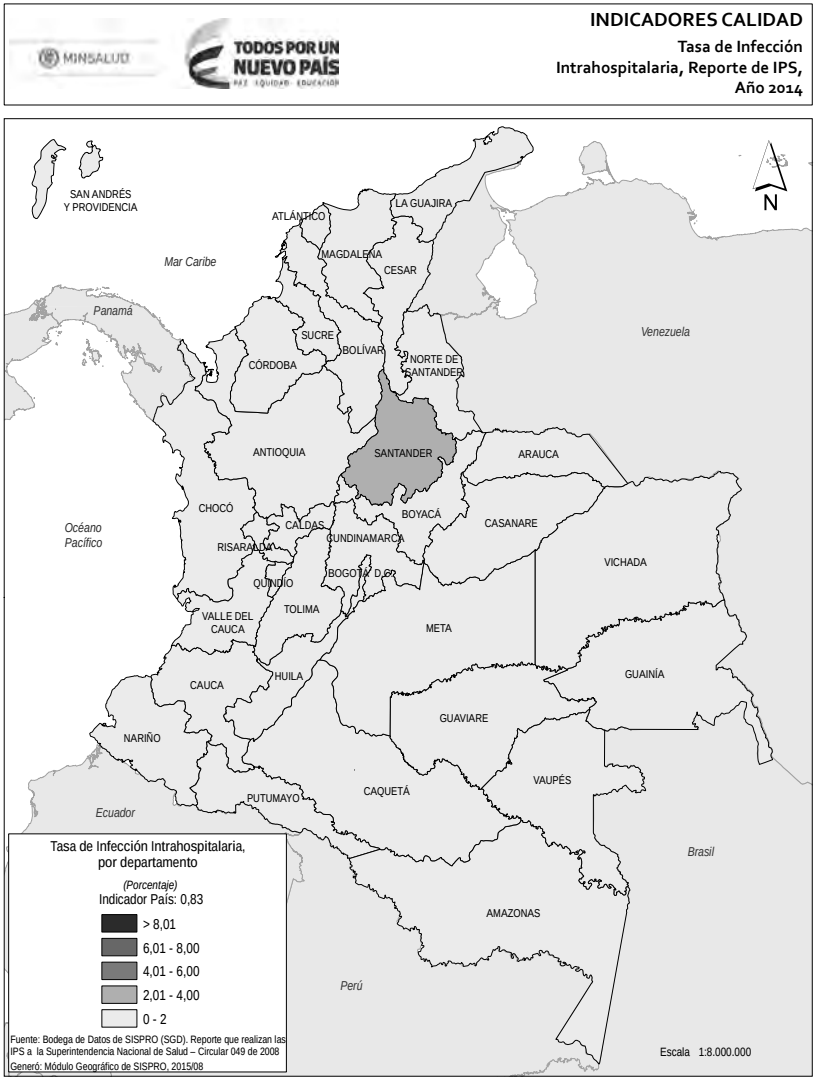
6.2. Tasa de infección intrahospitalaria

La Resolución 1446 de 2006 definió que el indicador de tasa de infección intrahospitalaria se obtiene de la relación porcentual entre el número total de pacientes con infección intrahospitalaria, dividido por el número total de pacientes hospitalizados. La unidad de medida es porcentual y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

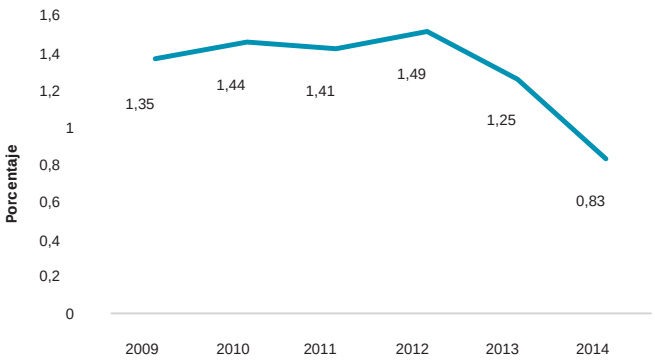
- El indicador ha tenido una tendencia decreciente: pasó de 1,35% en 2009 a 0,83% en 2014. En 2012 hubo un incremento en este indicador (1,49%) (Gráfica 38).
- El 76% de las IPS en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Figura 3).
- El registro más bajo ocurrió en 2014. El indicador más alto en este año se encuentra en Santander (2,14%), Valle del Cauca (1,78%) y La Guajira (1,63%). El indicador más bajo se encuentra en Guaviare, Vaupés y Vichada, siendo de 0 para cada uno de los departamentos (Tabla 26 y Mapa 3).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 57% y 95%. El menor porcentaje de reporte fue 57% en 2009 (Tabla 27).

Mapa 3. Tasa de infección intrahospitalaria, reporte de IPS, año 2014



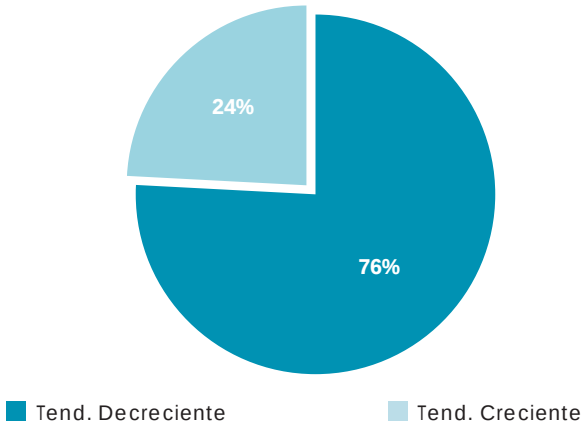
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 38. Tasa de infección intrahospitalaria. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 3. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 26. Tasa de infección intrahospitalaria por departamento, 2009 – 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	N.D.	N.D.	0,08	0,19	0,11	0,08
Antioquia	1,76	1,83	1,74	1,62	2,02	1,49
Arauca	0,44	0,19	0,29	0,51	0,49	0,30
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	0,19	0,39	0,21
Atlántico	0,98	0,81	1,1	1,32	1,17	0,96
Bogotá D.C.	1,92	1,92	1,64	1,79	1,37	1,31
Bolívar	0,88	0,94	0,97	0,67	1	1,45
Boyacá	1,42	0,91	1,42	0,8	0,85	0,95
Caldas	2,52	2	2,09	1,32	1,22	0,91
Caquetá	0,1	0,11	0,22	0,16	0,19	0,28
Casanare	0,54	0,69	0,1	1,34	0,27	0,72
Cauca	2,32	2,05	1,23	1,37	1,12	1,18
Cesar	0,66	0,87	0,52	0,45	0,66	0,46
Chocó	100	4,65	4,42	1,58	0,58	0,47
Córdoba	0,57	0,98	0,6	0,53	0,27	0,59
Cundinamarca	0,97	0,92	0,99	0,81	0,89	0,87
Guainía	0,11	N.D.	N.D.	N.D.	0,14	0,14
Guaviare	0,69	N.D.	N.D.	0,31	0,37	0,00
Huila	2,02	1,2	1,18	1,02	1,1	0,98
La Guajira	0,61	2,91	2,52	0,28	1,27	1,63
Magdalena	0,69	0,89	1,08	0,66	0,75	0,03
Meta	1,17	0,99	1,38	0,99	1,08	1,06
Nariño	0,45	1,27	1,2	0,7	1,07	1,41
Norte de Santander	0,6	0,67	0,66	0,59	0,74	0,51
Putumayo	0,26	0,49	0,59	0,41	0,12	0,15
Quindío	0,11	0,1	0,02	0,52	0,37	0,63
Risaralda	0,94	0,98	1,12	2,28	1,13	0,84
Santander	1,71	1,93	1,94	3,11	1,58	2,14
Sucre	0,7	0,93	0,61	0,64	0,34	0,38
Tolima	1,16	1,19	0,97	6	1,4	0,64
Valle del Cauca	1,32	1,48	1,67	1,53	1,77	1,78
Vaupés	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,00
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0,09	0,00
Colombia	1,35	1,44	1,41	1,49	1,25	0,83

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 27. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	2,6	2,89	6,12	7,51	8,76	9,62
Desv. Estándar	13,00	13,83	22,30	25,12	26,87	28,38
Observaciones	968	1095	1425	1351	1906	1925
Universo	1709	1560	1822	1946	2021	2219
% de reporte	57%	70%	78%	69%	94%	87%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

6.3. Proporción de eventos adversos gestionados

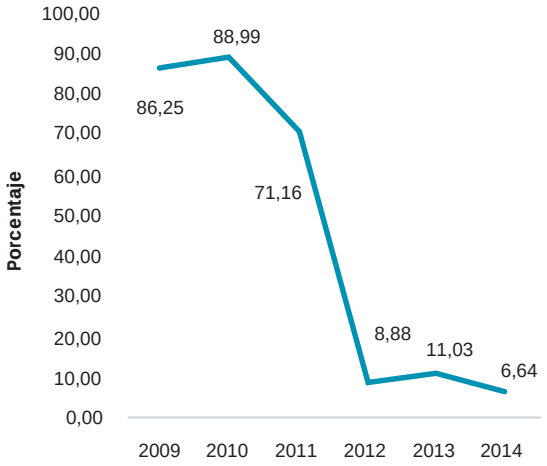
Entre los años 2007-2009 se realizó el estudio IBEAS para estimar la prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica entre los años 2007 a 2009. Este estudio, realizado en 5 países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú), estuvo dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la OMS en colaboración con los ministerios de los países seleccionados y la OPS. Se evaluaron 11.426 pacientes hospitalizados, en los cuales se determinó la prevalencia de eventos adversos (10,5%). Para Colombia el estudio IBEAS determinó una prevalencia 11,6%.

La proporción de vigilancia de eventos adversos se determina a partir de la relación entre el número total de eventos adversos detectados y gestionados y el número total de eventos.

Resultados

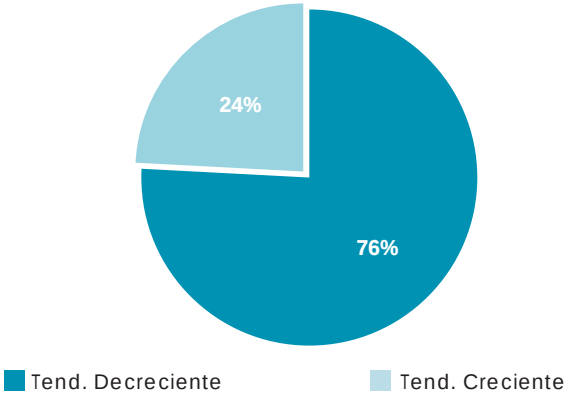
- El indicador ha tenido una tendencia decreciente: pasó de 86,25% en 2009 a 6,64% en 2014 (Gráfica 39).
- El 76% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Gráfica 40).
- El indicador más alto para 2014 se encuentra en los departamentos de Vaupés (100%) y Guaviare (95,36%). El indicador más bajo se encuentra en Sucre (4,62%), Bogotá (2,46%) y Boyacá (2,18%) (Tabla 28).
- Los departamentos con mayores cambios en este indicador para el período analizado (2009-2014) son: Antioquia pasó 86,6% a 11,08%, Atlántico pasó de un 79,6% de gestión en los eventos adversos a 22,9% y Bogotá D.C. reportó para el 2009 un 87,9% de gestión del EA; sin embargo, para el 2014 presenta tan solo una gestión de 2,46% (Tabla 28).
- Se evidencia que para el periodo comprendido entre el 2009 al 2014, aumentó el reporte del indicador: pasó de 3.242 reportes a 7.154 (Tabla 29)

Gráfica 39. Proporción de eventos adversos gestionados. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 40. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 28. Proporción de eventos adversos gestionados por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	33,3	70	67,74	75	100	100
Antioquia	86,6	89,6	77,04	9,57	6,08	11,08
Arauca	97,3	99,2	98,81	91,26	98,28	90,59
Ar. de San Andrés	100	97,2	49,05	100	99,75	94,65
Atlántico	79,6	93,4	71,97	8,37	28,82	22,99
Bogotá D.C.	87,9	86,9	64,87	5,34	8,88	2,46
Bolívar	92,3	92,2	75,26	23,51	16,1	22,37
Boyacá	91,0	95,5	80,75	19,82	25,06	2,18
Caldas	83,2	88,7	83,5	1,54	2,54	8,4
Caquetá	96,9	96,2	37,65	9,4	61,03	55,94
Casanare	93,7	88,0	61,96	90,4	78,31	95,3
Cauca	95,0	98,1	87,89	15,3	34,55	60,58
Cesar	42,8	88,5	70,03	13,53	23,43	9,71
Chocó	91,1	94,8	94,74	41,96	19,1	45,32
Córdoba	85,5	91,5	79,01	8,63	9,5	30,52
Cundinamarca	86,0	85,2	72,73	20,72	17,48	20,82
Guainía	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	0	90,43
Guaviare	68,3	98,1	100	57,08	49,03	95,36
Huila	85,3	67,7	54,48	5,51	13,97	9,89
La Guajira	88,2	71,1	72,52	34,3	75,39	5,22
Magdalena	75,5	90,4	61,75	20,83	39,22	6,27
Meta	82,8	87,2	84,79	4,86	8,31	5,97
Nariño	87,6	89,7	65,14	33,28	51,08	5,22
Norte de Santander	85,9	84,0	59,72	9,13	2,7	7,82
Putumayo	94,0	98,3	98,99	99,67	79,84	7,98
Quindío	81,4	84,7	80,74	28,59	23,77	43,22
Risaralda	90,3	94,0	83,25	3,62	8,4	24,61
Santander	93,2	92,8	94,29	8,28	16,85	17,31
Sucre	87	96,7	64,65	4,13	4,45	4,62
Tolima	58,3	87,4	79,06	12,94	42,59	29,94
Valle del Cauca	91,6	92,4	66,48	17,98	11,52	10,84
Vaupés	N.D.	66,6	100	100	100	100
Vichada	50	100	100	90	91,3	41,18
Colombia	86,2	88,9	71,16	8,88	11,03	6,64

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 29. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	82	84,1	83,5	76,7	81,3	81,3
Desv. Estándar	35,4	33,2	34,22	40,23	36,68	36,56
Observaciones	3.242	4.294	4.351	3.261	6.137	7.154

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7. Indicadores de experiencia de atención basados en mediciones objetivas

UCI 204
UCI 205

Los indicadores de experiencia de atención basados en mediciones objetivas que se compilaron en este informe se encuentran en la Tabla 30. La metodología de construcción de los indicadores se puede consultar en el capítulo 3, Metodología del informe.

Tabla 30. Indicadores de experiencia de atención – basados en mediciones objetivas

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
1. Oportunidad en el tiempo de respuesta	1. Tiempos de espera consulta	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General (IPS)
		Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Medicina Interna (IPS)
		Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia (IPS)
		Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Pediatría (IPS)
		Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Cirugía General (IPS)
		Oportunidad de la asignación de cita en la consulta Médica general y Médica especializada (EPS)
	2. Oportunidad cirugía programada	Proporción de cancelación de Cirugía Programada (IPS)
	3. Tiempos de espera cirugía programa	Oportunidad en la realización de Cirugía Programada (IPS)
		Oportunidad en la realización de Cirugía programada (EPS)
	4. Tiempos de espera imágenes	Oportunidad en la atención en Servicios de Imagenología (IPS)
		Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (EPS)
	5. Tiempos de espera urgencias	Oportunidad en la atención en Consultas de Urgencias (IPS)
	6. Tiempos de espera odontología	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (IPS)
		Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General (EPS)
	7. Tiempos de espera medicamentos POS	Oportunidad de entrega de medicamentos POS (EPS). Tasa global de traslados desde EPS
	8. Oportunidad de referencia	Oportunidad de autorización de la Referencia (EPS)

Pasa...

Continuación. Indicadores de Experiencia de atención – basados en mediciones objetivas

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
2. Disconformidad manifiesta	1. Tutelas	Número de tutelas por no prestación de servicios POS (EPS)
	2. Quejas	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (EPS)
3. Valoración final de la experiencia de atención	1. Adherencia-fidelidad-lealtad	Tasa global de traslados desde EPS

Fuente: Elaboración propia con información de INCAS 2009.

7.1. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General (IPS)

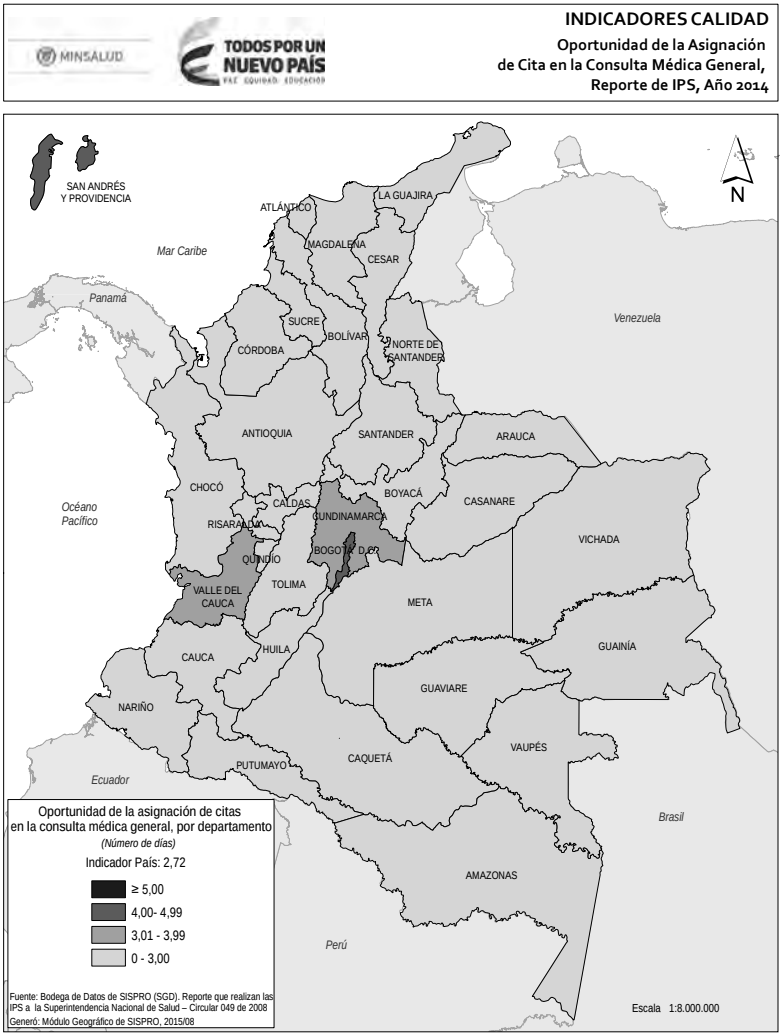
Las causas de consulta ambulatoria general más frecuentes fueron la hipertensión arterial (11,2% en mujeres y 8,7% en hombres), la caries dental (8,5% en mujeres y 8,7% en hombres) y la rinofaringitis aguda (6,1% en mujeres y 6,7% en hombres) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Medicina General y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

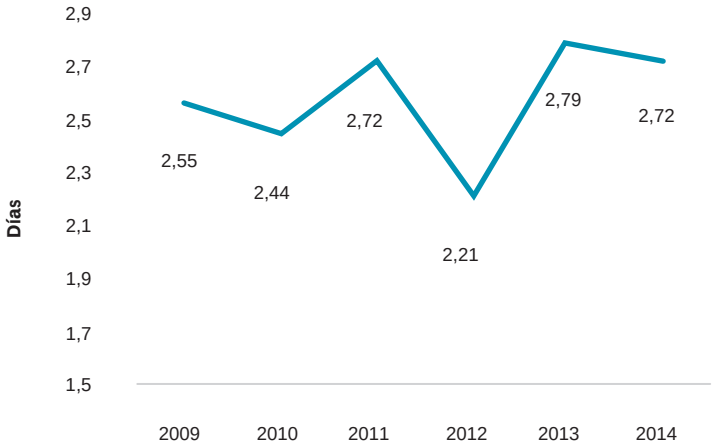
- El indicador presenta tendencia creciente: pasó de 2,55 días en 2009 a 2,72 días en 2014 (Gráfica 41).
- El 59% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia al aumento de la oportunidad en la asignación de cita de medicina general (Figura 4).
- El indicador más alto se encuentra en San Andrés (4,56 días), Bogotá (4,29 días) y Cundinamarca (3,79 días). El indicador más bajo se encuentra en Guainía (1 día), Vichada (1,05 días) y Chocó (1,19 días) (Tabla 31 y Mapa 4).
- El registro más bajo del indicador ocurrió en 2012 y coincide con el año en el que el menor número de IPS reportaron el indicador (Tabla 32 y Gráfica 41).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 76% y 87%. El menor porcentaje de reporte fue 54% en 2012 (Tabla 32).

Mapa 4. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta de médica general, reporte de IPS, año 2014



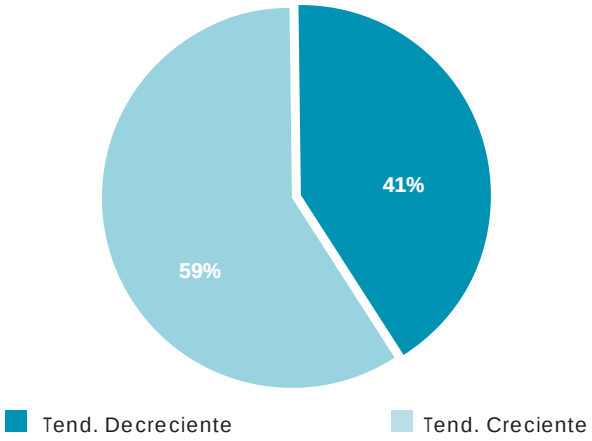
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 41. Oportunidad de asignación de cita en la consulta de Medicina General. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 4. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 31. Oportunidad de asignación de cita en consulta de Medicina General por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	0,94	1,04	3,58	1,56	2,5	2,09
Antioquia	2,62	2,35	2,27	2,21	2,71	2,68
Arauca	0,9	1,77	1,68	1,24	1,56	1,57
Ar. San Andrés	N.D.	N.D	N.D.	3,57	5,46	4,56
Atlántico	2,03	2,55	2,47	2,05	4,28	2,94
Bogotá D.C.	4,24	3,55	4,14	3,19	3,75	4,29
Bolívar	2,97	2,48	2,62	1,83	2,16	1,9
Boyacá	2,68	1,47	1,78	1,7	2,16	2
Caldas	1,95	2,23	2,3	1,96	2,49	2,56
Caquetá	1,21	1,25	3,36	2,07	1,81	1,71
Casanare	1,7	1,76	2,05	2,65	2,29	1,86
Cauca	1,23	1,14	1,46	1,12	1,71	1,46
Cesar	1,36	1,46	1,4	1,44	1,83	1,87
Chocó	0,72	1,21	1,26	0,84	1,21	1,19
Córdoba	1,62	1,93	2,19	1,78	2,02	2,07
Cundinamarca	4,23	3,04	3,77	2,3	3,45	3,79
Guainía	2	2,75	N.D.	N.D.	1,08	1
Guaviare	1,05	1,8	3,09	1,73	2,65	2,62
Huila	1,37	1,57	1,85	1,55	2,15	1,76
La Guajira	0,8	1,15	2,02	1,16	1,38	1,32
Magdalena	1,56	1,95	1,84	1,7	1,99	1,53
Meta	1,73	1,83	2,54	2,08	2,38	1,83
Nariño	1,89	2,26	2,48	1,78	1,93	2,39
Norte de Santander	2,29	2,09	2,45	2,15	2,8	2,59
Putumayo	1,1	1,04	1,13	1,12	1,32	1,47
Quindío	1,6	1,95	1,85	1,93	2,52	2,9
Risaralda	2,88	2,44	2,76	3,05	3,29	2,89
Santander	1,18	1,3	1,71	1,7	2,27	2,37
Sucre	4,22	5,43	2,15	1,69	1,82	1,95
Tolima	1,99	1,77	2,29	2,45	2,16	1,65
Valle del Cauca	2,16	2,42	2,87	2,2	3,14	3,09
Vaupés	0,93	1,2	1,94	1,89	1,56	1,69
Vichada	N.D.	0,3	1,03	0,17	1,21	1,05
Colombia	2,55	2,44	2,72	2,21	2,79	2,72

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 32. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	2,06	1,99	2,22	1,77	3,02	3,1
Desv. Estándar	3,29	2,90	3,24	3,66	6,01	6,69
Observaciones	3.287	4.002	3.825	2.563	3.765	3.820
Universo	N.D	4.726	4.419	4.749	4.930	4.919
% de reporte	N.D	85%	87%	54%	76%	78%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.2. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Medicina Interna (IPS)

Diferentes estudios en Colombia evidencian una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial es el motivo de consulta más frecuente, tanto para los hombres como para las mujeres. De las primeras veinte causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar, al aportar un 3,5% del total; la insuficiencia cardíaca el 2,0%; y la diabetes mellitus el 1,6% [2].

Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Medicina Interna y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Medicina Interna asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

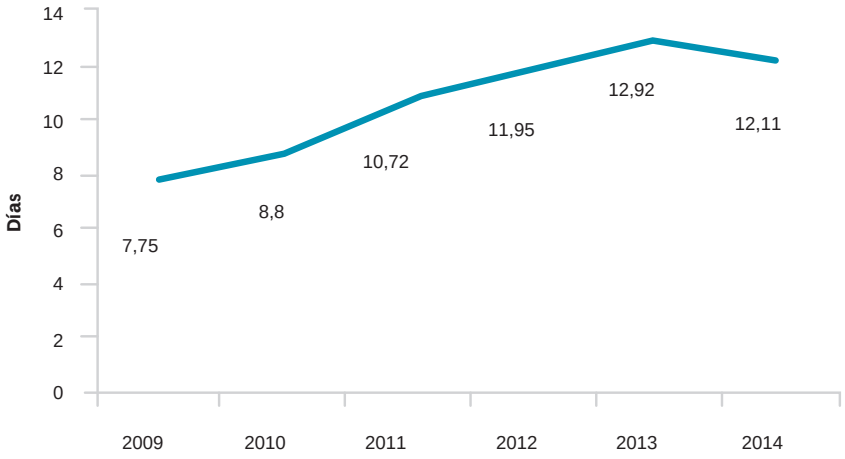
- El indicador muestra una tendencia creciente: pasó de 7,75 en 2009 a 12,11 días en 2014 (Gráfica 42).
- El 56% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente en la oportunidad de la asignación de citas en medicina interna (Figura 5).
- Para el 2014 el indicador más alto se encuentra entre Risaralda (21,1 días) y Bogotá (14,9 días), Antioquia (13,4 días) y Huila (15,1 días). El indicador más bajo se encuentra en Boyacá (3,8 días) seguido de Guanía con 4 días y Casanare con (5,2 días) (Tabla 33 y Mapa 5).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 71% - 100%. Estos valores corresponden a los años 2010 y 2012 (Tabla 34).

[2] Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Morbilidad atendida.

Mapa 5. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta medicina interna, reporte de IPS, año 2014

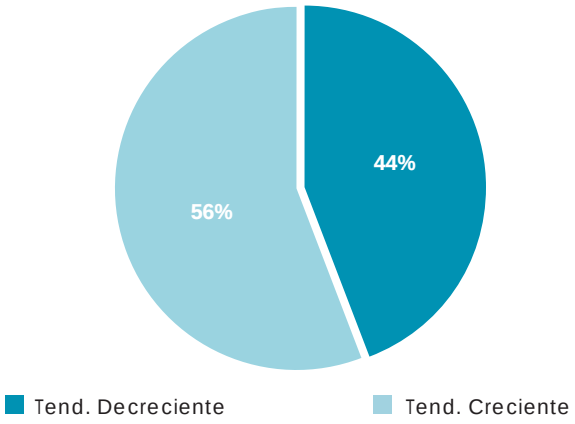
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 42. Oportunidad de asignación de cita en consulta médica especializada en Medicina Interna agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 5. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 33. Oportunidad de asignación de cita en consulta médica especializada en consulta de medicina interna por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	0,2	N.D.	3,5	7,4	5,1	7,2
Antioquia	14,0	13,6	13,2	14,3	14,6	13,4
Arauca	5,4	3,9	5,7	4,3	5,4	8,4
Ar. San Andrés	N.D.	N.D	N.D.	6,9	18,3	9,3
Atlántico	5,5	6,4	7,3	7,4	9,7	10,2
Bogotá D.C.	10,3	14,1	13,5	16,5	14,9	14,9
Bolívar	16,1	10,2	15,3	13,0	14,2	12,2
Boyacá	10,6	9,6	3,9	3,1	5,9	3,8
Caldas	15,5	13,7	9,4	7,9	9,0	10,9
Caquetá	8,3	7,7	6,5	9,9	7,9	8,1
Casanare	11,3	8,5	6,4	4,4	6,3	5,2
Cauca	9,8	9,9	9,9	12,0	10,3	9,7
Cesar	1,1	1,5	5,7	5,8	9,7	11,4
Chocó	0,7	4,6	11,3	0,3	9,4	11,8
Córdoba	8,0	5,0	10,2	11,5	12,9	13,6
Cundinamarca	8,1	9,3	9,1	11,0	11,5	12,1
Guainía	3,0	N.D	N.D.	N.D.	3,0	4,0
Guaviare	7,5	N.D	N.D.	32,7	11,8	6,7
Huila	8,5	8,6	10,0	9,4	17,3	15,1
La Guajira	2,8	3,9	4,7	5,2	6,5	6,3
Magdalena	4,8	5,5	3,1	5,5	9,2	8,4
Meta	11,4	9,4	10,7	11,5	14,2	11,8
Nariño	6,6	8,8	10,5	14,1	10,5	10,8
Norte de Santander	6,7	4,3	5,2	6,3	7,7	8,0
Putumayo	10,4	13,1	4,1	10,6	6,1	5,6
Quindío	6,1	6,2	18,9	16,1	14,2	10,9
Risaralda	19,5	12,8	10,3	13,6	12,8	21,1
Santander	7,2	13,6	11,0	10,6	13,6	13,2
Sucre	7,6	8,3	12,4	11,5	14,7	11,6
Tolima	8,6	8,6	10,2	11,8	14,6	6,5
Valle del Cauca	12,3	12,5	10,7	8,9	15,1	13,3
Vaupés	N.D	N.D	0,9	N.D	N.D	N.D
Vichada	1,0	1,0	N.D	N.D	N.D	N.D
Colombia	7,75	8,8	10,7	12,0	12,9	12,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 34. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	9,32	8,86	8,76	6,13	10,15	9,92
Desv. Estándar	15,89	14,50	12,21	9,63	9,93	9,83
Observaciones	1.213	1.434	1.282	1.038	1.296	1.260
Universo	N.D	1.427	1.370	1.466	1.615	1.630
% de reporte	N.D	100%	94%	71%	80%	77%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.3. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia (IPS)

Según la Encuesta Nacional de Salud ENS 2007, la mayor parte de la demanda entre quienes buscan la atención en salud es de mujeres y niños, seguidos por los adultos mayores. La principal razón de consulta en ambos sexos fue la enfermedad física no obstétrica (62,4%), seguida por el chequeo médico de persona sana (13,3%). Por sexo, la mayoría de las mujeres consulta por razones obstétricas y otros motivos relativos a la salud sexual y reproductiva, y prevención de enfermedades[3].

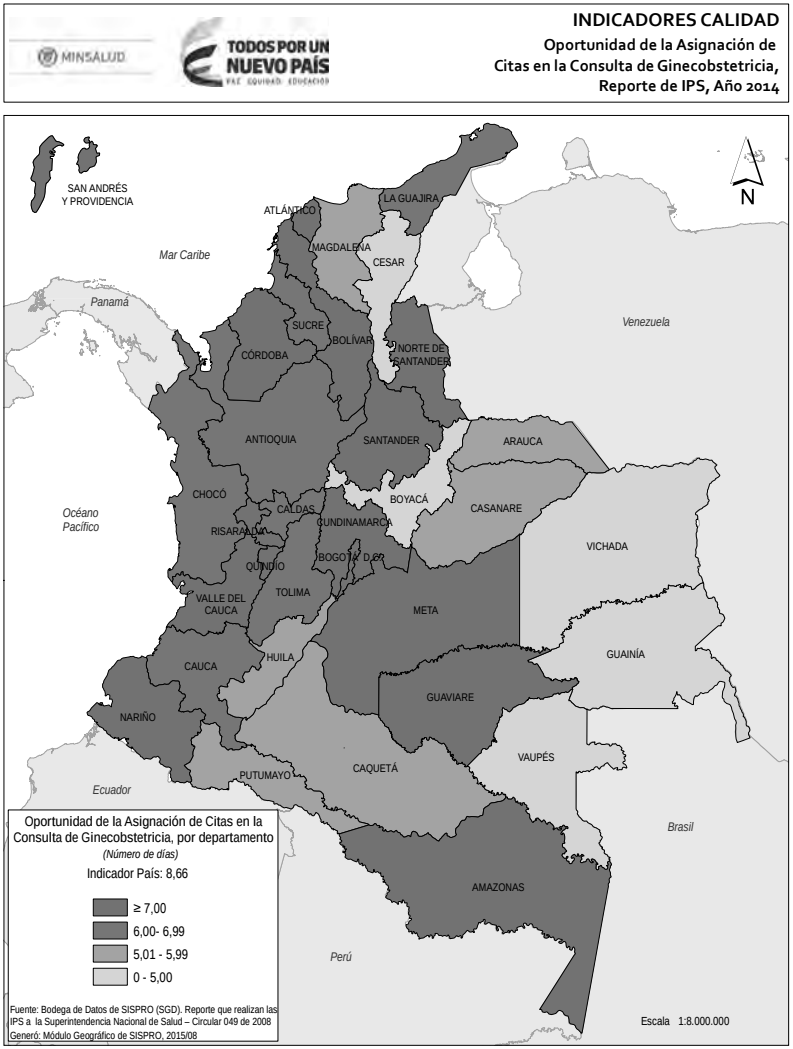
Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual la paciente solicita la cita para ser atendida en la consulta de Ginecobstetricia y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Ginecobstetricia asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador presenta tendencia creciente: pasó de 6,46 en 2009 a 8,66 días en 2014 (Gráfica 43).
- El 55% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente (Figura 6).
- Para el 2014, el indicador más alto se encuentra en San Andrés (13,5 días), Bogotá (10,8 días) y Bolívar (10,8 días). El indicador más bajo se encuentra en Guainía (1 día), Vaupés (2,69 días) y Cesar (4,4 días) (Tabla 35 y Mapa 6).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 66% y 86%. El menor porcentaje de reporte fue 66% en 2012 (Tabla 36).

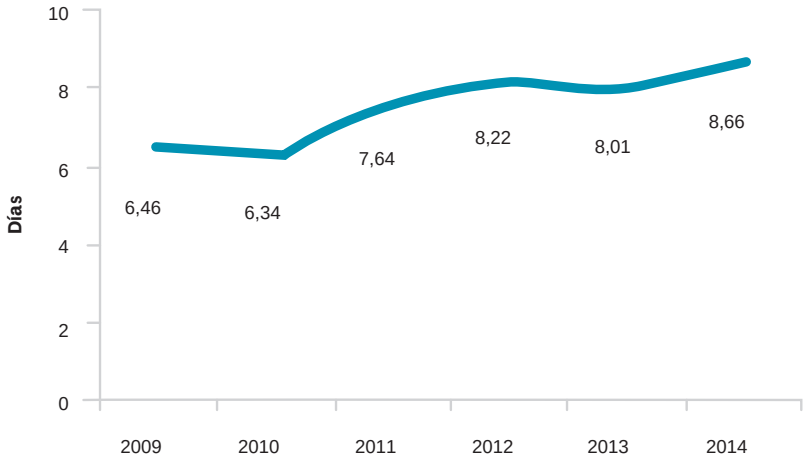
[3] Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Demanda y acceso a la atención en salud.

Mapa 6. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia, reporte de IPS, año 2014



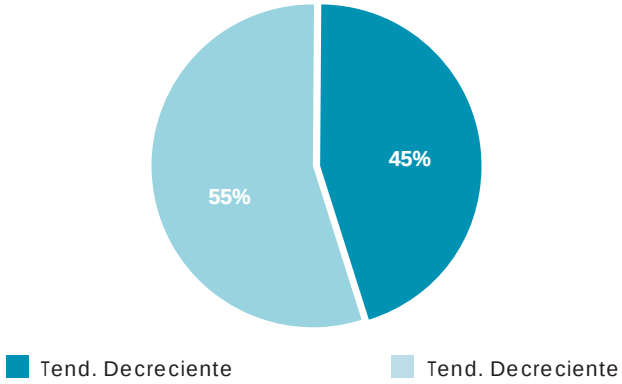
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 43. Oportunidad de asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia, agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 6. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 35. Oportunidad de asignación de citas en la consulta médica especializada de Ginecobstetricia por departamento. Años 2009 – 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	0,93	N.D.	2,59	5,66	4,25	7,18
Antioquia	8,81	7,78	7,39	7,11	6,6	6,91
Arauca	5,85	8,08	6,91	4,87	4,97	5,49
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	5,3	16,2	13,5
Atlántico	4,22	4,75	5,13	5,84	7,1	8,29
Bogotá D.C.	9,47	10,1	9,03	9,82	8,72	10,8
Bolívar	17,6	10,5	9,22	9,11	6,47	10,8
Boyacá	9,1	19,2	6,09	4,94	5,21	5
Caldas	10,1	9,86	9,94	6,13	6,86	6,79
Caquetá	3,2	3,52	5,55	5,04	4,86	5,34
Casanare	8,16	9,19	7,94	12,9	8,02	5,6
Cauca	8,13	8,42	6,62	10,2	7,38	6,59
Cesar	1,19	1,18	5,21	6,57	5,33	4,41
Chocó	0,49	3,97	4,44	0,69	8,95	6,55
Córdoba	6,84	5,97	6,92	6,47	8,69	9,3
Cundinamarca	7,09	7,56	7,14	6,33	9,03	8,32
Guainía	2	N.D.	N.D.	N.D.	1	1
Guaviare	5,91	1	1	10,4	11,6	10,7
Huila	7,47	6,94	8,41	4,66	6,11	5,67
La Guajira	3,8	5,04	4,83	3,53	5,41	6,64
Magdalena	4,48	4,99	3,02	4,91	6,53	5,15
Meta	13,0	8,21	8,25	7,84	15,8	10,8
Nariño	3,87	6,92	6,93	7,31	7,76	8,05
Norte de Santander	8,52	6,19	5,76	6,99	7,55	8,56
Putumayo	6,42	6,48	7,07	4,93	4,96	5,81
Quindío	10,7	4,42	6,61	12,0	14,8	8,7
Risaralda	10,5	5,54	6,91	9,16	6,66	7,03
Santander	7,33	6,54	5,64	5,52	9,33	10,4
Sucre	5,88	4,68	6,65	8,6	6,39	6,19
Tolima	6,89	6,62	7,92	5,83	5,8	6,35
Valle Del Cauca	7,48	8,32	9,18	9,54	11,1	9,85
Vaupés	1,79	1,76	2	2	2,09	2,69
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	2,12	4,29	N.D.
Colombia	6,46	6,34	7,64	8,22	8,01	8,66

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 36. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	6,27	6,05	5,86	4,05	6,85	6,92
Desv. Estándar	8,50	7,98	5,62	5,75	5,43	5,44
Observaciones	1.138	1.324	1.159	961	1.227	1.262
Universo	N.D	1.534	1.439	1.467	1.555	1.537
% de reporte	N.D	86%	81%	66%	79%	82%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.4. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Pediatría (IPS)

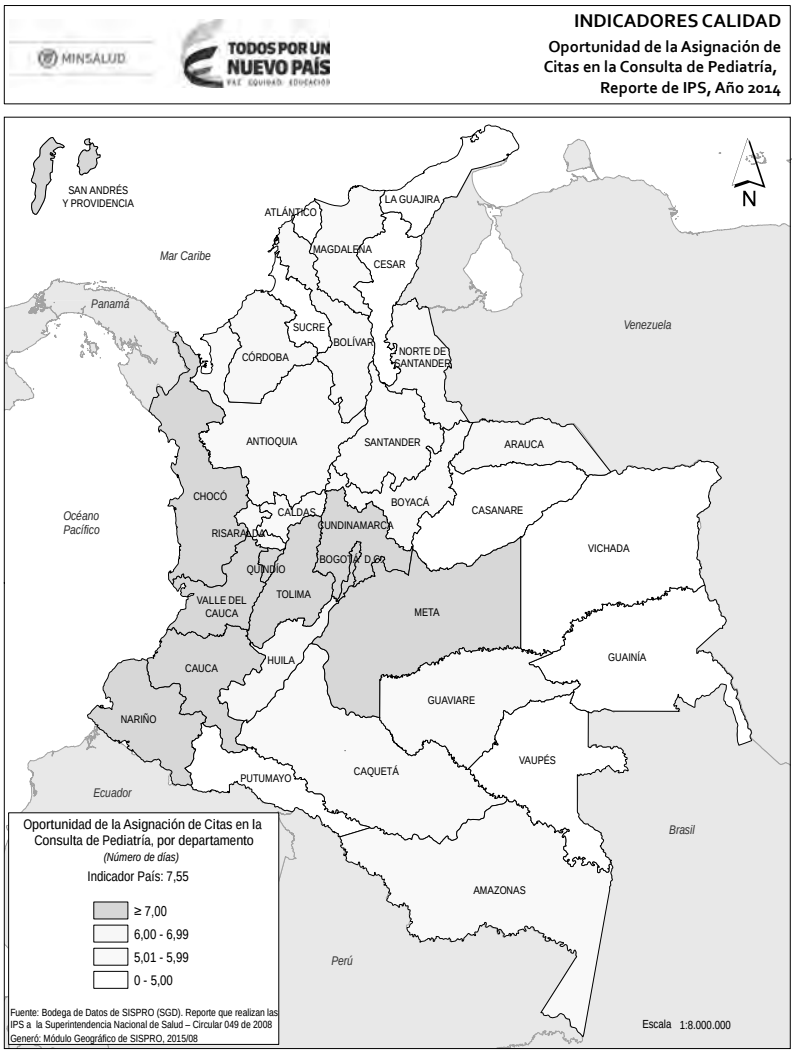
Una de las estrategias de calidad para la atención integral a niños, niñas y adolescentes enmarcada en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 es la implementación nacional y territorial de la Política de Atención Integral a la Primera Infancia, Infancia y Adolescencia, que incluye, entre otras, la implementación y fortalecimiento de la estrategia de Atención Integral para las Enfermedades Prevalentes en la Infancia –AIEPI–, la estrategia de prevención y reducción de anemia nutricional en niñas y niños, el Programa Ampliado de Inmunizaciones –PAI–, el plan de disminución de morbilidad y mortalidad neonatal, el programa método madre canguro. Por tanto, la oportunidad en la asignación de citas de la consulta médica especializada de Pediatría es una de las formas de contribuir al desarrollo de las estrategias enunciadas.

Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Pediatría y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Pediatría asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

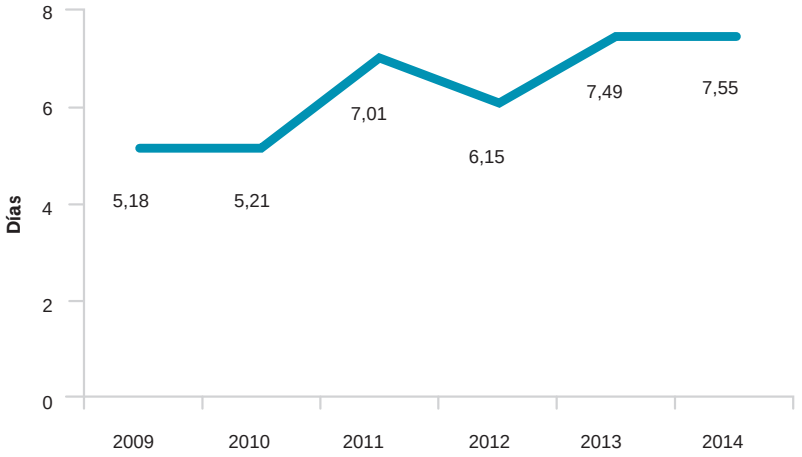
- El indicador muestra tendencia creciente: pasó de 5,18 días en 2009 a 7,55 días en 2014 (Gráfica 44).
- El 52% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente (Figura 7).
- Para el 2014, los departamentos con mayor indicador fueron San Andrés (25,1 días), Meta (14 días) y Valle (11,2 días). El indicador más bajo se encuentra en Putumayo (3,9 días), Cesar (3,95 días) y Sucre (3,93 días) (Tabla 37 y Mapa 7).
- El registro más bajo ocurrió en 2012 y coincide con el año en el que menor número de IPS reportaron el indicador (Tabla 38).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 66% y 88%. El menor porcentaje de reporte fue en 2012 (Tabla 38).

Mapa 7. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría, reporte de IPS, año 2014



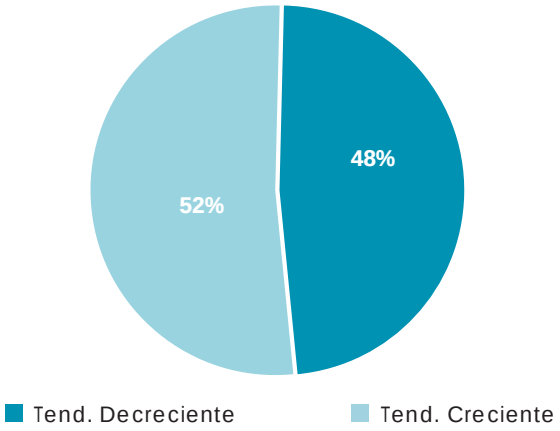
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 44. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de pediatría. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 7. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 37. Oportunidad de asignación de cita en la consulta de pediatría por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	2,08	0,01	4,04	6,03	9,97	5,25
Antioquia	6,77	9,91	6,22	5,05	5,86	5,94
Arauca	4,18	4,6	5,11	3,96	4,93	6,23
Ar. San Andrés	N.D	N.D.	N.D	4,68	38,7	25,1
Atlántico	5,44	5,74	5,7	2,96	5,22	4,48
Bogotá D.C.	8,2	6,65	7,8	6,34	7,6	8,76
Bolívar	6,51	7,18	6,28	5,15	5,69	6,31
Boyacá	6,76	15,4	5	4,61	4,6	5,13
Caldas	10,7	8,64	7,6	6,47	6,84	5,31
Caquetá	6,17	5,23	3,8	9,74	6,09	5,81
Casanare	7,63	6,62	5,3	6,96	4,96	4,43
Cauca	9,43	8,58	7,2	7,31	6,18	7,89
Cesar	1,1	1,15	5,4	4,98	4	3,95
Chocó	0,45	1,47	4,5	1,07	6,28	10,7
Córdoba	4,84	4,09	5,3	5,53	8,23	6,8
Cundinamarca	6,38	6,2	6,7	5,54	7,83	7,07
Guainía	4	N.D.	N.D	N.D.	3	4,26
Guaviare	5,5	N.D.	N.D	6,84	8,33	5,45
Huila	6,15	4,54	4,8	5,76	5,16	6,44
La Guajira	4,55	3,9	5,0	4,79	4,91	4,32
Magdalena	4,68	6,67	4,9	4,51	4,58	5,2
Meta	8,11	5,52	5,9	4,74	14,5	14,0
Nariño	14,4	6,33	8,8	12,6	14,1	10,8
Norte de Santander	7,08	4,63	5,7	4,61	6,1	6,69
Putumayo	4,47	3,85	4,6	5,11	4,58	3,91
Quindío	7,66	6,34	8,4	9,46	9,74	9,37
Risaralda	7,14	7,38	6,1	9,19	8,41	6,24
Santander	5,85	6,39	5,2	4,84	6,14	5,3
Sucre	6,37	5,49	5,9	3,24	3,86	3,93
Tolima	6,79	3,42	4,5	6,03	7,42	8,52
Valle del Cauca	7,98	7,96	9,2	8,04	14,2	11,2
Vaupés	N.D.	N.D.	N.D	N.D.	N.D.	N.D.
Vichada	N.D.	N.D.	N.D	4,91	N.D.	N.D.
Colombia	5,18	5,21	7,01	6,15	7,49	7,55

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 38. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	5,79	6,01	5,35	3,54	6,41	6,19
Desv. Estándar	6,24	15,33	5,57	5,33	6,51	6,06
Observaciones	1.025	1.181	1.030	868	1.097	1.082
Universo	N.D	1.336	1.249	1.307	1.416	1.387
% de reporte	N.D	88%	82%	66%	77%	78%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.5. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada de Cirugía General (IPS)

Las neoplasias son una de las tres primeras causas de muerte en Colombia. Ente 2005 y 2012, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, causaron el 15,03% (41.404) del total de muertes por neoplasias, al pasar de 14,15 a 13,35 muertes por cada 100.000 habitantes. En segundo lugar, los tumores malignos de localizaciones no especificadas causaron el 14,64% (40.320) de la mortalidad, con tasas tendientes al descenso, al pasar de 13,86 a 12,73 muertes por cada 100.000 habitantes. En tercer lugar, el tumor maligno del estómago causó el 13,26% de las muertes por neoplasias y su comportamiento fue decreciente en un 17%, al pasar de una tasa ajustada de 13,47 a 11,15 por cada 100.000 habitantes[4].

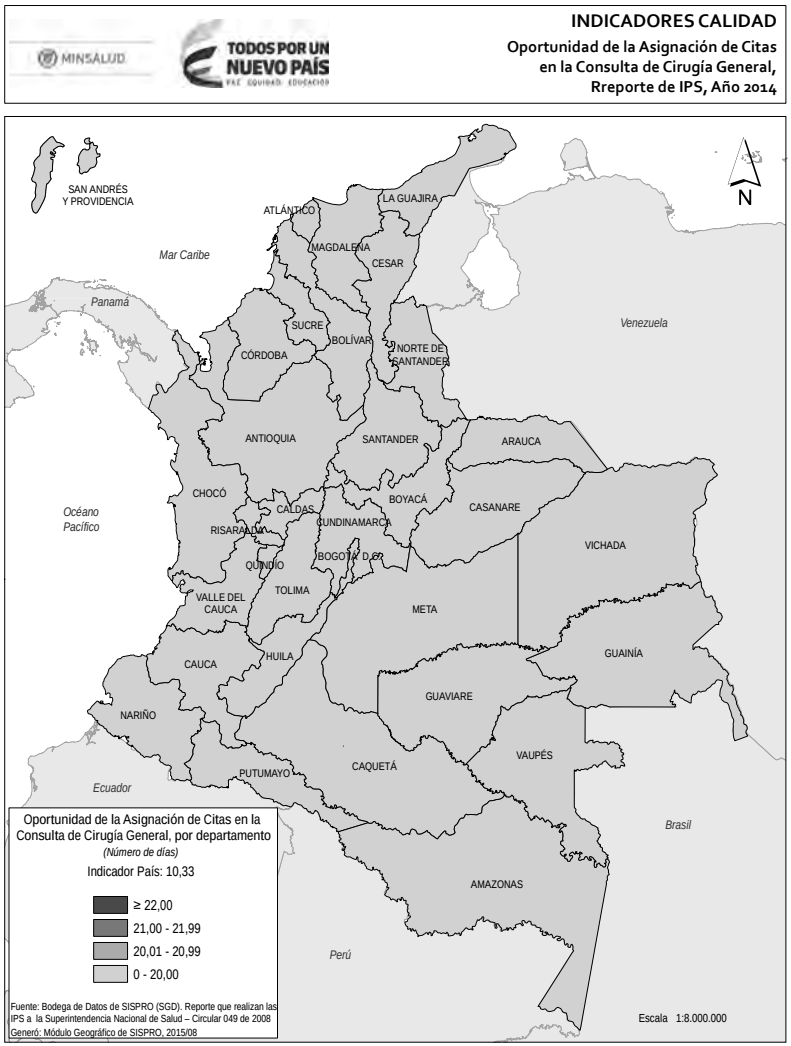
El indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Cirugía General y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Cirugía General asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador muestra una tendencia creciente: pasó de 5,18 días en 2009 a 10,33 días en 2014 (Gráfica 45).
- El 59% de las IPS en 2014, que reportaron el indicador, tuvieron una tendencia creciente (Figura 8).
- El indicador más alto se encuentra en Quindío (14 días), Bogotá (13,2 días) y Atlántico (13 días). El indicador más bajo se encuentra en Vaupés (1,12 días), Guainía (1,5 días) y Putumayo (4,3 días) (Tabla 39 y Mapa 8).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 82% y 100%. El menor porcentaje de reporte fue en 2013 (Tabla 40).

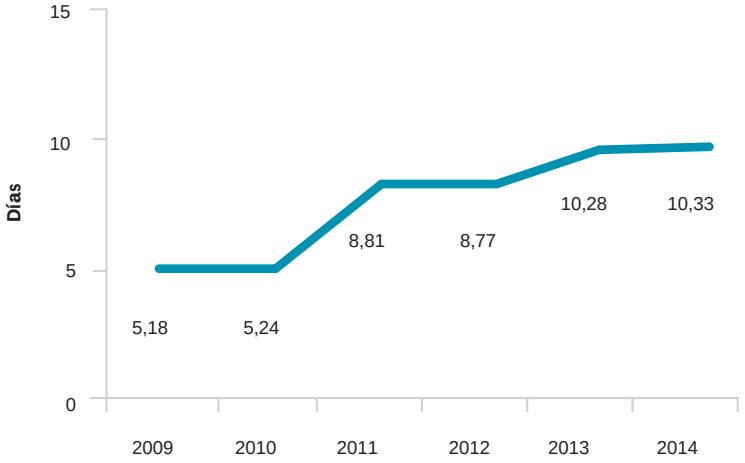
[4] Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 8. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta cirugía general, reporte de IPS, año 2014



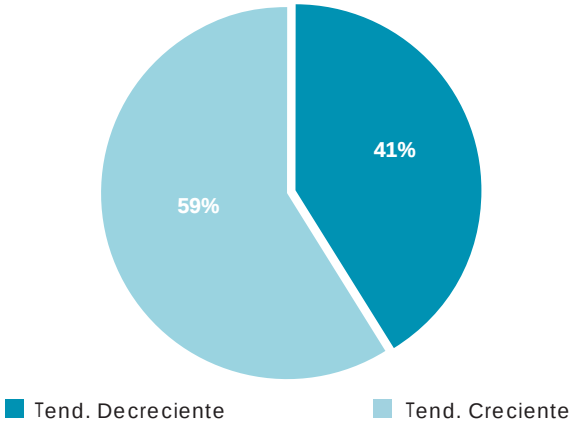
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 45. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de Cirugía General. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 8. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 39. Oportunidad de asignación de cita en la consulta médica especializada de Cirugía General por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	2,01	N.D.	1,67	4,03	4,64	5,47
Antioquia	8,12	8,33	8,49	6,71	9,65	8,46
Arauca	4,91	3,94	4,52	3,36	4,25	4,43
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	4,9	3,7	5,68
Atlántico	5,34	4,28	7,76	5,6	12,6	13
Bogotá D.C.	9,1	7,43	8,79	9,77	12,9	13,2
Bolívar	14,8	7,6	11,9	8,53	10,1	10,7
Boyacá	8,15	24,4	6,51	3,87	7,22	6,32
Caldas	8,51	8,85	7,77	6,39	7,17	7,2
Caquetá	6,4	16,9	7,34	10,1	4,16	6,17
Casanare	7,47	7,32	5,98	10,3	12,3	7,97
Cauca	11	11	10	11,4	11,2	9,37
Cesar	1,07	1,05	4,54	4,15	3,69	7,44
Chocó	0,49	35,3	4,77	0,72	5,1	10,1
Córdoba	8,27	7,41	7,14	7,4	10,7	10,5
Cundinamarca	4,57	7,33	5,93	6,1	7,46	8,7
Guainía	2	N.D.	N.D.	N.D.	1,5	1,5
Guaviare	7	N.D.	N.D.	10,2	14,5	5,68
Huila	8,02	3,04	10,1	6,41	14,3	11,1
La Guajira	2,61	2,92	3,17	4,36	7,4	5,3
Magdalena	3,02	3,2	2,13	3,01	8,7	7,88
Meta	10,6	7,71	15,4	7,69	7,09	10,7
Nariño	3,56	9,33	8,74	9,73	8,53	8,75
Norte de Santander	8,34	6,12	7,29	9,74	10,1	9,5
Putumayo	4,8	5,9	5,64	6,99	5,36	4,33
Quindío	11,4	6,48	7,21	14,5	15,2	14,0
Risaralda	13,2	7,4	13,8	11,7	8,4	10,8
Santander	4,58	5,82	6,86	5,12	12,4	10,9
Sucre	6,5	6,67	9,19	9,69	11,5	8,97
Tolima	7,79	5,87	6,87	6,74	11,3	4,9
Valle del Cauca	8,41	10,9	11,7	12,4	8,93	11,3
Vaupés	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.	1,12
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	1,85	1,91	N.D.
Colombia	5,18	5,24	8,81	8,77	10,2	10,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 40. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	6,73	6,1	6,25	4,38	8,13	8,21
Desv. Estándar	13,07	9,99	6,67	7,10	6,30	7,34
Observaciones	883	996	859	831	821	820
Universo	N.D	1.000	922	932	996	945
% de reporte	N.D	100%	93%	89%	82%	87%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.6. Oportunidad de la asignación de cita en la consulta Médica general y Médica especializada (EPS)

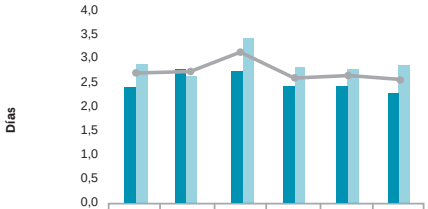
El acceso al sistema de salud es un proceso en el que existen varios eslabones y todos ellos pueden ser objeto de análisis, desde la motivación que tienen las personas para solicitar atención, la facilidad para entrar en contacto con el servicio de salud y su satisfacción final luego de haberlo utilizado (Reina, 2014). Ya que 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, así que el tiempo de respuesta de los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe. La intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutiva de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas y la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad (Así vamos en salud, 2015).

El indicador expresa la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica y la fecha para la cual es asignada la cita, sobre el número total de consultas médicas asignadas en la institución.

Resultados

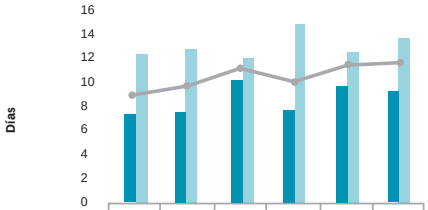
- En cuanto a la asignación de cita de medicina general, durante el 2009-2014, la tendencia de este indicador ha sido estable, a menos de 3 días de espera, con excepción del año 2011, cuando llegó a 3,1 días (Gráfica 46).
- Para la asignación de cita de medicina interna, la tendencia de este indicador ha sido creciente, al pasar de 9,5 días en el 2009, a 12,4 días en el 2014 (Gráfica 47).

Gráfica 46. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General. Colombia. 2009-2014



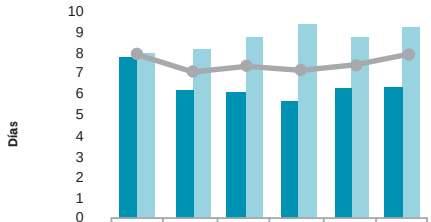
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	2,41	2,75	2,70	2,43	2,42	2,27
Contributivo	2,86	2,63	3,38	2,78	2,77	2,84
Total EPS	2,67	2,72	3,10	2,59	2,62	2,57

Gráfica 47. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médicina Interna. Colombia. 2009-2014



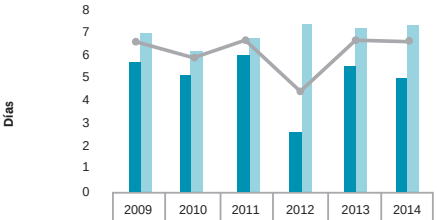
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	7,22	7,35	10,64	8,06	10,19	10,04
Contributivo	12,59	12,94	12,64	15,22	13,94	14,84
Total EPS	9,52	10,19	11,78	10,67	12,12	12,40

Gráfica 48. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia. Colombia. 2009-2014



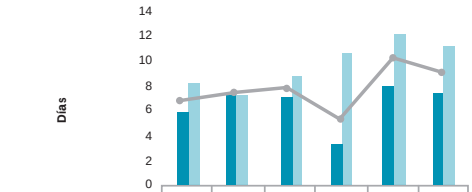
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	7,87	6,16	6,09	5,71	6,27	6,36
Contributivo	8,01	8,12	8,74	9,39	8,78	9,21
Total EPS	7,94	7,13	7,37	7,21	7,49	7,95

Gráfica 49. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatria. Colombia. 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	5,79	5,26	6,11	2,74	5,64	5,12
Contributivo	7,06	6,27	6,88	7,42	7,32	7,39
Total EPS	6,56	5,96	6,66	4,43	6,53	6,56

Gráfica 50. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Cirugía General. Colombia. 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	5,85	7,29	7,04	3,36	8,02	7,41
Contributivo	8,25	7,68	8,82	10,66	12,15	11,16
Total EPS	6,84	7,49	7,90	5,52	10,17	9,21

Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

- Para la asignación de cita de Ginecobstetricia, durante el 2009-2014, la tendencia de este indicador ha sido estable, a menos de 8 días de espera (Gráfica 48).
- En cuanto a la asignación de cita de pediatría, durante el 2009-2014, la tendencia de este indicador ha sido estable, a menos de 7 días de espera (Gráfica 49).
- Para la asignación de cita de cirugía general, la tendencia de este indicador ha sido creciente, al pasar de 6,8 días en el 2009, a 9,2 días en el 2014 (Gráfica 50).

7.7. Proporción de cancelación de Cirugía Programada (IPS)

La seguridad del paciente se ha convertido en un reto mundial y es así como en el año 2002 la 55 Asamblea Mundial de Salud convocó a los países a prestar mayor atención al tema, reforzando sus sistemas de seguridad y control. En 2004 esta asamblea, en su versión 57, aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente; dicha Alianza Mundial para la Seguridad del paciente fue lanzada en octubre de 2004. Dentro de los elementos generados se encuentra el segundo reto denominado la Cirugía Segura Salva Vidas, lanzado en el 2008 por la OMS, con el cual se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y cumplan su objetivo, que es mejorar las condiciones de salud de las personas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes[5].

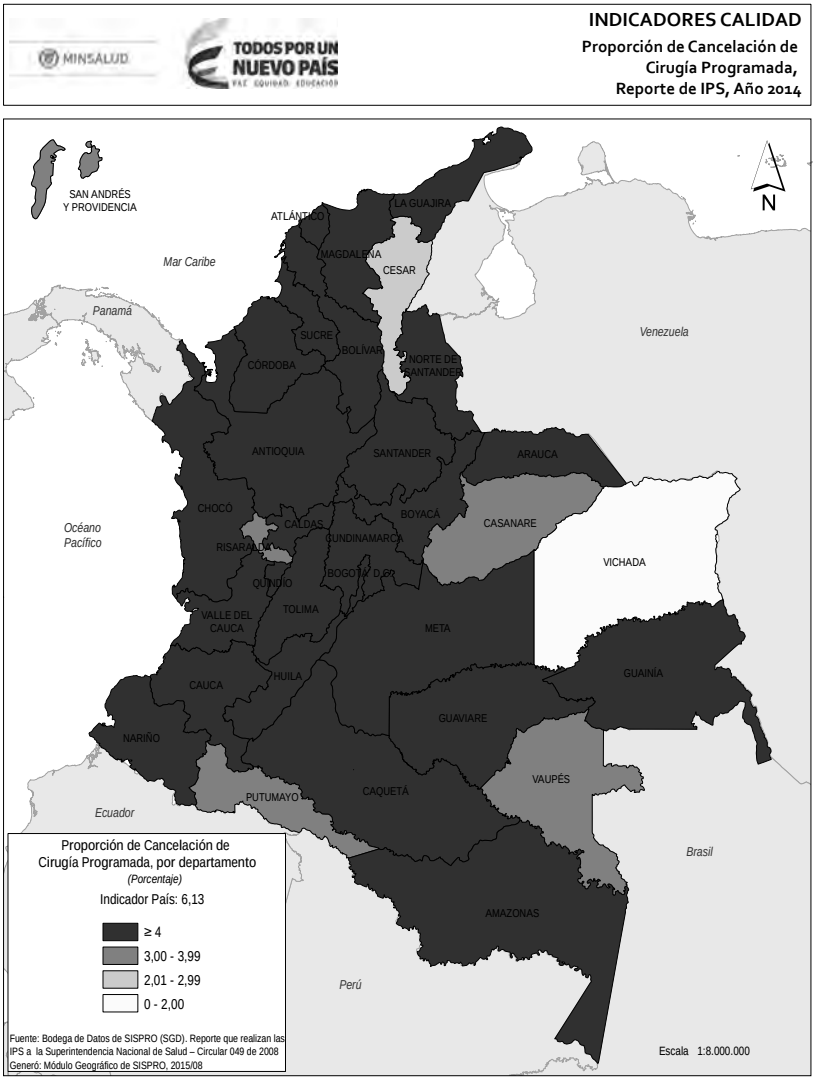
El indicador se obtiene de una relación porcentual entre el número de cirugías canceladas en el período, dividido el número de cirugías programadas. La unidad de medida para este indicador es porcentual y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador ha tenido una tendencia decreciente, al pasar de 6,95% en 2009 a 6,13% en 2014 (Gráfica 51).
- El 70% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Figura 9).
- El indicador más alto en 2014, se encuentra en Vichada y Amazonas (19,84%) y Caquetá (10,12%). El indicador más bajo en 2014 se encuentra en Cesar (2,95%) y Vaupés (3,31%) (Tabla 41 y Mapa 9).

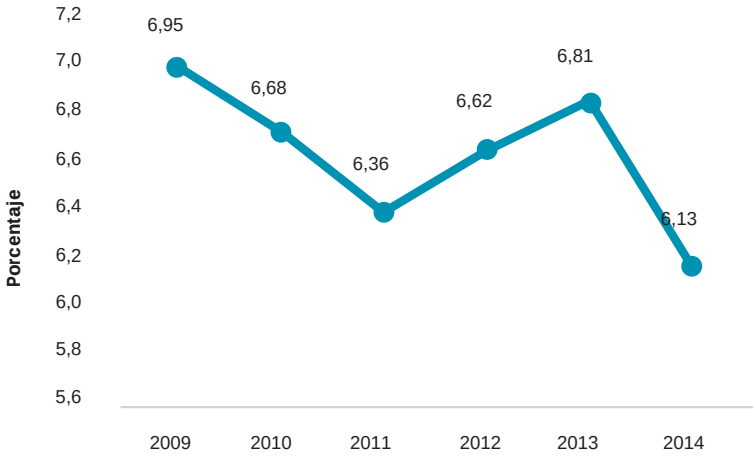
[5] Guía Técnica Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 9. Proporción de cancelación de Cirugía Programada, reporte de IPS, año 2014



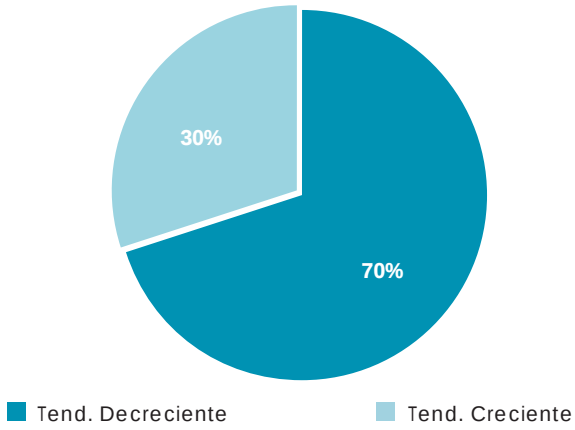
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 51. Proporción de cancelación de Cirugía Programada. Agregado nacional 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 9. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 41. Proporción de cancelación de Cirugía Programada por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	11,0	7,32	8,14	13	17,3	19,84
Antioquia	6,09	4,74	5,75	5,87	5,62	6,29
Arauca	7,03	6,76	5,89	6,61	4,08	5,38
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	4,5	10	3,39
Atlántico	6,48	4,78	5,65	7,2	5,8	5,42
Bogotá D.C.	7,52	6,77	6,81	6,98	7,36	6,04
Bolívar	7,65	8,28	8,26	6,31	6,12	5,13
Boyacá	7,77	7,55	5,01	3,11	6,06	5,22
Caldas	6,62	7,47	7,91	7,34	4,96	5,73
Caquetá	24,1	14,5	6,78	7,56	9,4	10,12
Casanare	5,43	4,06	7,29	4,19	4,05	3,72
Cauca	8,97	8,67	7,22	5,97	6,54	7,13
Cesar	7,55	5,66	5,16	5,68	3,22	2,95
Chocó	1,33	75	5,97	5,7	22,3	9,75
Córdoba	5	5,67	6,38	9,91	3,78	5,13
Cundinamarca	7,94	7,46	8,47	8,48	8,4	7,49
Guainía	2,38	N.D.	N.D.	N.D.	0,4	4,67
Guaviare	12,4	N.D.	N.D.	9,55	6,16	7,00
Huila	7,12	11,4	7,02	4,16	5,49	4,88
La Guajira	6,31	7,28	6,57	6	7,21	7,05
Magdalena	6,26	7,87	6	6,34	5,06	6,71
Meta	6,64	8,93	6,48	6,16	9,13	8,17
Nariño	8,43	8,51	6,6	8,3	16,4	6,34
Norte de Santander	6,91	4,74	4,85	3,32	4,25	4,85
Putumayo	7,36	8,89	6,55	8,99	7,48	3,39
Quindío	8,48	5,52	1,87	3,09	6,35	4,64
Risaralda	7,58	8,56	7,03	3,96	3,27	3,68
Santander	6,92	6,33	5,66	6,29	7,51	9,98
Sucre	4,61	5,2	7,1	5,48	3,74	5,42
Tolima	5,8	4,32	4,33	6,22	4,42	4,43
Valle del Cauca	7,62	6,21	6,64	8,27	10,1	7,37
Vaupés	N.D.	8,11	1,75	7,14	3,79	3,31
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	2,69	1,26	19,84
Colombia	6,95	6,68	6,36	6,62	6,81	6,13

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 42. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	11,49	12,36	12,08	13,72	14,41	15,62
Desv. Estándar	23,45	25,28	24,83	28,01	29,24	30,89
Observaciones	1.273	1.416	1.214	1.041	1.407	1.409

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.8. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada (IPS)

La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutiva de los casos por su detección y atención temprana, disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, e impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud[6].

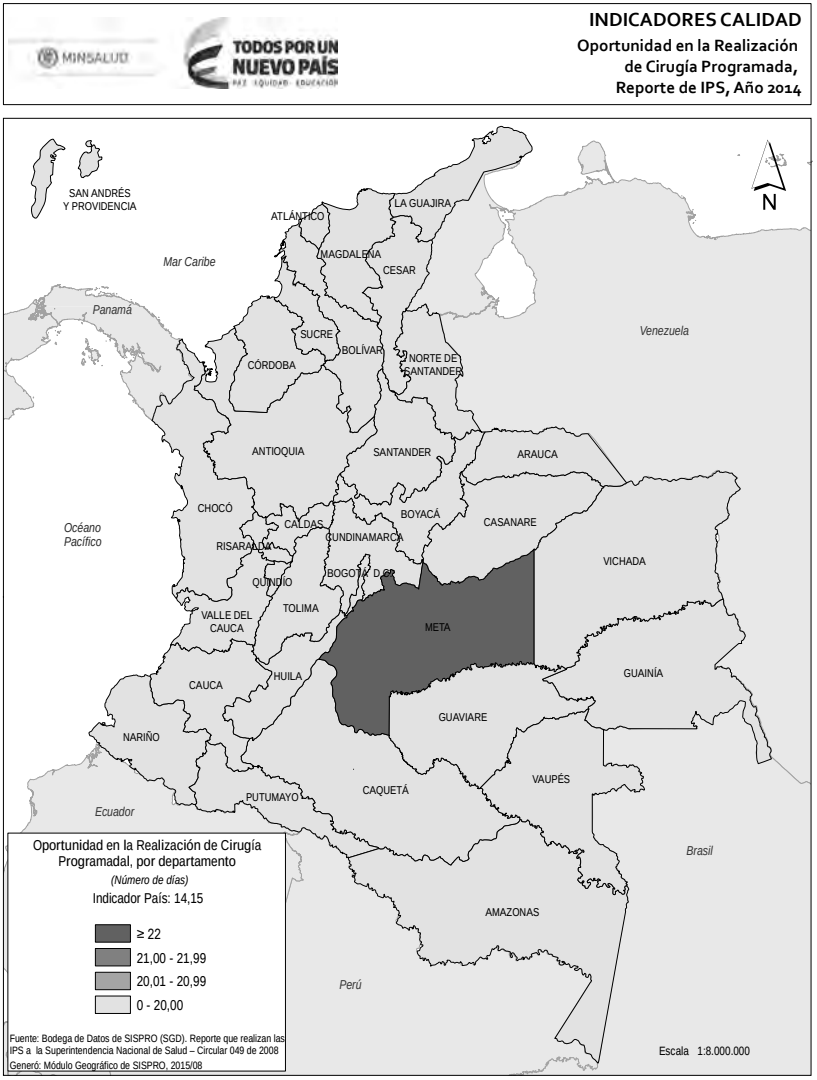
El indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días transcurridos entre la solicitud de la Cirugía Programada y el momento en el cual es realizada la cirugía, dividido por el número total de cirugías programadas en el período. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador ha tenido una tendencia creciente: pasó de 11,03 días en 2009 a 14,15 días en 2014 (Gráfica 52).
- El 59% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente (Figura 10).
- Para el 2014, el indicador más alto se encuentra en Meta (22 días), Bogotá (19,8 días) y Caldas (18,3 días). El indicador más bajo se encuentra en Vaupés (2,92 días) y Chocó (2,12 días) (Tabla 43 y Mapa 10).

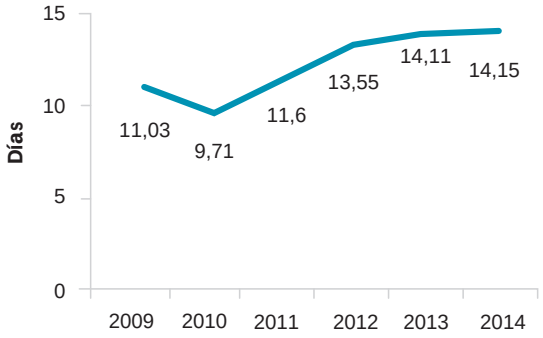
[6] 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009", pág. 294.

Mapa 10. Oportunidad en la realización de cirugía programada, reporte de IPS, año 2014



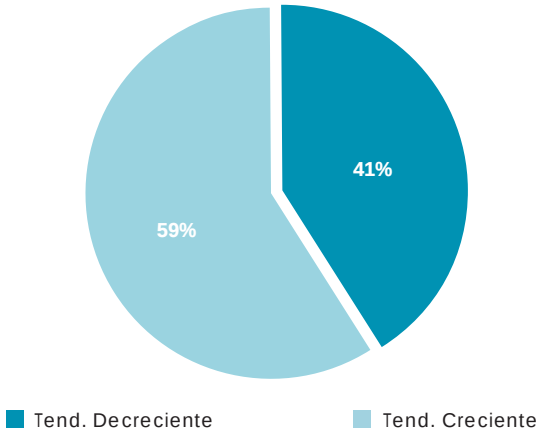
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Gráfica 52. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada. Agregado nacional 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 10. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 43. Oportunidad en la realización de Cirugía Programada por departamento, 2009 – 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	9,82	0,05	10,2	12,0	11,0	9,79
Antioquia	11,2	4,82	7,66	9,21	11,2	11,2
Arauca	12,3	8,21	8,8	13,4	11,2	18,2
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	2,12	4,62	8,65
Atlántico	6,61	5,71	6,3	3,87	4,85	7,17
Bogotá D.C.	15,1	13,9	17,1	21,2	19,6	19,8
Bolívar	4,32	8,23	10,7	10,5	11,9	10,0
Boyacá	6,81	17,4	14,8	8,69	16,5	12,8
Caldas	15,2	10,9	12,9	15,9	20,6	18,3
Caquetá	12,6	20,1	15,1	7,84	8,69	6,23
Casanare	6,13	7,52	11,2	18,7	7,96	14,3
Cauca	7,53	9,66	10,3	5,85	9,42	11,6
Cesar	5,44	5,77	11,2	11,0	9,46	11,6
Chocó	2,3	1,17	1,61	9,09	8,91	2,12
Córdoba	6,17	9,03	8,2	12,1	9,11	10,7
Cundinamarca	6,68	7,68	7,46	8,61	11,9	15,3
Guainía	3	N.D.	N.D.	N.D.	6	6
Guaviare	7,3	N.D.	N.D.	3,8	6,32	9,86
Huila	19,9	11,3	10,8	10,6	12,1	13,1
La Guajira	6,05	4,98	5,47	11,9	5	5,51
Magdalena	9,83	13,6	10,1	9,15	13,1	9,92
Meta	7,9	19,5	13,9	11,5	16,4	22,0
Nariño	4,21	11,4	10,1	12,2	14,9	15,6
N. de Santander	12,6	11,0	14,2	9,73	10,7	10,2
Putumayo	8,06	9,57	7,67	7,37	10,5	10,6
Quindío	34,7	14,4	10	18,6	14,1	12,5
Risaralda	14,1	13,7	13,7	18,4	17,8	16,2
Santander	13,7	13,3	10,9	8,68	16,7	16,6
Sucre	10,1	10,8	11,6	14,2	12,5	10,3
Tolima	14,0	9,43	10,7	12,9	16,6	11,9
Valle del Cauca	12,8	11,3	11,8	12,1	17,7	16
Vaupés	N.D.	2,41	2	2	1,96	2,92
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	3,06	3,96	N.D.
Colombia	11	9,71	11,6	13,5	14,1	14,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 44. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	8,01	7,51	8,06	9,19	10,7	11,21
Desv. Estándar	11,85	11,02	15,57	13,45	11,69	12,95
Observaciones	1122	1280	1130	738	920	926
Universo	N.D	1128	1106	1167	1199	1196
% de reporte	N.D	113%	102%	63%	77%	77%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

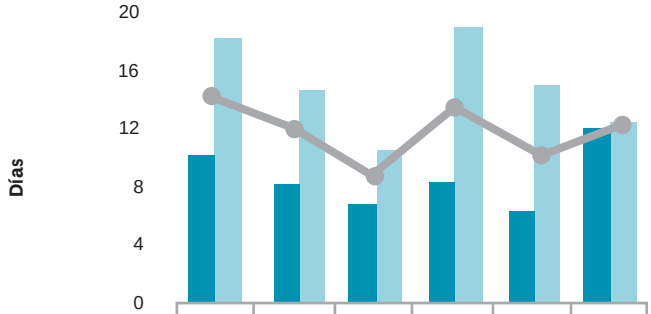
7.9. Oportunidad en la realización de Cirugía programada (EPS)

La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutiva de los casos por su detección y atención temprana. Esto disminuye los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas e impacta positivamente la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna (Así vamos en salud, 2015).

Resultados

- Para la oportunidad de Cirugía programada, se observa una disminución de 14,3 días en el 2009, a 12,2 días en el 2014 (Gráfica 53).
- Para el 2014, no se aprecian diferencias significativas entre los indicadores del Régimen Subsidiado y Contributivo (Gráfica 53).
- Las mejores oportunidades reportadas se concentraron en el año 2011, para ambos regímenes (Gráfica 53).
- El régimen contributivo muestra una leve tendencia al descenso, al pasar de 18,29 días en el 2009 a 12,36 días en el 2014 (Gráfica 53).
- El régimen subsidiado muestra una tendencia estable, ha permanecido entre 12,26 días en el 2009 y 12,03 días en el 2014 (Gráfica 53).

Gráfica 53. Oportunidad en la realización de Cirugía programada. Colombia. 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	12,26	8,24	6,77	8,32	6,33	12,03
Contributivo	18,29	14,74	10,50	19,07	14,92	12,36
Total EPS	14,35	11,92	8,74	13,51	10,26	12,21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

7.10. Oportunidad en la atención en Servicios de imagenología(IPS)

Radiología es un servicio central que genera productos sanitarios asistenciales intermedios necesarios para la atención del paciente, con el valor añadido del cuidado o mejora de su salud. El servicio de radiología presta atención a pacientes procedentes de urgencias, hospitalización, consultas externas del propio hospital o de ambulatorios y de centros de salud del área sanitaria. Por lo tanto, la oportunidad de la atención en el servicio de Imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención[7].

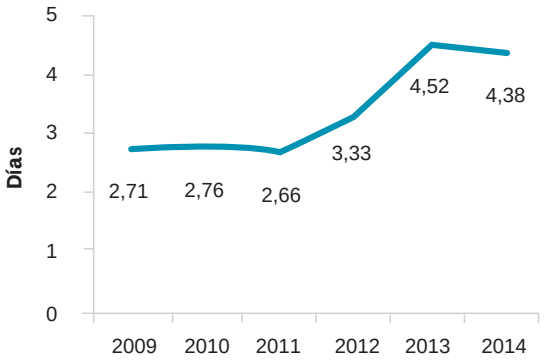
Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual el servicio es prestado, dividido por el número total de atenciones en el servicio de imagenología. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

[7] 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009", pág. 297.

Resultados

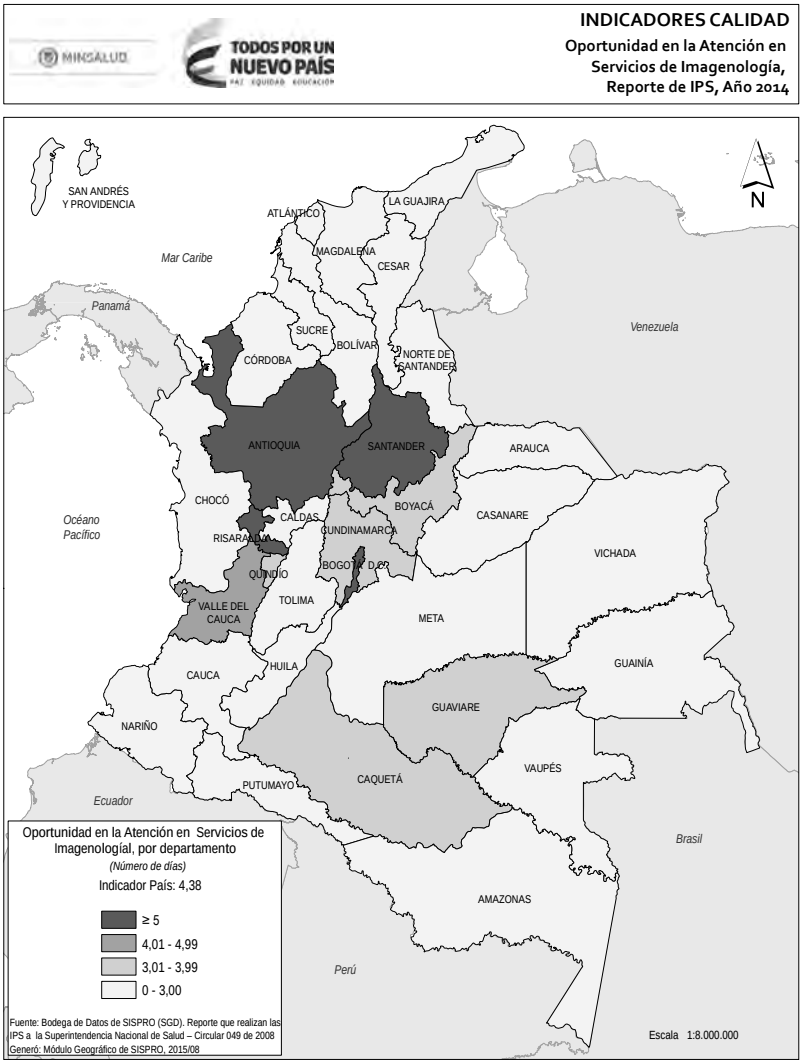
- El indicador ha tenido una tendencia creciente: pasó de 2,71 en 2009 a 4,38 días en 2014. El registro más bajo del indicador ocurrió en 2011, fecha a partir de la cual empezó a aumentar el indicador (Gráfica 54).
- Para el 2014, el indicador más alto se encuentra en Bogotá (7,24 días), Risaralda (5,78 días) y Santander (5,73 días). El indicador más bajo se encuentra en San Andrés y Guainía (1 día) y Vaupés (1,04 días), (Tabla 45 y Mapa 11).
- El 55% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente (Figura 11).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 81% y 95%. El menor porcentaje de reporte fue 75% en 2013 (Tabla 46).

Gráfica 54. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Agregado nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Mapa 11. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología, reporte de IPS, año 2014



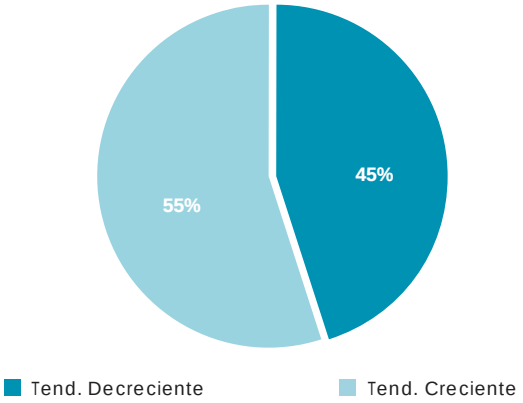
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Tabla 45. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	0,47	0,05	0,71	1,4	1,6	1,3
Antioquia	3,02	2,8	2,58	3,6	4,25	5,14
Arauca	1,96	2,05	2,38	2,1	2,05	1,74
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	0,85	1	1
Atlántico	1,46	1,89	1,87	1,8	2,99	2,28
Bogotá D.C.	3,84	4,34	3,63	5,26	7,71	7,24
Bolívar	2,67	3,14	2,22	2,18	3,65	2,63
Boyacá	3,9	2,22	2,49	1,84	3,13	3,13
Caldas	0,65	0,52	0,44	2,52	3,13	2,99
Caquetá	1,7	2,12	2,14	1,84	2,71	3,68
Casanare	1,29	0,89	2,3	2,23	1,18	1,33
Cauca	1,88	1,33	1,41	1,81	1,76	2,03
Cesar	1,28	1,26	1,04	1,02	1,39	1,56
Chocó	0,31	0,45	0,91	0,42	1,71	1,5
Córdoba	1,02	1,64	2,2	2,2	2,57	2,6
Cundinamarca	4,08	2,56	2,62	2,4	2,32	3,11
Guainía	1	N.D.	N.D.	N.D.	1	1
Guaviare	1,31	0,11	0,28	1,98	2,96	3,05
Huila	2,27	1,44	2,01	2,11	1,94	1,93
La Guajira	0,67	1,34	1,55	1,44	2,03	1,71
Magdalena	3,75	2,19	2,53	1,2	3,35	2,14
Meta	1,91	2,65	6,07	2,6	3,02	2,47
Nariño	0,86	1,02	1,08	0,98	2,04	2,82
Norte de Santander	1,28	1,69	2,14	1,37	1,67	1,59
Putumayo	4,59	3,16	4,39	1,02	2,21	2,7
Quindío	1,74	1,54	1,49	3,3	2,46	3,48
Risaralda	3,18	1,75	2,77	3,62	3,38	5,78
Santander	2,31	2,35	2,23	3,39	3,61	5,73
Sucre	1,84	1,83	1,88	2,32	2,9	2,71
Tolima	2,64	2,31	2,85	1,81	3,29	2,94
Valle del Cauca	2,38	2,55	3,12	2,13	4,09	4,24
Vaupés	1,44	0,99	1,01	1	1,13	1,04
Vichada	N.D.	N.D.	N.D.	0,31	1	N.D.
Colombia	2,71	2,76	2,66	3,33	4,52	4,38

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Figura 11. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Tabla 46. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	2,67	2,53	2,44	1,79	3,12	3,26
Desv. Estándar	7,93	8,62	6,49	3,71	4,25	4,95
Observaciones	1804	2067	1884	1692	1642	1736
Universo	N.D	2168	1978	2089	2192	2082
% de reporte	N.D	95%	95%	81%	75%	83%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

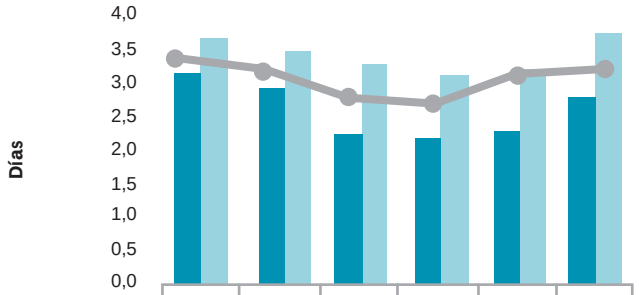
7.11. Oportunidad en la atención en servicios de imagenología (EPS)

El servicio de imagenología presta atención a pacientes procedentes de urgencias, hospitalización y consulta externa. Una respuesta rápida en estos servicios contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención(Ministerio de Salud y Protección Social).

Resultados

- La tendencia para la oportunidad en servicios de imagenología, durante los años 2009 a 2014, se observa estable, a menos de 4 días de espera(Gráfica 55).
- No se aprecian diferencias significativas entre los resultados del indicador para el régimen contributivo y subsidiado, aunque se presentan mejores resultados en el reporte del régimen subsidiado.

Gráfica 55. Oportunidad en la atención de servicios de Imagenología. Colombia. 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	3,10	2,91	2,23	2,14	2,26	2,74
Contributivo	3,60	3,43	3,24	3,09	3,17	3,74
Total EPS	3,36	3,17	2,79	2,65	3,10	3,21

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

7.12. Oportunidad en la atención en Consultas de urgencias (IPS)

La morbilidad atendida es registrada a través de los Registros Individuales de Prestación de Servicios –RIPS–. El promedio anual de atenciones en el trienio 2009-2011 fue de aproximadamente 18 millones de consultas/año, de las cuales el 85% fueron ambulatorias, el 10% de urgencias y el 5%, hospitalizaciones. Por grupos de edad, los niños y las mujeres en edad fértil de las edades más jóvenes dominan la demanda de prestaciones de salud. Las consultas de urgencias más frecuentes fueron por causa de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (el 6,2% en mujeres y el

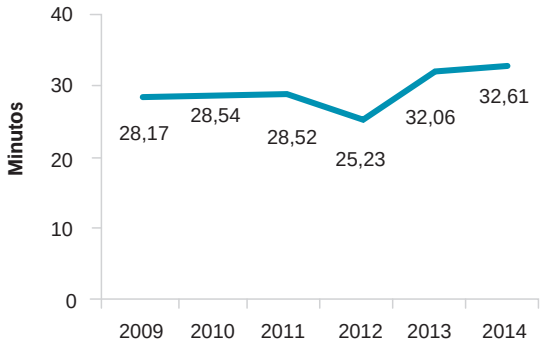
7,4% en hombres), otros dolores abdominales y los no especificados (el 6,9% en mujeres y el 4,9% en hombres) y fiebre no especificada (el 4,6% en mujeres y el 6,1% en hombres)[8].

Este indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente por parte del médico, dividido por el número total de usuarios atendidos en consulta de urgencias. La unidad de medida para este indicador es minutos y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador ha tenido una tendencia creciente: pasó de 28,17 en 2009 a 32,61 minutos en 2014 (Gráfica 56).
- El indicador más alto se encuentra en Casanare (58,2 minutos), San Andrés (54 minutos) y Bogotá (50,4 minutos); el indicador más bajo se encuentra en Vichada (15 minutos), Sucre (15,4 minutos) y Guainía (16,8 minutos) (Tabla 47 y Mapa 12).
- El 67% de las IPS en 2014 que reportaron el indicador tuvieron una tendencia creciente (Figura 12).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 75% y 89% (Tabla 47).

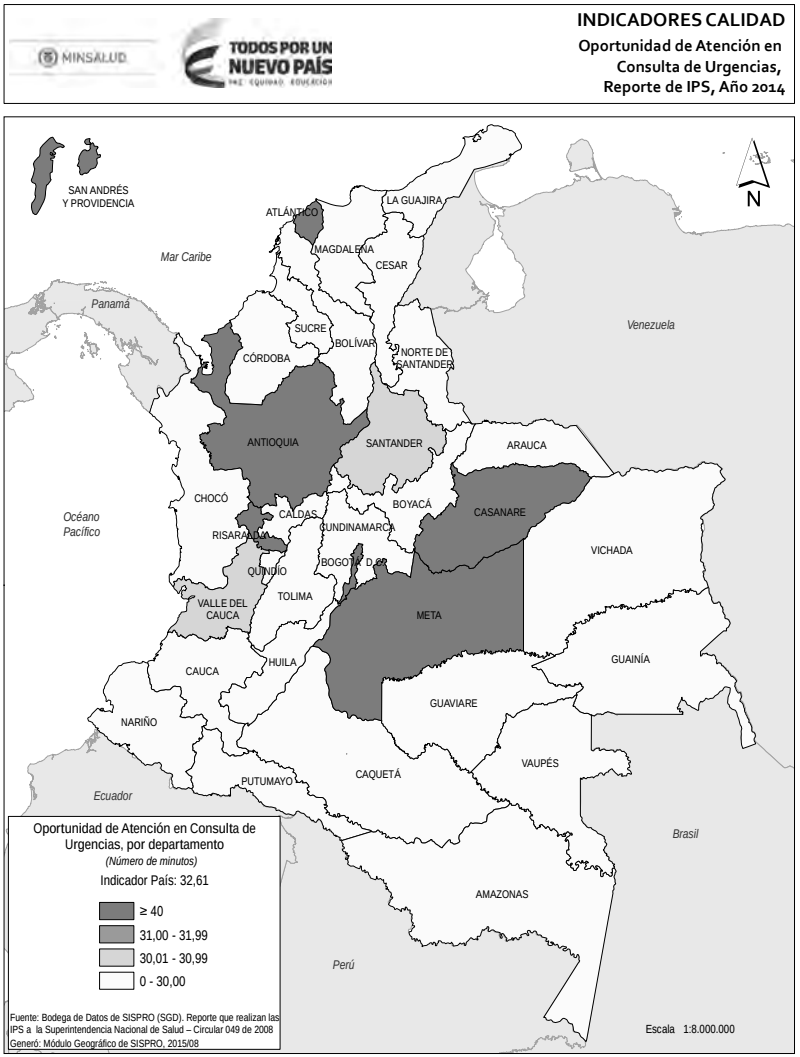
Gráfica 56. Oportunidad en la atención en Consultas de urgencias. Agregado nacional 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

[8] Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Morbilidad atendida.

Mapa 12. Oportunidad en la atención en consultas de urgencias, reporte de IPS, año 2014



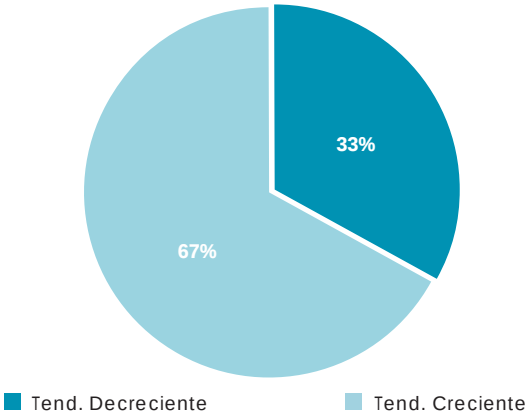
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Tabla 47. Oportunidad en la atención en Consultas de Urgencias por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	7,51	N.D.	5,23	15,5	15,4	18,9
Antioquia	33,8	37,5	35,2	19,8	29,7	36,3
Arauca	35,4	20,6	20,9	52,1	56,3	27,9
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	19,2	18,6	54,0
Atlántico	20	18,4	11,7	29,6	25,8	33,8
Bogotá D.C.	40,3	36,8	40,9	38,8	49,1	50,4
Bolívar	19,3	23,1	26,9	25,9	25,6	26,7
Boyacá	16,6	26,2	19,4	20,0	24,6	19,3
Caldas	15,4	11,7	19,8	17,6	21,7	27,1
Caquetá	16,2	22,1	19,0	9,48	27,3	21,3
Casanare	22,4	21,6	24,0	26,7	46,1	58,2
Cauca	15,1	17	19,3	17,3	21,6	21,8
Cesar	24,4	16,2	20,7	22,8	19,6	19,0
Chocó	14,2	22,9	27,1	16,9	25,9	18
Córdoba	10,8	11,7	19,4	20,3	20,7	19,2
Cundinamarca	23,0	26,9	26,6	28,6	27,2	29,5
Guainía	12	N.D.	N.D.	N.D.	17,7	16,8
Guaviare	3,51	6,55	N.D.	21,3	36,3	25
Huila	29,5	29,2	33,9	25,0	26,5	25,9
La Guajira	22,7	15,0	17,1	17,6	13,8	17,6
Magdalena	21,3	18,8	21,5	18,0	24,7	28,2
Meta	18,1	19,6	27,6	27,5	38,3	36,6
Nariño	20,7	15,8	11,0	20,2	20,0	24,5
Norte de Santander	29,8	30,6	24,0	23,1	27,7	27,6
Putumayo	16,9	15,8	13,2	12,3	15,9	21,6
Quindío	20,6	20,1	12,2	3,87	20,5	23,2
Risaralda	29,5	26,3	31,2	21,1	36,3	43,9
Santander	25,7	29,3	37,0	22,4	33,6	30,5
Sucre	16,0	15,0	15,3	13,3	16,4	15,4
Tolima	26,5	32,4	36,4	27,3	34,0	29,4
Valle del Cauca	38,2	40,6	33,7	22,3	36,9	30,5
Vaupés	N.D.	22,1	19,4	22,4	22,3	23,3
Vichada	N.D.	N.D.	7,57	7,02	17,7	15
Colombia	28,1	28,5	28,5	25,2	32,0	32,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

Figura 12. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Tabla 48. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	17,41	18,02	18,74	16,97	19,8	20,3
Desv. Estándar	49,33	53,45	50,65	74,83	16,83	18,06
Observaciones	1379	1601	1396	1387	1430	1433
Universo	N.D	1793	1762	1859	1910	1681
% de reporte	N.D	89%	79%	75%	75%	85%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015.

7.13. Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (IPS)

Los resultados del IV Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB– señalan que la afectación medida por índice COP se ha reducido, al pasar de 2,3 a 1,51 dientes afectados a la edad de 12 años como indicador de comparación internacional y está por debajo de la cifra de 3.0 definida por la OMS; sin embargo, la experiencia de caries se ha incrementado en todos los grupos de edad, aunque la prevalencia se ha reducido. Es de notar que este índice no incluye estadios tempranos de caries y,

por otra parte, que el incremento en el índice obedece a la elevación de dientes perdidos más que obturados, lo que denota limitaciones en la gestión para la atención[9].

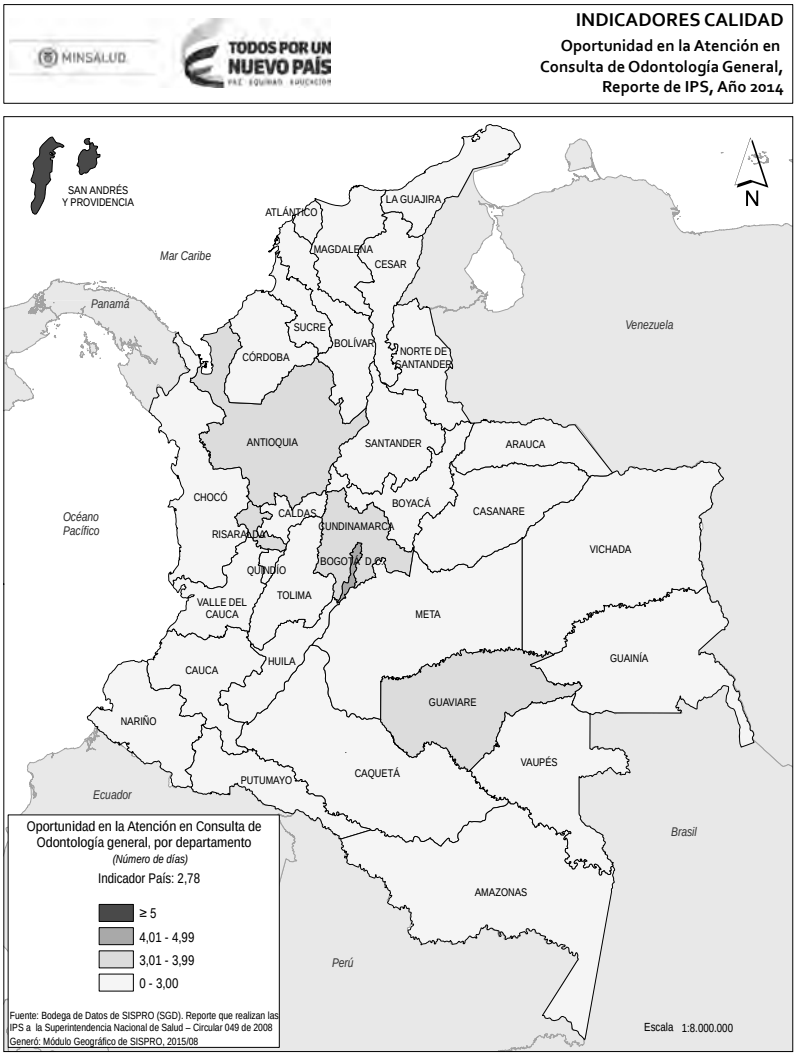
El indicador se obtiene del cociente entre la sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido en la consulta de Odontología General y la fecha en la cual es asignada la cita, dividido por el número total de consultas de Odontología General asignadas en la institución. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad semestral.

Resultados

- El indicador ha tenido una tendencia decreciente: pasó de 4 en 2009 a 2,78 días en 2014 (Gráfica 57).
- El registro más bajo del indicador ocurrió en 2012 y coincide con el año en el que menor número de IPS reportaron el indicador (Tabla 50 y Gráfica 57).
- El 51% de las IPS habilitadas en 2014 y que reportaron el indicador tuvieron una tendencia decreciente (Figura 13).
- El indicador más alto para el 2014 se encuentra en San Andrés (8,31 días) seguido por Bogotá con (4,22 días) y Cundinamarca (3,71 días). El indicador más bajo fue reportado por La Guajira (1,22 días), y (Tabla 49 y Mapa 13).
- El reporte del indicador por parte de las IPS se ha mantenido entre 61% y 88%. El menor porcentaje de reporte fue 61%, en 2012 (Tabla 50).

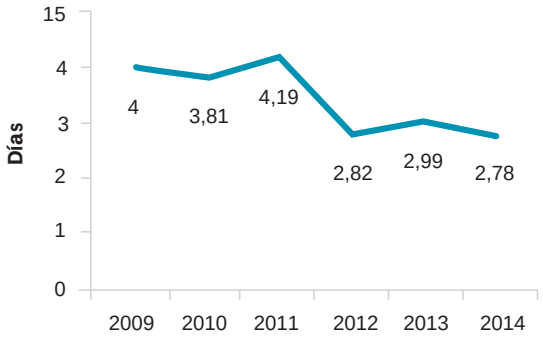
[9] Ministerio de salud y Protección Social, IV Estudio Nacional de Salud Bucal.

Mapa 13. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general, reporte de IPS, año 2014



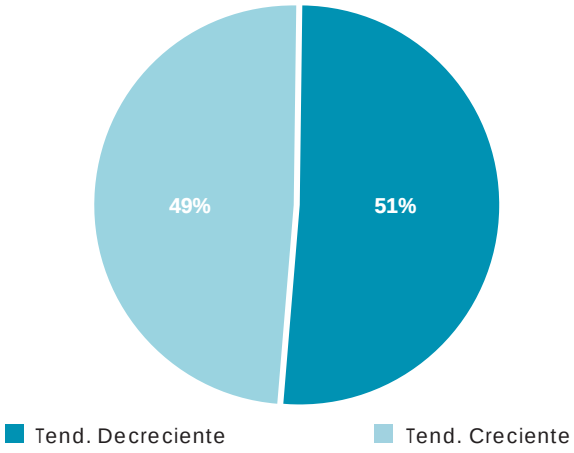
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Gráfica 57. Oportunidad en la atención en consulta de odontología general. Agregado nacional 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Figura 13. Distribución de IPS según tendencia del indicador 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Pasa...

Tabla 49. Oportunidad en la atención en consulta de odontología por departamento, 2009 - 2014

Departamento	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Amazonas	1,31	3,14	9,31	2,56	1,7	1,41
Antioquia	7,74	5,69	5,4	3,71	3,97	3,69
Arauca	1,1	1,28	1,47	1,25	1,59	1,69
Ar. San Andrés	N.D.	N.D.	N.D.	3,42	3,28	8,31
Atlántico	3,48	2,69	2,78	1,9	2,29	2,42
Bogotá D.C.	3,95	5,05	6,49	4,24	4,2	4,22
Bolívar	5,03	1,67	2,2	1,86	1,72	1,74
Boyacá	2,36	1,76	2,24	1,63	1,92	1,88
Caldas	5,16	4,93	5,36	2,98	3,51	2,87
Caquetá	2,28	2,05	2,84	2,01	2,13	2,41
Casanare	1,91	2,36	2,67	2,63	2,48	1,97
Cauca	1,76	2,06	2,01	1,06	1,58	1,56
Cesar	1,49	1,37	1,25	1,15	1,84	1,67
Chocó	1,18	1,46	1,74	3,96	1,4	1,23
Córdoba	1,23	1,89	2,07	1,79	1,85	1,77
Cundinamarca	5,21	4,7	4,19	2,15	3,43	3,71
Guainía	1	1,09	N.D.	N.D.	1,02	1
Guaviare	4,75	3,7	5,27	5,88	3,41	3,02
Huila	1,34	2,12	3,1	1,6	1,88	1,99
La Guajira	1,34	0,91	1,32	1,11	1,31	1,22
Magdalena	1,81	2,08	2,07	1,6	2,04	1,59
Meta	2,38	3,11	3,62	2,67	2,77	2,62
Nariño	1,92	2,89	3	2,01	2,15	2,5
Norte de Santander	2,96	2,04	2,33	2,02	2,57	2,19
Putumayo	2,03	2,36	3,63	1,88	2,33	2,1
Quindío	4,02	4,29	3,07	2,43	2,32	2,37
Risaralda	6,2	5,21	5,04	3,38	4,06	3,64
Santander	2,82	2,68	2,42	1,97	2,32	2,62
Sucre	1,18	1,23	1,52	1,6	1,83	1,39
Tolima	3,53	2,9	3,23	1,6	2,01	1,77
Valle del Cauca	5,3	4,95	4,3	3,75	3,24	2,78
Vaupés	1,3	1,13	2,01	1,77	2,46	1,68
Vichada	0,85	1,02	1,12	2,56	2,33	1,17
Colombia	4	3,81	4,19	2,82	2,99	2,78

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

Tabla 50. Estadísticas descriptivas del indicador por IPS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Media	3,36	2,99	2,89	1,98	2,59	2,52
Desv. Estándar	5,99	5,59	4,07	3,66	2,72	3,21
Observaciones	2841	3419	3205	2281	3164	3129
Universo	N.D	3903	3629	3757	3825	3717
% de reporte	N.D	88%	88%	61%	83%	84%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO dispuestos en el cubo de indicadores de calidad del MSPS y cálculos de REPS. Consultado en septiembre de 2015

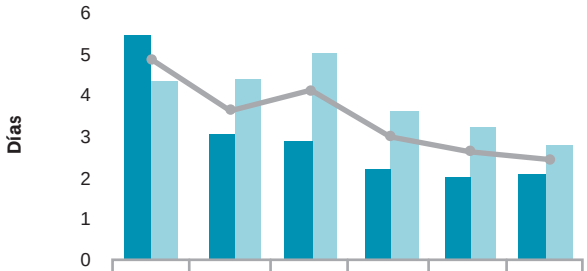
7.14. Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General (EPS)

La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutividad 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Resultados

- El indicador total de EPS muestra una tendencia al descenso, al pasar de 4,88 días en 2009, a 2,45 días en 2014. Entre 2010 y 2014, el régimen contributivo ha estado con valores por encima del régimen subsidiado (Gráfica 58).
- El regimen subsidiado, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente al pasar de 4,35 días a 2,79 días (Gráfica 58).
- El regimen subsidiado, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente al pasar de 5,48 días a 2,10 días (Gráfica 58).
- El regimen contributivo, entre 2009 y 2014 presenta una tendencia decreciente pasó de 4,35 días a 2,79 días (Gráfica 58).

Gráfica 58. Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	5,48	3,04	2,85	2,22	1,99	2,10
Contributivo	4,35	4,38	5,01	3,61	3,20	2,79
Total EPS	4,88	3,68	4,10	2,99	2,65	2,45

Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Consultado en septiembre 2015.

7.16. Oportunidad de entrega de medicamentos POS (EPS)

Los derechos establecidos en el Plan Obligatorio de Salud incluyen la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS, que sean formulados por el médico como parte integral de su atención.

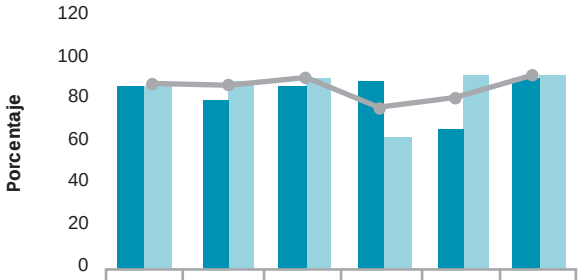
Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para quien el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos. (Ministerio de Salud y Protección Social).

El indicador se calcula a partir del cociente entre el número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula y el número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afilidado o su representante durante el período.

Resultados

- Para la oportunidad de entrega de medicamentos POS del total de EPS, que reportaron el indicador, el porcentaje se ha mantenido estable por encima del 90%, exceptuando el 2012 (75,3%) (Gráfica 59).
- En el año 2014, el régimen contributivo y el régimen subsidiado presentaron poca diferencia entre sus porcentajes (Gráfica 59).

Gráfica 59. Oportunidad de entrega de medicamentos POS. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	93,8	86,3	93,6	95,9	71,4	97,0
Contributivo	94,7	96,6	97,5	66,9	98,3	98,4
Total EPS	94,2	92,1	96,2	75,3	83,2	97,6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

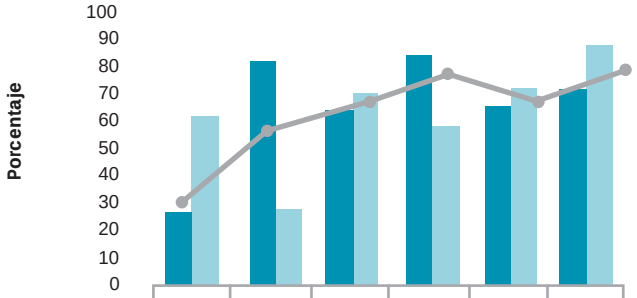
7.17. Oportunidad en la detección de Cáncer de cuello uterino (EPS)

La alta incidencia de morbimortalidad por neoplasias malignas en mujeres está determinada básicamente por los cánceres de origen cervicouterino, mama y estómago, por tanto el monitoreo de la oportunidad en la detección del cáncer permite evidenciar el mejoramiento y cumplimiento de acciones entre el asegurador, el prestador y entidades territoriales (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Resultados

- El indiciador total de EPS muestra una tendencia creciente: pasó de 30,2% en el 2009, a 78,1% en el 2014 (Gráfica 60).
- El comportamiento entre regímenes ha sido variable durante 2009-2014.
- En los últimos 2 años, el porcentaje del régimen contributivo ha estado por encima del régimen subsidiado (Gráfica 60).

Gráfica 60. Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	26,9	81,6	63,5	83,4	64,9	71,4
Contributivo	61,0	27,9	70,2	57,3	71,3	87,0
Total EPS	30,2	57,1	65,8	76,7	66,6	78,1

Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Consultado en septiembre 2015.

7.17. Oportunidad de la Referencia en la EAPB

La oportunidad de la atención de las solicitudes de referencia que la IPS le hace a la EAPB está directamente relacionada con la suficiencia de la red y el manejo del riesgo por parte del asegurador.

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con

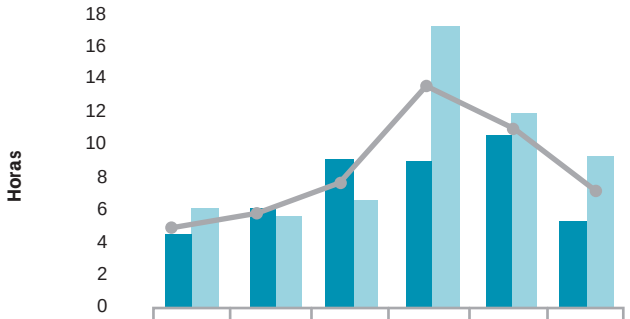
la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006).

Este indicador se calcula a partir del cociente entre la sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB y el total de solicitudes de referencia.

Resultados

- El indiciador total de EAPB muestra una tendencia creciente: pasó de 4,8 horas en 2009, a 7,03 horas en 2014.
- A partir de 2011, el régimen contributivo se ha mantenido por encima del régimen subsidiado (Gráfica 61).

Gráfica 61. Oportunidad de la referencia en la EAPB. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	4,29	5,86	8,94	8,88	10,41	5,19
Contributivo	5,91	5,51	6,45	17,03	11,78	9,09
Total EAPB	4,81	5,74	7,57	13,42	10,90	7,03

Fuente: Elaboración propia a partir de SISPRO. Consultado en septiembre 2015.

7.18. Número de tutelas por no prestación de servicios POS (EPS)

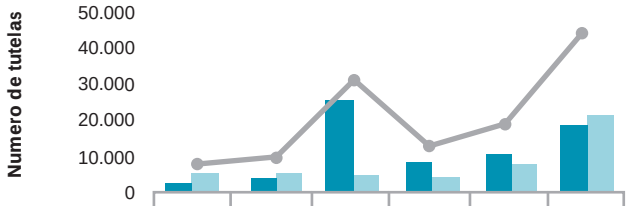
Cuando se presenta una tutela por la no prestación de servicios POS, es alta la probabilidad de que se hayan producido fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención o con el apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de las obligaciones de la EPS para con el afiliado (Ministerio de Salud y Protección Social).

Este indicador se calcula a partir del número total de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios.

Resultados

- El número de tutelas totales por EPS en el 2014 fue de 44.634.
- El comportamiento del regimen subsidiado durante 2009-2014 ha sido fluctuante (Gráfica 62).

Gráfica 62. Número de tutelas por no prestación de servicios POS. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	2.800	4.290	25.717	8.755	10.855	18.812
Contributivo	5.516	5.735	5.082	4.569	7.956	21.309
Total EPS	8.338	10.025	30.799	13.324	19.935	44.634

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

7.19. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (EPS)

La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar la EPS. Para el asegurador es importante discriminar

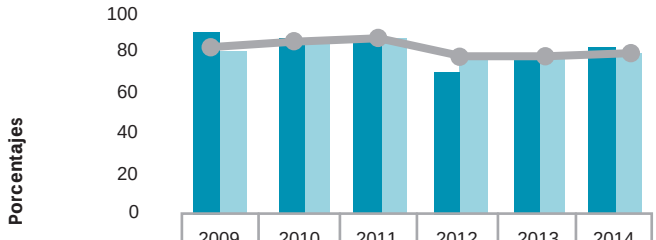
cuáles de sus áreas de atención al usuario y cuáles de sus prestadores generan mayor satisfacción y adherencia (Ministerio de Salud y Protección Social).

Este indicador se cálcula como el cociente entre el número de quejas en las cuales se adopten los correctivos requeridos antes de 15 días y el número total de quejas recibidas, se expresa en porcentaje y su periodicidad de reporte semestral.

Resultados

- La proporción de quejas resueltas antes de 15 días se ha mantenido estable durante 2009 y 2014, y sin diferencias significativas entre los regímenes (Gráfica 63).

Gráfica 63. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	89,90	87,19	87,26	70,21	77,12	82,08
Contributivo	80,17	85,18	87,09	78,24	77,21	79,65
Total EPS	82,68	85,38	87,11	77,29	77,57	80,38

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

7.20. Tasa de traslados desde la EPS

Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema planteada por la Ley 100 de 1993 es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios.

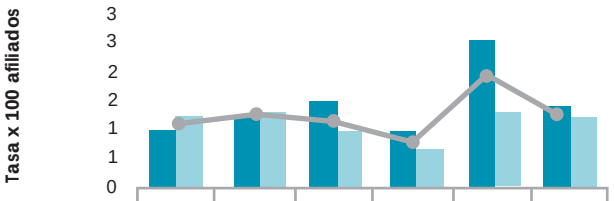
El cambio de entidad promotora de salud puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos (Ministerio de Salud y Protección Social).

Este indicador se obtiene a partir del cociente entre el número de afiliados que se trasladaron a otra EPS del mismo regimen en el periodo y el número total de afiliados en el periodo.

Resultados

- Para el año 2013, el régimen subsidiado presenta una mayor tasa que el regimen contributivo (2,55 x 100 afiliados) (Gráfica 64).
- La mayor tasa de traslados total de EPS se presentó en el 2013 (1,93 por 100 afiliados) (2,55 por 100 afiliados) (Gráfica 64).

Gráfica 64. Tasa global de traslados desde la EPS. Colombia 2009-2014



	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Subsidiado	0,99	1,18	1,46	0,96	2,55	1,35
Contributivo	1,24	1,31	0,96	0,64	1,30	1,18
Total EPS	1,12	1,25	1,14	0,78	1,93	1,23

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

8. Indicadores de experiencia en la atención basados en mediciones de percepción de los usuarios

Los indicadores de experiencia en la atención basados en mediciones de percepción de los usuarios que se compilaron en este informe se encuentran en la Tabla 51. La metodología de construcción de los indicadores se puede consultar en el capítulo 3, Metodología del informe.

Tabla 51. Indicadores de Experiencia de atención basados en mediciones de percepción de los usuarios

Subdominio 1	Subdominio 2	Mediciones - Indicadores
1. Oportunidad en el tiempo de respuesta	1. Oportunidad percibida	Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad
2. Acceso a la atención y utilización del servicio	1. Restricción de acceso	Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso
3. Trato y respeto recibido	1. Trato interpersonal	Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico
4. Información y comunicación recibida	1. Suficiencia de información	Proporción de los usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente
5. Evaluación global de la experiencia de atención	1. Seguridad global	Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad
	2. Satisfacción global EPS	Tasa de satisfacción global con la EPS
6. Valoración final de la experiencia de atención	1. Adherencia-fidelidad-lealtad	Proporción de usuarios de la EPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla

Fuente: Elaboración propia con información de INCAS2009

8.1. Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad

Este indicador se mide a través de una de las preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: "¿El tiempo de espera le pareció?". Esta pregunta tiene cinco opciones de respuesta: "muy largo", "largo", "ni largo ni corto", "corto" y "muy corto". De esta manera, este indicador se define como la proporción de usuarios que reportaron que el tiempo de espera para acceder a determinado

servicio de salud les pareció "corto" o "muy corto" sobre el total de usuarios que respondieron la pregunta. En este orden de ideas, un indicador cercano a 1 indica que la gran mayoría de los encuestados reportaron tiempos de espera cortos. Es importante resaltar que las columnas de las medianas en la Tabla 51 muestran la mediana de los tiempos reportados por los encuestados y no la mediana de la percepción. Asimismo, cabe anotar que el cuestionario de 2013 solo indagó por percepción del tiempo de espera para medicina general y especializada.

Resultados

En la Tabla 51 se puede observar lo siguiente:

- En la mayoría de los servicios de salud el indicador de favorabilidad fue inferior al 50%, lo cual muestra que los usuarios encuestados se encuentran inconformes con los tiempos de espera.
- En 2014, esta mala percepción de los tiempos de espera es particularmente fuerte para medicina especializada, con apenas un 23% (0,23) de favorabilidad; cirugía, 36% (0,36), y radiografía e imágenes diagnósticas, 37% (0,37).
- No obstante, hubo un progreso significativo en el indicador para medicina general y especializada entre 2013 y 2014.
- A grandes rasgos, la percepción de favorabilidad del RS es superior al RC.

Tabla 52. Indicador de percepción de tiempos de espera según tipo de servicio; mediana de tiempos de espera reportados según tipo de servicio

Tiempos de espera	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Medicina General	0.31	0.43	0.11***	Una semana	Una semana
Régimen Contributivo	0.27	0.37	0.09***	Una semana	Una semana
Régimen Subsidiado	0.37	0.50	0.12***	Una semana	Una semana
Diferencia	0.10***	0.13***			
Medicina Especializada	0.16	0.23	0.07***	Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Régimen Contributivo	0.13	0.19	0.06***	Una semana	Entre 1 y 3 días
Régimen Subsidiado	0.21	0.29	0.07***	Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Diferencia	0.09***	0.10***			

Pasa...

Continuación. Indicador de percepción de tiempos de espera según tipo de servicio; mediana de tiempos de espera reportados según tipo de servicio

Tiempos de espera	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Exámenes de laboratorio		0.54		Entre 2 y 4 semanas	Dos semanas
Régimen Contributivo		0.48		Entre 2 y 4 semanas	Entre 2 y 4 semanas
Régimen Subsidiado		0.61		Entre 2 y 4 semanas	Dos semanas
Diferencia		0.13***			
Radiografías, Imágenes o pruebas diagnósticas		0.37		Entre 1 y 3 días	Menos de un día
Régimen Contributivo		0.34		Entre 1 y 3 días	Menos de un día
Régimen Subsidiado		0.42		Entre 1 y 3 días	Menos de un día
Diferencia		0.09**			
Odontología		0.47		Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Régimen Contributivo		0.44		Una semana	Una semana
Régimen Subsidiado		0.50		Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Diferencia		0.06			
Cirugía		0.36		Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Régimen Contributivo		0.31		Una semana	Entre 1 y 3 días
Régimen Subsidiado		0.42		Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Diferencia		0.11			
Terapias		0.39		Dos semanas	Dos semanas
Régimen Contributivo		0.38		Dos semanas	Dos semanas
Régimen Subsidiado		0.42		Dos semanas	Dos semanas
Diferencia		0.04			
Citas Prioritarias		0.42		Una semana	Entre 1 y 3 días
Régimen Contributivo		0.40		Dos semanas	Entre 1 y 3 días
Régimen Subsidiado		0.47		Una semana	Una semana
Diferencia		0.06			
Entrega de medicamentos		0.64		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Contributivo		0.60		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Subsidiado		0.69		Menos de un día	Menos de un día
Diferencia		0.09***			

Pasa...

Continuación. Indicador de percepción de tiempos de espera según tipo de servicio; mediana de tiempos de espera reportados según tipo de servicio

Tiempos de espera	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Urgencias		0.44		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Contributivo		0.36		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Subsidiado		0.52		Menos de un día	Menos de un día
Diferencia		0.15***			
Hospitalización		0.51		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Contributivo		0.49		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Subsidiado		0.53		Menos de un día	Menos de un día
Diferencia		0.04			
Programas de prevención de la salud y prevención		0.43		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Contributivo		0.44		Menos de un día	Menos de un día
Régimen Subsidiado		0.43		Menos de un día	Menos de un día
Diferencia		-0.01			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

8.2. Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso

Este indicador se mide mediante dos preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "Usted considera que acceder a servicios de salud a través de su EPS fue", con cinco respuestas entre "muy fácil" y "muy difícil"; y ii) "¿Su EPS, en los últimos 6 meses, le ha negado alguna vez un servicio?", con respuesta "sí" o "no". De esta manera, el primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "muy fácil" y "fácil"; el segundo indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "sí".

Resultados

En la Tabla 52, Gráfica 65 y Gráfica 66 se puede observar lo siguiente:

- La percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54% (0,54), en 2014. Esto indica que el 46% de los usuarios consideran difícil acceder a los servicios de salud de su EPS. A pesar de esto, el indicador mejoró un 11% (0,11) con respecto al año anterior.

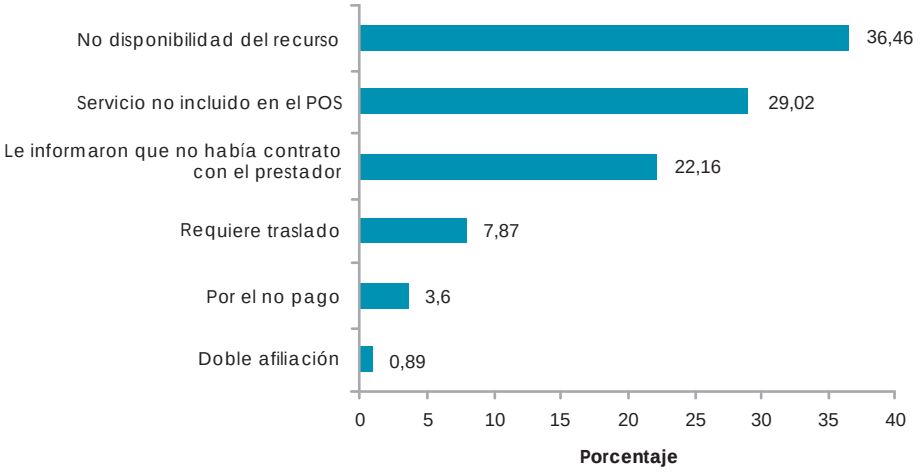
- La proporción de personas que reportaron que la EPS les negó un servicio se redujo a la mitad entre 2013 y 2014: pasó del 11% (0,11) al 5% (0,05) y la diferencia es estadísticamente significativa.
- El número de servicios negados por la EPS para los dos años fue superior para el RC.
- La Gráfica 65 muestra que en 2014 las principales razones por las que la EPS les negó un servicio fueron: i) no disponibilidad del recurso con 36,46%; ii) servicio no incluido en el POS, 29,02%, y iii) le informaron que no había contrato con el prestador, 22,16%.
- La Gráfica 66 muestra que de los encuestados en 2014, solo el 1,06% recurrieron a una tutela para acceder a los servicios de salud; 0,98%, a derechos de petición, y 0,54%, a otro trámite.

Tabla 53. Indicadores de restricción de servicios de salud por trámite

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Usted considera que acceder a servicios de salud a través de su EPS fue:	0,43	0,54	0,11***	Ni fácil ni difícil	Ni fácil ni difícil
Régimen Contributivo	0,44	0,51	0,08***	Ni fácil ni difícil	Ni fácil ni difícil
Régimen Subsidiado	0,41	0,56	0,15***	Ni fácil ni difícil	Ni fácil ni difícil
Diferencia	-0,03***	0,05**			
¿Su EPS, en los últimos 6 meses, le ha negado alguna vez un servicio?	0,11	0,05	-0,05***	No	No
Régimen Contributivo	0,11	0,07	-0,05***	No	No
Régimen Subsidiado	0,10	0,04	-0,06***	No	No
Diferencia	-0,02***	-0,02**			

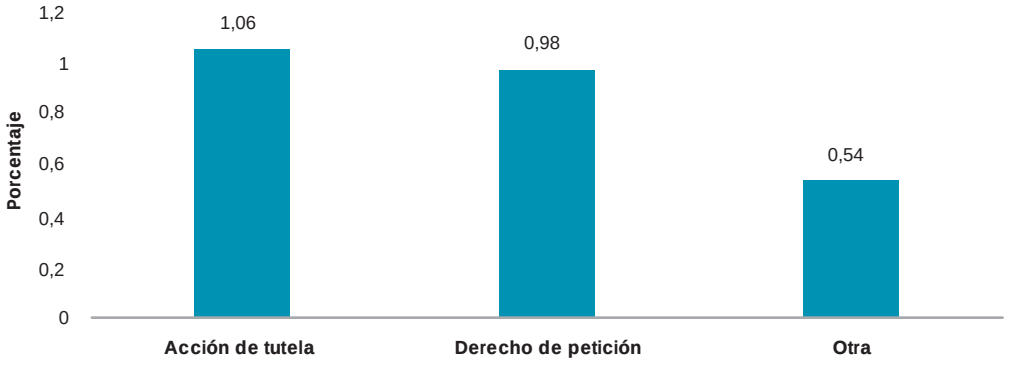
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

Gráfica 65. Pregunta "¿Cuál fue la razón de que la EPS le negara algún servicio?". Año 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 66. Pregunta "En los últimos 6 meses, para acceder a los servicios de su EPS ha tenido que:". Año 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

8.3. Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico

Este indicador se mide a través de dos preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "¿Usted se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS (Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.)?" y "¿Usted se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal asistencial de la EPS (Médicos, Enfermeras, etc.)?". Ambas preguntas tienen cinco opciones de respuesta entre "nunca" y "siempre". De esta manera, ambos indicadores se construyeron como la proporción de usuarios que respondieron "siempre" y "casi siempre".

Resultados

En la Tabla 54 se puede observar lo siguiente:

- El 80% (0,80) de los usuarios encuestados en 2014 se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS; en el caso del personal asistencial la proporción de usuarios fue de 85% (0,85).
- Para el personal administrativo no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los años 2013 y 2014; mientras que para el asistencial disminuyó el indicador.

Tabla 54. Indicadores de buen trato por parte del personal médico y no médico

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
¿Usted se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal administrativo de la EPS (Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.)?	0,81	0,80	-0,01	Siempre	Siempre
Régimen Contributivo	0,80	0,78	-0,03	Casi Siempre	Casi Siempre
Régimen Subsidiado	0,82	0,82	0,00	Siempre	Siempre
Diferencia	0,02**	0,04***			

Pasa...

Continuación. Indicadores de buen trato por parte del personal médico y no médico

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
¿Usted se sintió atendido con trato amable y respetuoso por el personal asistencial de la EPS (Médicos, Enfermeras, etc.)?	0,87	0,85	-0,02**	Siempre	Siempre
Régimen Contributivo	0,86	0,83	-0,03**	Siempre	Siempre
Régimen Subsidiado	0,87	0,86	-0,01	Siempre	Siempre
Diferencia	0,01*	0,03*			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

8.4. Proporción de los usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente

Este indicador se puede medir a partir de tres preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "¿Su EPS le ha entregado información sobre?", con respuesta "si" o "no"; ii) "Califique la calidad información que le ha entregado su EPS sobre:", con cinco respuestas entre "muy mala" y "muy buena", y iii) "¿Ha utilizado dicha información?", con respuesta "sí" o "no". De esta manera, el primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "sí"; el segundo indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "muy buena" y "buena", y el tercer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "sí".

Resultados

En la Tabla 55 se puede observar lo siguiente:

- En general, la mayoría de los usuarios manifestaron recibir poca información de la EPS. Por ejemplo, solo el 10% (0,10) recibió información sobre el desempeño de la EPS en 2014; 29% (0,29), información de copagos y cuotas moderadoras, y 33% (0,33), sobre sus derechos y deberes.
- A pesar de esto, hubo un progreso estadísticamente significativo en este indicador, entre 2013 y 2014.

- Con respecto a la calidad de dicha información, los usuarios que recibieron la información manifestaron una alta calidad de la misma. El rubro con la puntuación más baja fue la información sobre el desempeño de la EPS.
- Con relación a si el usuario ha utilizado dicha información, los puntajes más bajos se encuentran en el desempeño de la EPS y los derechos y deberes. Esto indica que no solo los usuarios no reciben la información de la EPS -10% (0,10)-, sino que de los que la reciben, varios no la utilizan (solo el 65% (0,65) la ha utilizado).
- Lo mismo ocurre con los derechos y deberes: solo el 33% (0,33) recibió la información en 2014, y de aquellos solo un 70% (0,70) ha utilizado esa información.

Tabla 55. Indicadores de percepción de la información provista por la EPS

	Ind. EPS le entregó información			Ind. Calificación de la información			Ind. Ha utilizado dicha información		
	2013	2014	Dif	2013	2014	Dif	2013	2014	Dif
Sus derechos y deberes (carta de derechos y deberes)	0.17	0.33	0.16***	0.94	0.87	-0.07***	0.51	0.70	0.19***
Régimen Contributivo	0.19	0.35	0.16***	0.94	0.85	-0.09***	0.49	0.68	0.19***
Régimen Subsidiado	0.15	0.30	0.15***	0.94	0.89	-0.05***	0.55	0.74	0.19***
Diferencia	-0.04***	-0.05**		0.00	0.05*		0.06**	0.06**	
Las instituciones de servicios de salud a las que puede ir	0.23	0.41	0.19***	0.96	0.88	-0.08***	0.85	0.86	0.01
Régimen Contributivo	0.25	0.41	0.16***	0.95	0.88	-0.07***	0.85	0.85	0.00
Régimen Subsidiado	0.19	0.42	0.23***	0.97	0.88	-0.10***	0.83	0.87	0.04**
Diferencia	-0.05***	0.02		0.02***	-0.01		-0.02*	0.02	
Cómo solicitar una cita	0.32	0.55	0.23***	0.93	0.86	-0.06***	0.92	0.92	0.00
Régimen Contributivo	0.34	0.56	0.22***	0.92	0.86	-0.06***	0.92	0.91	-0.01
Régimen Subsidiado	0.29	0.54	0.24***	0.94	0.87	-0.07***	0.91	0.93	0.02**
Diferencia	-0.05***	-0.02		0.02*	0.01		-0.01	0.02	
Cómo solicitar o tramitar las autorizaciones	0.15	0.41	0.26***	0.94	0.87	-0.07***	0.79	0.86	0.06***
Régimen Contributivo	0.16	0.42	0.26***	0.94	0.87	-0.06***	0.79	0.86	0.06***
Régimen Subsidiado	0.14	0.40	0.26***	0.94	0.86	-0.08***	0.80	0.86	0.06***
Diferencia	-0.02***	-0.03		0.01	-0.01		0.00	0.01	0.00

Pasa...

Continuación. Indicadores de percepción de la información provista por la EPS

	Ind. EPS le entregó información			Ind. Calificación de la información			Ind. Ha utilizado dicha información		
	2013	2014	Dif	2013	2014	Dif	2013	2014	Dif
Valor de los copagos o cuotas moderadoras	0.15	0.29	0.14***	0.92	0.85	-0.07***	0.82	0.88	0.06***
Régimen Contributivo	0.22	0.38	0.17***	0.93	0.87	-0.06***	0.84	0.89	0.06***
Régimen Subsidiado	0.06	0.19	0.13***	0.91	0.82	-0.10***	0.75	0.85	0.10***
Diferencia	-0.16***	-0.19***		-0.01	-0.05*		-0.08***	-0.04**	
Cómo comunicarse con la EPS	0.22	0.40	0.18***	0.92	0.86	-0.06***	0.85	0.87	0.02*
Régimen Contributivo	0.27	0.43	0.16***	0.92	0.85	-0.06***	0.87	0.88	0.01
Régimen Subsidiado	0.16	0.38	0.22***	0.94	0.87	-0.07***	0.82	0.87	0.05***
Diferencia	-0.11***	-0.05**		0.02*	0.01		-0.05***	0.00	
El desempeño de su EPS									
(carta de desempeño)	0.03	0.10	0.07***	0.92	0.83	-0.08***	0.46	0.65	0.19***
Régimen Contributivo	0.04	0.11	0.07***	0.91	0.83	-0.08**	0.44	0.66	0.22***
Régimen Subsidiado	0.02	0.09	0.07***	0.93	0.84	-0.10**	0.51	0.63	0.13**
Diferencia	-0.02***	-0.02***	0.00	0.02	0.01	0.00	0.07	-0.02	0.00

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

8.5. Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad

Este indicador se mide a través de dos preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "¿Cómo califica la solución que le dio la EPS a la necesidad de Salud por la cual usted consultó la última vez?", con cinco respuestas entre "muy mala" y "muy buena", y ii) ¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?", con cuatro tipos de respuesta entre "definitivamente no" y "definitivamente sí". De esta manera, el primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "muy buena" y "buena"; el segundo, como la proporción de usuarios que respondieron "definitivamente sí" y "probablemente sí".

Resultados

La Tabla 56 muestra los resultados de los indicadores:

- En 2014, el 73,3% (0,733) de los encuestados percibieron que la solución dada por la EPS fue "buena" o "muy buena". Esto indica que un poco más del 25% de los usuarios no encontraron satisfactoria la solución recibida por su EPS.
- Con respecto al siguiente indicador, en 2014 el 88,8% (0,888) de los encuestados percibieron que de llegar a estar enfermos podrán acceder oportunamente a los servicios de salud ofrecidos por la EPS.
- Esta percepción tuvo un aumento estadísticamente significativo entre 2013 y 2014; en el RS aumentó en 4,1% (0,041).

Tabla 56. Indicadores de percepción de efectividad en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingreso a la entidad

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
¿Cómo califica la solución que le dio la EPS a la necesidad de salud por la cual usted consultó la última vez?			0,021*		
	0,712	0,733		Buena	Buena
Régimen Contributivo	0,705	0,706	0,001	Buena	Buena
Régimen Subsidiado	0,723	0,763	0,040***	Buena	Buena
Diferencia	0,019**	0,057**			
¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?	0,861	0,888	0,027***	Probablemente si	Probablemente si
Régimen Contributivo	0,857	0,869	0,012	Probablemente si	Probablemente si
Régimen Subsidiado	0,868	0,909	0,041***	Probablemente si	Probablemente si
Diferencia	0,011	0,040***			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

8.6. Tasa de satisfacción global con la EPS

Este indicador indaga por la satisfacción del usuario con su EPS y los servicios recibidos de esta. Se mide a través de dos preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "En los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?", con cinco respuestas entre "muy mala" y "muy buena", y ii) "Califique el servicio de medicina que utilizó a través de su EPS", con cinco tipos de respuesta entre "muy malo" y "muy bueno". Esta última pregunta se repite para cada uno de los servicios que ofrece la EPS. Cabe resaltar que esta pregunta solo es válida para aquellos que hayan tomado ese servicio de salud en los últimos seis meses. Teniendo esto en consideración, el primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "muy buena" y "buena"; el segundo indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "muy bueno" y "bueno".

Resultados

La Tabla 57 muestra los resultados de los indicadores y se puede observar lo siguiente:

- El indicador de satisfacción global con la EPS fue de 68% (0,68) en 2013 y de 70% (0,70), en 2014. Esto significa que, a grandes rasgos, un 30% de los usuarios tienen una percepción negativa de los servicios de salud.
- El servicio peor calificado en 2014 fue urgencias, con un indicador de 65% (0,65), lo que significa que alrededor de una tercera parte de los usuarios están inconformes con este servicio.
- También resalta que no existe un progreso estadísticamente significativo en la satisfacción de los usuarios para ninguno de los servicios entre 2013 y 2014, salvo por los programas de promoción de la salud y prevención.
- En general, la satisfacción global fue más alta para el RS que para el RC.

Tabla 57. Indicadores de satisfacción global con la EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Dif	2013	2014
Experiencia global de salud con la EPS	0.68	0.70	0.02	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.68	0.66	-0.02	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.69	0.75	0.06***	Bueno	Bueno
Diferencia	0.01	0.09***			

Pasa...

Continuación. Indicadores de satisfacción global con la EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Dif	2013	2014
Medicina General	0.74	0.75	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.74	0.71	-0.03	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.74	0.79	0.05***	Bueno	Bueno
Diferencia	0.00	0.07***			
Medicina Especializada	0.72	0.74	0.02	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.69	0.70	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.77	0.79	0.02	Bueno	Bueno
Diferencia	0.08***	0.09***			
Exámenes de laboratorio	0.83	0.83	0.00	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.83	0.79	-0.04	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.83	0.87	0.04***	Bueno	Bueno
Diferencia	-0.01	0.08*			
Radiografías, Imágenes o pruebas diagnósticas	0.84	0.84	0.00	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.83	0.84	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.86	0.84	-0.02	Bueno	Bueno
Diferencia	0.04**	0.00			
Odontología	0.77	0.80	0.03	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.76	0.78	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.79	0.84	0.05**	Bueno	Bueno
Diferencia	0.03	0.06*			
Cirugía	0.85	0.87	0.02	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.86	0.91	0.05	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.85	0.83	-0.01	Bueno	Bueno
Diferencia	-0.01	-0.08			
Terapias	0.75	0.75	0.00	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.73	0.73	0.00	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.81	0.80	-0.01	Bueno	Bueno
Diferencia	0.08**	0.07			

Pasa...

Continuación. Indicadores de satisfacción global con la EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Dif	2013	2014
Citas Prioritarias	0.69	0.73	0.04	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.69	0.71	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.69	0.80	0.11**	Bueno	Bueno
Diferencia	0.00	0.09*			
Entrega de medicamentos	0.78	0.79	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.79	0.76	-0.02	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.77	0.82	0.05***	Bueno	Bueno
Diferencia	-0.02*	0.05**			
Urgencias	0.60	0.65	0.05*	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.56	0.59	0.03	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.66	0.72	0.06**	Bueno	Bueno
Diferencia	0.10***	0.13***			
Hospitalización	0.80	0.76	-0.04	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.77	0.70	-0.07	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.83	0.80	-0.04	Bueno	Bueno
Diferencia	0.06*	0.10			
Programas de prevención de la salud y prevención	0.88	0.92	0.04*	Bueno	Bueno
Régimen Contributivo	0.90	0.91	0.01	Bueno	Bueno
Régimen Subsidiado	0.86	0.93	0.07***	Bueno	Bueno
Diferencia	-0.03*	0.02			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

8.7. Proporción de usuarios de la EPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla

Uno de los indicadores más importantes para medir la percepción de calidad de los usuarios es si estos estarían dispuestos a recomendar su proveedor de salud a familiares o amigos. Este indicador se mide a través de dos preguntas de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS: i) "¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS?", con cuatro respuestas entre "definitivamente

no" y "definitivamente sí", y ii) "¿Ha pensado cambiarse a otra EPS?", con respuesta "sí" y "no". El primer indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "definitivamente sí" y "probablemente sí"; el segundo indicador se construyó como la proporción de usuarios que respondieron "no".

Resultados

La Tabla 58 muestra los resultados de los indicadores:

- El 82,9% (0,829) de los encuestados en 2014 recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS.
- En ambos regímenes de salud aumentó el porcentaje de personas que estarían dispuestas a recomendar su EPS; pero este porcentaje es significativamente mayor en el RS.
- El 86,7% (0,867) no ha pensado en cambiarse de EPS. Este indicador mejoró entre 2013 y 2014, principalmente por el servicio percibido por los afiliados al RS.
- Sin embargo, para las personas que sí pensaron cambiarse de EPS, la Gráfica 67 muestra que los principales motivos de querer el cambio de EPS son: i) hay demasiadas demoras para recibir los servicios con un 31,31%; ii) no ha tenido respuestas efectivas ante sus problemas de salud, 22,02%, y iii) cambio en la calidad de la atención ofrecida, 11,02%.
- Adicionalmente, para las personas que sí pensaron cambiarse de EPS, pero no lo han hecho, la Gráfica 68 muestra que las principales causas por las que no se han cambiado son: i) por falta de tiempo con un 26,86%; ii) el trámite es muy complicado o largo, 20,31%, y iii) no sabe cómo hacer el trámite, 19,46%.

Tabla 58. Indicadores de número de usuarios que estarían dispuestos a regresar o recomendar su EPS

	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS	0.766	0.829	0.062***	Probablemente sí	Probablemente sí
Régimen Contributivo	0.758	0.794	0.036**	Probablemente sí	Probablemente sí
Régimen Subsidiado	0.778	0.866	0.088***	Probablemente sí	Probablemente sí
Diferencia	0.021**	0.073***			

Pasa...

Continuación. Indicadores de satisfacción global con la EPS

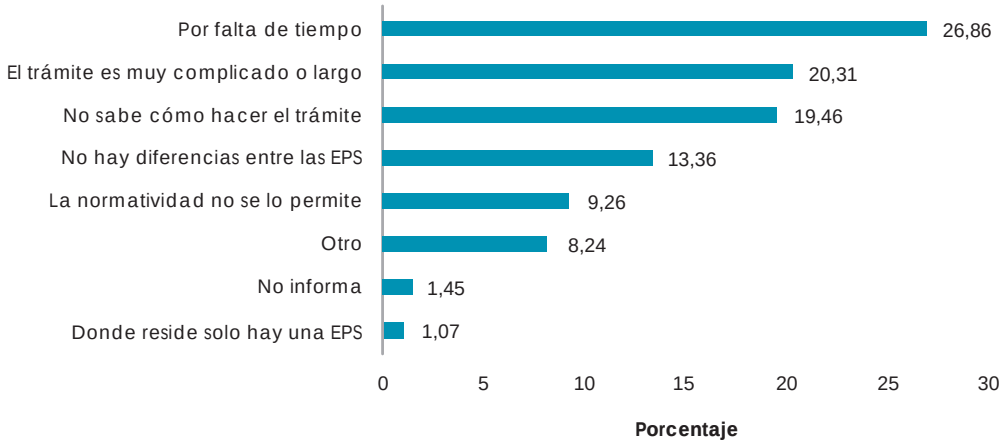
	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS?	0.834	0.867	0.032***	No	No
Régimen Contributivo	0.815	0.839	0.023	No	No
Régimen Subsidiado	0.861	0.896	0.035***	No	No
Diferencia	0.046***	0.058***			

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social. (***) corresponde a significancia al 0,01; (**), al 0,05; y (*), al 0,1.

Gráfica 67. Pregunta "¿Cuál es el principal motivo por el que ha pensado en cambiarse de EPS?". Año 2014

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfica 68. Pregunta "¿Por qué no se ha cambiado de EPS?". Año 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta del Ministerio de Salud y Protección Social.

9. Retos para la calidad en salud en Colombia

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
III NIVEL
HISTORIA CLÍNICA
CONFIDENCIAL
NO DEBE SALIR DE ESTA INSTITUCIÓN

En los capítulos anteriores se ha abordado la valoración de la situación de la calidad en el país, a través de mediciones agrupadas en tres dominios: indicadores de efectividad de la atención en salud, indicadores de seguridad de la atención e indicadores de experiencia de atención de los usuarios. Sin embargo, se han identificado ciertas problemáticas que requieren de acciones de mejoramiento.

Si bien en las mediciones del dominio de efectividad de la atención hay, por un lado, resultados visibles de logro y mejora, en algunas mediciones se establece la necesidad de diseñar estrategias para mejorar las tendencias que hasta la fecha advierten brechas importantes.

En seguridad de la atención también se presentan retos importantes en lo que refiere a la definición de nuevas mediciones que permitan valorar, a través de fuentes de información diferentes al autoreporte, la situación de seguridad con la que se provee la atención en salud.

Frente a la experiencia de los usuarios en lo atinente a la atención, las mediciones coleccionadas muestran un panorama en el cual es evidente la necesidad de enfocar acciones de mejoramiento que busquen la satisfacción de las expectativas del usuario en términos de acceso, entrega de información, oportunidad en los servicios, entre otros.

Acorde con lo expuesto y en vista de que el mejoramiento de la calidad se ha convertido en un desafío para el sistema, la Oficina de Calidad, en el marco de sus competencias, se encuentra liderando la construcción de un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud –PNMCS–, para lo cual se ha planteado llevarlo a cabo en seis fases: i) Revisión de antecedentes normativos y contexto nacional e internacional de la calidad, ii) Fase de trabajo de campo, iii) Fase de formulación del plan, (iv) Fase de validación del plan, v) Fase de aprobación y divulgación y, por último, vi) Fase de implementación y seguimiento.

En consecuencia la propuesta del PNMCS deberá situar a las personas como eje central de los esfuerzos del sistema de salud colombiano, orientar sus planteamientos en el marco de una visión sistémica para el sector salud, y recoger los adelantos de calidad en salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. De igual manera buscará incorporar lineamientos de modelos de excelencia en una propuesta de mejoramiento de la gestión de los agentes para el logro de mejores resultados y la generación de valor social, teniendo como fin último la recuperación de la confianza y legitimidad del usuario hacia el sistema.

Algunos de los retos identificados , sugieren trabajar para avanzar en los siguientes aspectos:

- Promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el sistema de salud para recuperar la confianza y legitimidad.
- Promover el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica en los agentes del sistema mediante el fomento de buenas prácticas que favorezcan el mejoramiento continuo y que contribuyan al logro de los resultados en salud.
- Apoyar y fomentar la excelencia e innovación en el sistema de salud, mediante el desarrollo de habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud.
- Incentivar la gestión del conocimiento mediante el fomento del aprendizaje y la innovación para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas que permitan fortalecer la calidad y la humanización.
- Buscar empoderamiento en las personas, las familias y la comunidad mediante la mejora en el acceso a la información, estrategias de capacitación, participación y rendición de cuentas, que mejoren la comprensión del sistema y la experiencia en el sistema de salud.

Finalmente este plan será el instrumento mediante el cual se fijan los objetivos específicos de mejoramiento de la calidad en el SGSSS, en el marco de lo ordenado por la Ley 1438 de 2011 y el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Por tanto la propuesta deberá orientarse en lineamientos en los que el sistema de salud debe fundamentar los esfuerzos de ajuste, mejoramiento e innovación para lograr una calidad sostenible y conseguir los resultados en salud para la población colombiana.

10. Bibliografía

Cumplir las citas y las recomendaciones que me brinda el personal de salud
Aprovechar los servicios de salud que me ofrecen en mi casa, en los centros de diversión y en los diferentes ámbitos de vida cotidiana.
Participar individualmente o por medio de organizaciones, en el control de la calidad de los servicios.
Participar en las diferentes organizaciones en salud.
Suministrar información veraz, clara y completa sobre mi núcleo familiar en aspectos relacionados con su salud y mi estado de aseguramiento.
Avisar a la EPS cuando me contrata en empleado para que me inactive y si el trabajo es temporal, para que mantenga mi cupo.
Ser atendido con higiene, privacidad y confidencialidad.
Participar activamente en las acciones promovidas por el hospital Nazareth para hacer análisis de situación en salud.
Recibir información veraz, clara y oportuna sobre mi estado de salud y diagnóstico.
Que me den respuesta a un reclamo sobre mi estado de salud.
A ser atendido por el equipo básico en mi casa mínimo dos veces al año.
Amor para Ser. Amor para
Amor para Trabajar
BOGOTÁ
Cuentanos

Alkire, S. (2004). *A conceptual framework for Human Security2*. Centre for Research on Inequality, Human Security and Ethnicity CRISE. Reino Unido: Universidad de Oxford.

Annan, Kofi (2000). *Informe del milenio.* Nueva York: ONU.

Aristizábal, A. S.; Truissi, M.L.V. (1996). "Mortalidad materna en Cali ¿una década sin cambios?", en *Colombia Médica*, 27 (3-4).

Artazar Barrios, O. M.; Morrison Reynaldo, H. & Suárez Jiménez, J. M. (2011). *Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los Hospitales.* OPS, Chile.

Carrillo, A. (2007). "Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década", en *Revista Científica de Salud*.

Colombia (1991). Constitución Política Nacional.

Colombia (s.f.). *Mortalidad materna en adolescentes 2005 a 2010*. Bogotá.

Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Disponible en https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf.

Congreso de la República. Ley 1444 de 2011. "Por medio de la cual se escinden unos ministerios, se otorgan precisas facultades extraordinarias al Presidente de la República para modificar la estructura de la Administración Pública y la planta de personal de la Fiscalía General de la nación y se dictan otras disposiciones". Disponible en http://wsp.presidencia.gov.co/Especiales/2011/Documents/20110613_leyFacultades.pdf,

Conpes 167 de 2013. *Estrategia nacional de la política pública integral anticorrupción*, Marco conceptual.

DANE (2011). *Clasificación internacional de enfermedades 1998 y 2011*. 10ª Revisión. Bogotá.

DANE. *Encuesta Continua de Hogares (2002-2006)*. Bogotá.

DANE. *Gran Encuesta Integrada de Hogares (2008-2013)*. Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación, DNP (2012). *Encuesta de percepción ciudadana. Plan de Desarrollo, resultados séptimo levantamiento.* Bogotá.

DNP – SPSCV (s.f.). *Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI*. Bogotá.

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2012). "Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia, 2012", en *Cuenta de Alto Costo*, 104 p.

Instituto Nacional de Salud (2010). *Protocolo para la vigilancia en salud pública del dengue*. Bogotá.

Instituto Nacional de Salud (2013). *Informe Final Infecciones asociadas a dispositivos, Colombia.* Bogotá.

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud (2013). *Primer informe ONS, aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

John, J.; Zuleta-Tobón, A.B.; Pandales-Pérez, Heleodora; Sánchez, Sandra; Vélez-Álvarez, Gladis A.; Velásquez-Penagos, Jesús A. (s.f.). "Errors in the treatment of hypertensive disorders of pregnancy and the irimpacton maternal mortality International", en *Journal of Gynecology and Obstetric*.

Ley 715 de 2001 (diciembre 21). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Lozano, Ricardo (2015). "De desastre en desastre", en *Huella social* Nº 21, agosto.

Marín-Blandón, A. (2008). *Mortalidad materna en el departamento de Caldas (Colombia), durante el quinquenio 2004-2008*. Hacia promoc. Salud.110-26.

Ministerio de la Protección Social – Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud CES – Centro de Gestión Hospitalaria (s.f.). *Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. INCAS Colombia 2009.* ISBN: 978-958-8361-79-6. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (2011). *Biblioteca nacional de indicadores de calidad en salud.*

Ministerio de Salud y Protección Social – Instituto Nacional de Salud – Observatorio Nacional de Salud (2013). *Segundo informe ONS Observatorio Nacional de Salud: mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia.* Carlos Andrés Castañeda Orjuela, director ONS. Bogotá: INS.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Análisis de situación de salud según regiones Colombia*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 15-161 p.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012a). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 535 p.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Disponible en www.minsalud.gov.co/plandecenal.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). Resolución 1841 de 2013. "Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021". Disponible en https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). "Análisis de Situación de Salud según regiones. Colombia, 2014", en *Dirección de Epidemiología y Demografía*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Plan de acción de salud primeros mil días de vida y marco estratégico nacional armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública, Colombia 2013-2021*. Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Bogotá.

Observatorio Nacional de Salud (2013). "Mortalidad 1998-2011 y situación de salud en los municipios de frontera terrestre en Colombia", en *Segundo Informe Observatorio Nacional de Salud*.

OMdl (2011). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Washington, D.C.

OMS. (2015). Obesidad, y sobrepeso de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

ONU, O. d. (2005). *Documento Final de la Cumbe Mundial 2005.* Nueva York: ONU.

ONUSIDA (2013). *El SIDA en cifras.*

OPS/OMS (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Políticas y Hoja de ruta para su implementación en las Américas.* Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Eliminación mundial de la sífilis congénita*.

Organización Mundial de la Salud (2011). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Washington DC, EUA.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (2015). *Plan de acción de salud primeros mil días de vida y marco estratégico nacional armonizado con el plan decenal de salud pública, Colombia 2013-2021*. Apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. 2015

PAHO (2014). *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos. 2014. Indicadores de Mortalidad*. Disponible en http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&id=756:situacion-de-salud-en-las-americas-indicadores-basicos-2013&Itemid=260.

Presidencia de la República. Decreto 4107 de 2011.

Profamilia (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*.

Rodríguez, D.; Acosta, J. (2011). "Panorama de la mortalidad materna en Colombia, 1995-2000: logros, fracasos, compromisos y retos", en *Informe Quincenal de Epidemiología*, 6(23). Bogotá: Instituto Nacional de Salud.

Ruiz-Rodríguez, M; Wirtz, V.J.; Nigenda, G. (2009). "Organization al elements of Health Service related to a Reduction in Maternal Mortality: the cases of Chile and Colombia", en *Health Policy*, 90 (2).

Salud. OMdl (2011). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave*. Washington, D.C., EUA.

Vélez-Álvarez, G.A.; Gómez-Dávila J.G.; Zuleta-Tobón, J.J. (2006). "Análisis de las muertes maternas por hemorragia en el departamento de Antioquia, Colombia. Años 2004 y 2005", en *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología,* 57.

Vélez, L.G., Álvarez, G.A.V.; Jaramillo, B.A. (s.f.). *Panorama de la Mortalidad Materna*.

World Health Organization (may 2014). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division*. Disponible en http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/.

World Health Organization (s.f.). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Mortalidad Materna*. Disponible en http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/.

Zuleta-Tobón, J.J.; Pandales-Pérez, H.; Sánchez, S.; Vélez-Álvarez, G.A.; Velásquez-Penagos, J.A. (2013). "Errors in the treatment of Hypertensive Disorders of Pregnancy and their Impact on Maternal Mortality International", en *Journal of Gynecology and Obstetric*.

IMPRENTA
NACIONAL
DE COLOMBIA

Carrera 66 No. 24-09
PBX: (0571) 457 8000
www.imprenta.gov.co
Bogotá, D. C., Colombia

MINSALUD

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN