



**MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Modelo de Seguimiento a la Operación del Aseguramiento en Salud

Viceministerio de Protección Social.

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento
en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. 2022.



disponibles en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, necesarios para monitorear la operación del aseguramiento en salud y evaluar el nivel de cumplimiento de las funciones indelegables, estableciendo las estrategias de reporte, periodicidad de la información y estándares de calidad de la misma”.

El desarrollo de este modelo de seguimiento de la operación de aseguramiento en salud se encuentra fijado desde el 2018 en una serie de documentos técnicos que consolidan y desarrollan diferentes estrategias para monitorizar el aseguramiento en salud, cuyo resultado se recoge en el presente documento. Adicionalmente el mencionado modelo pretende su mejoramiento articulándose con las nuevas disposiciones que el Ministerio ha expedido para monitorizar la gestión de las EPS, como la expedición de actos administrativos relacionados con factura electrónica⁶ y RIPS⁷; MIPRES para PBS y No PBS⁸; la expedición del Decreto 441 de 2022; entre otros temas de importancia estratégica para la gestión del aseguramiento.

Siendo así el presente documento recoge los avances de los últimos 4 años en el modelo fijado por la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, y avanza en la construcción de una herramienta tecnológica que haga operativo los avances de este tiempo.

⁶ Resolución 510 de 2022. Por la cual se adoptan los campos de datos adicionales para la generación de la factura electrónica de venta en el sector salud y se establecen disposiciones en cuanto al procedimiento para su generación y radicación

⁷ Resolución 1036 de 2022. Por la cual se reglamenta el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

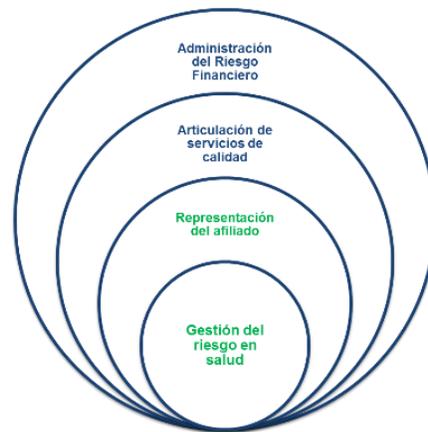


1. BASE NORMATIVA Y CONCEPTUAL

Funciones de las EPS

Son múltiples las funciones⁹ y obligaciones¹⁰ asignadas a las EPS de forma permanente o transitoria en el marco del sistema, entre estas es indispensable resaltar las funciones indelegables necesarias para la organización y funcionamiento del aseguramiento en salud¹¹.

Ilustración N° 1. Funciones indelegables del aseguramiento en salud



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Los requerimientos para que una entidad jurídica pueda ser autorizada como EPS en el SGSSS, se encuentran definidos en la normatividad¹².

Complementario a estas definiciones el Sistema a lo largo de su historia ha desarrollado dos líneas de reglamentación diferenciales por régimen de afiliación, las cuales definen requisitos para la operación de las EPS en el sistema. Desde su origen las estrategias regulatorias han sido independientes para cada régimen. Estas diferencias tenían sustento en la diferencia de objetivos y poblaciones en cada régimen de afiliación, así como en la naturaleza jurídica inicial de estas entidades, en la necesidad de participación o control por

⁹ *Funciones*: Art. 177 y 178 de la Ley 100 de 1993, Art. 14 de la Ley 1122 de 2007, Art. 60 y 61 de la Ley 1438 de 2011.

¹⁰ *Obligaciones*: Art. 162, 178, 179, 225, 227, 228 de la Ley 100 de 1993, Art. 13, 14, 15, 16, 23, 33, 44 y 56 de la Ley 1122 de 2007, Art. 11, 22, 24, 26, 27, 32, 55, 57, 56, 58, 62, 109, 114, 115, 116, 122 de la Ley 1438 de 2011.

¹¹ Ley 1122 de 2007, Art. 14.

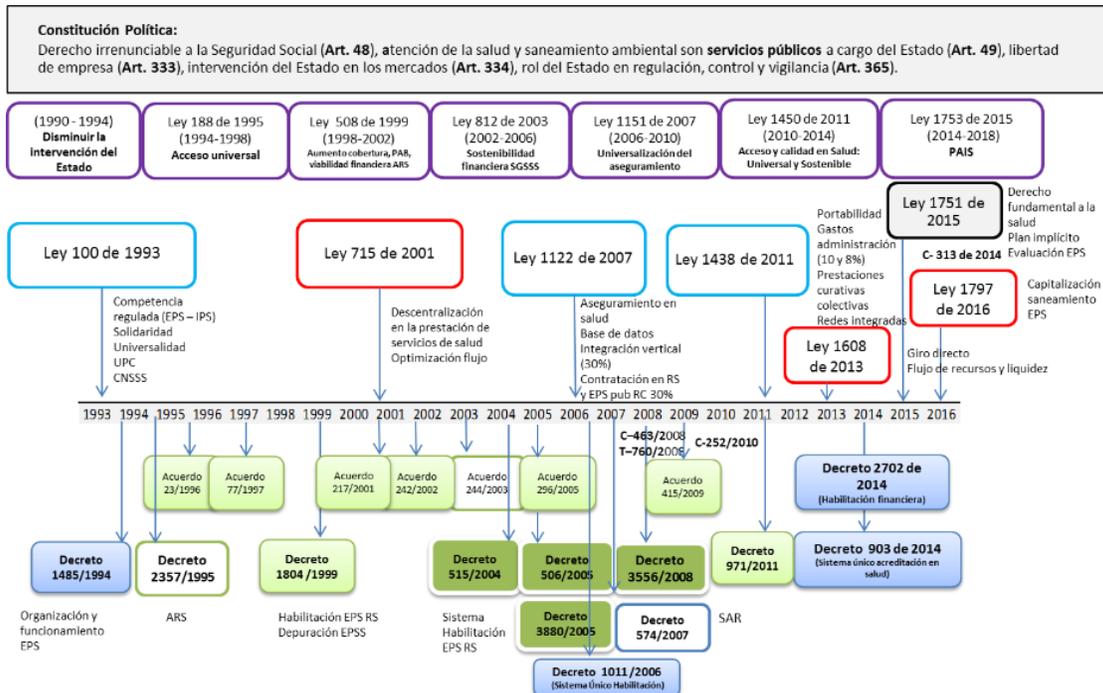
¹² Ley 100 de 1993, Art. 180. Decreto 682 de 2018 y Resolución reglamentaria 2515 de 2018.



parte del ejecutivo en la operación del régimen subsidiado, así como en la existencia de diferencias en la financiación y los planes de beneficios obligatorios. Algunas brechas como la financiación persisten a la fecha¹³ y el ejercicio de algunas funciones relativas a la gestión de recursos puede ser diferencial¹⁴; sin embargo un objetivo del sistema es la reducción de diferencias evitables y socialmente cada vez más injustas, no solo en la afiliación y cobertura, sino en la operación del aseguramiento, independiente del tipo de EPS, lo cual generó una regulación que unificó los criterios y exigencias, permitiendo estandarizar los criterios para el correcto desempeño de los aseguradores, así como la reducción de inequidades en la cobertura, operación y desempeño del aseguramiento en salud independiente del tipo de población afiliada¹⁵.

En la siguiente ilustración se resumen varios antecedentes normativos que circunscriben el papel de las EPS en el sistema de salud colombiano.

Ilustración N°2. El reto normativo de la autorización, habilitación y permanencia



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGC entendido como el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de

¹³ Margen de administración del 8% en la UPC-S y de hasta el 10% en la UPS-C.

¹⁴ Recaudo, compensación, pago de licencias e incapacidades.

¹⁵ Decreto 682 de 2018 y Resolución reglamentaria 2515 de 2018, actualizada con la resolución 497 de 2021.



salud en el país” debe ser el marco de referencia para el seguimiento de las EPS.¹⁶ Entre sus componentes se encuentran el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación, la auditoría para el mejoramiento de calidad y el sistema de información para la calidad, instrumentos aplicables a las EPS como actor responsable de la operación del aseguramiento en salud del sistema y punto de partida de la regulación en el tema.

Metas del sistema de salud, referentes internacionales.

Una visión integradora del papel del sistema de salud colombiano ha sido el modelo de la triple meta propuesta por el Dr. Donald Berwick y sus colaboradores del instituto de mejora de la atención en salud (del inglés Institute for Healthcare Improvement). Bajo este modelo se entienden los objetivos balanceados del sistema como la mejora en la experiencia individual de la atención, el estado de salud de las poblaciones y la reducción de costos de atención por persona¹⁷. Es importante el desarrollo y relevancia que este modelo ha tenido para sistemas de salud como el de los Estados Unidos, su aplicación permite desde una perspectiva más individual propia de un enfoque de riesgo en salud como el del aseguramiento¹⁸, una mejor comprensión del balance integral que deben garantizar las EPS del país.

Algunas de las condiciones que requiere el uso del modelo de la triple meta para mejorar el desempeño de un sistema de salud implican a) reconocer la población, en este caso la población asegurada, como una unidad de análisis y gestión, enfocada en el conocimiento de la necesidades en salud y su relación con el entorno b) reconocer y medir las condiciones de acceso efectivo y cobertura, en torno al equilibrio financiero que se deriva con los recursos asignados al plan de beneficios y otras fuentes, que se relacionen con el aseguramiento privado o el gasto de bolsillo, c) finalmente uno de los requerimientos para la correcta implementación de este modelo es reconocer la necesidad de un “integrador”, capaz de focalizar y coordinar servicios para conseguir de forma balanceada las tres dimensiones de la triple meta, en el caso del SGSSS, ese articulador no obstante las controversias, lo representa hoy en día la EPS, pues es quien tiene el mayor control de inversión de los recursos dispuestos para el aseguramiento. Otros articuladores potenciales dependiendo del tipo de servicio y nivel de prevención, son las Entidades Territoriales en Salud (ETS) o el mismo Ministerio de Salud y Protección Social, por este motivo desde la evaluación de las EPS es importante disponer de indicadores que den cuenta del reconocimiento de esta articulación, particularmente en el territorio.

Así mismo se referencian conceptos de la Organización Panamericana de Salud - OPS y la Organización Mundial de la Salud - OMS.

¹⁶ Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS.

¹⁷ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun;27(3):759-69.

¹⁸ Roberts-Thomson K. Targeting in a population health approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct;40 Suppl 2:22-7.



El primer concepto fundamental es el de la Salud, adoptado por la OMS, así: “ *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” ¹⁹ .

Para muchos, la salud es un estado inalcanzable, de bienestar en general y al momento de hablar de sus mediciones, muchos discuten que es imposible medirla en toda su magnitud, no obstante la medición se concentra en aspectos específicos relacionados con el concepto de salud, es así donde surge la necesidad de plantear mecanismos que permitan las mediciones, por tanto los indicadores son una herramienta que nos acerca a la medición y entendimiento del contexto donde nos encontramos, son muchos los tipos de indicadores y sus formas de medición e interpretación.

Concepto de indicador, mediciones, aplicaciones y atributos

Un indicador es un dato o una forma de medición para valorar una información que sirve para conocer o valorar las características y la intensidad de un hecho o para determinar su evolución futura; permite la observación y/o medición de un hecho en concreto, muestra las variaciones o cambios que se desarrollan en un entorno y valora un resultado específico.

Para determinar los resultados como mínimo debe existir un indicador, este a su vez debe interpretarse en un conjunto de datos periódicos o sucedidos en el tiempo para permitir su interpretación.

Los indicadores de línea base permiten disponer de un punto de arranque, de comparación o evaluación para que una serie de indicadores y sus resultados puedan ser interpretados como positivos o negativos. Un dato como tal, puede no proporcionar información si este no tiene un dato para compararse y valorarse, de allí nace la necesidad de disponer datos históricos, entre más completa sea la serie que se dispone mejor la valoración e interpretación.

Las mediciones en salud, se pueden aplicar a individuos o grupos poblacionales; los individuos presentan indicadores específicos para interpretar su estado de salud, estos pueden ser la medición de su tensión arterial, los resultados de un cuadro hemático, entre otros. A nivel poblacional se utilizan las tasas de incidencia o prevalencia en patologías diversas, también se utilizan los porcentajes y medidas estadísticas como los promedios, la media, mediana, entre otras.

¹⁹ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.



Para la OPS, las mediciones generadas a partir de la observación de grupos o lugares se usan para generar indicadores y pueden clasificarse de la siguiente manera²⁰:

1. Mediciones consolidadas de salud: Son mediciones (medias, medianas, proporciones) que resumen las observaciones de individuos en cada grupo observado (por ejemplo, tasa de prevalencia de hipertensión en mujeres y en hombres en un grupo etario). En otras palabras, miden la salud en la población.

2. Mediciones ecológicas o ambientales: Se refieren a características físicas del lugar en el cual los grupos de población viven o trabajan. Algunas de estas características pueden ser difíciles de medir (por ejemplo, exposición a la contaminación atmosférica, a horas diarias de luz solar, a vectores del dengue). Son factores externos al individuo.

3. Mediciones globales: Son atributos del grupo o del lugar sin análogos a nivel individual (densidad poblacional, índice de desarrollo humano, producto interno bruto per cápita). Se consideran indicadores contextuales.

Los indicadores también pueden evaluarse desde el resultado o el impacto que producen según la relación con el estado de salud; se consideran positivos cuando la relación es directamente proporcional a la salud, entre mayor sea la magnitud, mejor es el estado de salud de la población y sus individuos. Un ejemplo, es la cobertura de vacunas, el número de casos de curación en determinada enfermedad.

Los indicadores con resultado o impacto negativo, se presentan cuando la relación es inversamente proporcional a la salud, entre mayor sea la magnitud, el estado de salud tiene mayor riesgo y su impacto incluso afecta la vida de los individuos o de la población. Un ejemplo, es la tasa de mortalidad materna, la tasa de mortalidad perinatal, la tasa de desnutrición infantil, la tasa de incidencia de cáncer, de VIH, entre otros.

El uso de los indicadores en el ámbito de salud enfocado en el aseguramiento se dirige no solo a observar los resultados en salud visto desde los indicadores que afectan directamente el estado de la salud, en la morbilidad, la mortalidad y una mayor esperanza de vida. Se relacionan también, aquellas situaciones que afectan la salud y a los individuos que requieren los servicios, en forma indirecta, se relacionan con el acceso, la oportunidad, la calidad y la pertinencia.

Tomado del artículo de la OPS, “Indicadores de Salud: Definición, Usos y Atributos”²¹. Se enuncia que los indicadores en salud tienen los siguientes usos y aplicaciones, así:

²⁰ Indicadores de salud, Aspectos conceptuales y operativos. Organización panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud.

²¹ https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es



□ Descripción. Los indicadores de salud pueden usarse para describir las necesidades de salud de una población, a su vez, proporciona información para la toma de decisiones en cuanto a las prioridades, insumos y focalización en la atención.

□ Predicción o pronóstico. “Los indicadores de salud pueden usarse para prever resultados en relación al estado de salud de una población (predicción) o de un grupo de pacientes (pronóstico). Estos indicadores se usan para medir el riesgo y el pronóstico individuales, así como la predicción de la carga de enfermedades en grupos de la población. Asimismo, pueden predecir el riesgo de brotes de enfermedades, por lo que pueden asistir, por ejemplo, en la prevención de situaciones de epidemia o en frenar la expansión territorial de determinados problemas de salud”.

□ Explicación. “Los indicadores de salud pueden ayudar a comprender por qué algunos individuos de una población son sanos y otros no. En este caso, es posible analizar los indicadores según los determinantes sociales de la salud, como son los roles y las normas de género, la pertenencia a una etnia, y los ingresos y el apoyo social, entre otros, además de las interrelaciones entre dichos determinantes”.

□ Gestión de sistemas y mejoramiento de la calidad. “La producción y observación regular de los indicadores de salud pueden además suministrar retroalimentación con el objeto de mejorar la toma de decisiones en diferentes sistemas y sectores. Por ejemplo, los considerables avances en la calidad de los datos y los indicadores generados en los Estados Miembros de la OPS se deben en gran medida a la mejora de los sistemas nacionales de salud al momento de recopilar, analizar y monitorear un conjunto de indicadores básicos de salud”.

□ Evaluación. Los indicadores de salud pueden reflejar los resultados de las intervenciones en la salud. El monitoreo de esos indicadores puede reflejar la repercusión de políticas, programas, servicios y acciones de salud.

□ Rendición de cuentas. “El uso de indicadores de salud puede satisfacer la necesidad de información sobre riesgos, patrones de enfermedad y muerte, y tendencias temporales relacionadas con la salud para una diversidad de públicos y usuarios, como los gobiernos, los profesionales de la salud, los organismos internacionales, la sociedad civil y la comunidad en general”.

□ Investigación. “La simple observación de la distribución temporal y espacial de los indicadores de salud en grupos de la población puede facilitar el análisis y la formulación de hipótesis que expliquen las tendencias y las discrepancias observadas”.



□ Indicadores sensibles al género. “Los indicadores que toman en cuenta el género miden las brechas entre hombres y mujeres que son consecuencia de diferencias o desigualdades de los roles, normas y relaciones de género”.

Adicionalmente, en el artículo referenciado de la OPS, se enuncia que los atributos deseables de un indicador de salud, son los criterios que inciden en la escogencia de un indicador, estos se relacionan con la finalidad, las fuentes disponibles y el público al cual se dirigen. Algunos de estos atributos útiles a la hora de evaluar indicadores para medir la salud de la población enunciados por la OPS, son:

□ **Mensurabilidad y factibilidad:** Se refiere a la disponibilidad de datos para medir el indicador. Los indicadores deben ser de fácil medición, la complejidad no permite un adecuado cálculo y monitoreo, así mismo la disponibilidad de información debe ser adecuada.

□ **Validez:** Es la capacidad del indicador de medir lo que se pretende medir. La fuente de datos debe permitir la exactitud en el cálculo.

□ **Oportunidad:** “Los indicadores deben ser recopilados y notificados en el momento oportuno. Por oportunidad se entiende aquí el momento en que se necesita el indicador para tomar una decisión relativa a la salud. El tiempo que transcurre entre la recopilación y la notificación de los datos debe ser mínimo para que el indicador transmita información actualizada y no información histórica”.

□ **Reproducibilidad:** “Las mediciones deben ser iguales cuando son hechas por diferentes personas usando el mismo método. Un indicador se considerará reproducible si no hay un sesgo por parte del observador, los instrumentos de medición o las fuentes de datos, entre otros factores”.

□ **Sostenibilidad:** Se refiere a las condiciones necesarias para su estimación continua. Eso depende de las condiciones locales para mantener las fuentes de datos, así como del mantenimiento de la capacidad técnica para la estimación del indicador.

□ **Relevancia e importancia:** Los indicadores deben suministrar información adecuada y útil para orientar las políticas y programas, así como para tomar decisiones.

□ **Comprensibilidad:** “El indicador debe ser comprendido por los responsables de emprender acciones y, en particular en los que deben tomar las decisiones. La elección entre dos indicadores semejantes que reflejan la misma condición de salud debe guiarse por aquello que, en esencia, es más fácil de comprender”.



Cuadro de mando integral

Un cuadro de mando integral - CMI es una herramienta de gestión empresarial que se utiliza para medir la situación y evolución de una empresa desde una perspectiva general. El cuadro de mando ofrece una serie de indicadores numéricos y gráficos que ofrecen una visión general, objetiva y en tiempo real que ayuda a la toma de decisiones.

Los cuadros de mando busca la integralidad teniendo en cuenta 4 perspectivas que están interrelacionadas entre sí; financiera, usuario, procesos internos y formación y desarrollo, aunque el balanced scorecard o cuadro de mando integral creado por Robert Kaplan y David Norton²², es una metodología de gestión estratégica utilizada para definir y hacer seguimiento a la estrategia de una organización, es viable considerar algunos de sus elementos para desarrollar una buena herramienta que permita estructurar los objetivos y responsabilidades del aseguramiento en salud de forma dinámica e integral con una serie de indicadores que evalúen el desempeño de la operación del aseguramiento en salud, como todas las iniciativas y los proyectos necesarios para lograr su cumplimiento satisfactorio.

2. MODELO UNIFICADO DE SEGUIMIENTO A LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

El modelo se basa en la integralidad de las funciones del aseguramiento en salud que permita monitorear y hacer seguimiento desde lo general del Sistema de Salud hasta lo particular en la operación de los aseguradores, esto en la medida que el Ministerio de Salud y Protección Social necesita tener información pertinente y oportuna para observar el funcionamiento del aseguramiento y de forma paralela tomar decisiones de política pública que le permita impactar los resultados.

El presente modelo se desarrolla en 3 etapas: la primera centrada en la identificación de los indicadores necesarios mínimos suficientes para poder medir la operación del aseguramiento en salud, así como su fuente de información y calidad del dato, la segunda y con el análisis realizado en la primera etapa, la elaboración de un cuadro de mando integral, con indicadores clasificados y organizados en estratégicos, tácticos y operativos, con un amplio conjunto de medidas de actuación, que proporcionan la estructura necesaria para un sistema de gestión y medición estratégica, que permita un monitoreo permanente al desempeño de la operación del aseguramiento en salud, y la tercera llevada a desarrollar un modelo predictivo que permita explicar el desempeño de los aseguradores a través de

²² Robert S. Kaplan y David P. Norton, « The execution premium », Harvard Business School Press. Grupo Planeta Spain, 2014.



la interacción de diferentes variables que puedan predecir eventos y evitar riesgos en la estabilidad del sistema de salud.

Gráfico N°2. Etapas de Implementación



Fuente: Elaboración propia de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Indicadores

La primera etapa desarrollada es la identificación de los indicadores para la evaluación de los tres principales niveles de actores en el sistema del aseguramiento en salud.

a. Nivel General: El sistema de aseguramiento en salud, se encamina a la triple meta: atender a los usuarios con calidad, satisfacer las expectativas de las personas y sus familias y lograr la sostenibilidad económica. En consecuencia, le aplica para su medición de estándares, los indicadores y rangos de evaluación, para el agregado de la población.

b. Nivel Territorial: Las entidades territoriales departamentales o distritales tienen competencias relevantes en el desarrollo del sistema de salud, son los encargados de articular los diferentes actores a nivel territorial para la consecución del Plan Territorial de Salud y el cumplimiento de las metas esperadas.

c. Nivel Asegurador en Salud: Los aseguradores en salud, más conocidos como Entidades Promotoras de Salud - EPS, son los encargados de administrar los recursos de



la prima de seguro por afiliado o UPC y la garantía del derecho a la salud a través de la contratación de servicios de salud con los prestadores y proveedores de tecnologías en salud.

Con el Sistema de Información para la Calidad en Salud el Ministerio de Salud expone al público indicadores que evalúan el desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre estos los aseguradores en salud. Para efectos del Modelo de Seguimiento solo se toma la información que aplica para las Entidades Promotoras de Salud, usando los indicadores del monitoreo de la calidad en salud, a través de los trazadores agrupados en los dominios de efectividad, gestión de riesgo y experiencia de la atención.

La información se encuentra disponible en los canales digitales que dispone el Ministerio de Salud y Protección Social para facilitar el acceso, consulta y difusión de la información, a saber: Sitio web del SISPRO²³: permite hacer las consultas de información más frecuentemente buscadas; Sitios web para consultas predefinidas: permite acceder a consultas de datos e información específica, sitios web temáticos: dispone de consulta de datos e información correspondiente a los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud - ROSS, Cubos en línea: permite hacer consultas dinámicas de datos e información integrada al Sistema de Gestión de Datos del Sistema Integral de Información de la Protección Social — SISPRO, Repositorio Institucional Digital - RID²⁴: permite acceder a la información bibliográfica y documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, bases de datos e indicadores epidemiológicos y demográficos.

En cuanto al Sistema de Calidad, se toman los dispuestos en las “Fichas Metodológicas de los Indicadores desarrollados para la implementación de la Resolución 256 de 2016”. Priorizando aquellos de mayor impacto y/o resultado en la gestión de los Aseguradores en salud y se toman en cuenta tanto para la perspectiva de prestación como en la de gestión de riesgo en salud según les aplique.

A continuación, se enuncia los indicadores y la categoría a la cual pertenecen, por cada nivel.

²³ <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

²⁴ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freesearchresults.aspx?k=habilitac&ss=Todos>



- 1 Nivel General Disponer de información y/o datos concluyentes acerca del resultado en la implementación de la estrategia de aseguramiento en salud; evidenciar los resultados básicos de la estrategia a nivel general desde la vista de los resultados agregados país, para un periodo de tiempo

1. Cobertura Aseguramiento Nacional
2. Participación de Aseguramiento Régimen Contributivo, Cobertura
3. Participación de Aseguramiento Régimen Subsidiado, Cobertura
5. Movilidad entre regímenes, Cobertura
6. Traslados Aseguramiento en Salud Cobertura
7. Tasa bruta de natalidad (Por 1.000 habitantes) Demografía
8. Tasa general de natalidad (Por 1.000 mujeres) Demografía
9. Porcentaje de mujeres en edad fértil, Demografía
10. Nacimientos esperados por año, Demografía
11. Índice de masculinidad, Demografía
12. Índice de envejecimiento, Demografía
13. Tasa bruta de mortalidad, Demografía
14. Porcentaje Población con necesidades básicas insatisfechas NBI, Demografía
15. Índice de Pobreza Multidimensional, Demografía
16. Tasa de Desempleo, Demografía
17. Valor Giro ADRES TOTAL Aseguramiento en Salud, Financiamiento
18. Valor per cápita Giro Aseguramiento en Salud, Financiamiento
19. Valor per cápita Giro régimen contributivo, Financiamiento
20. Valor per cápita Giro régimen subsidiado, Financiamiento
21. Participación GIRO Adres, régimen contributivo, Financiamiento
22. Participación GIRO Adres, régimen subsidiado, Financiamiento
23. Valor GASTO TOTAL Aseguramiento en Salud, Financiamiento
24. Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, régimen contributivo Financiamiento
25. Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, régimen subsidiado Financiamiento
26. Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, PBS, Financiamiento
27. Valor per cápita Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, NO PBS, Financiamiento
28. Valor per cápita Gasto Operacional NO PBS régimen contributivo, Financiamiento
29. Valor per cápita Gasto Operacional régimen subsidiado, Financiamiento
30. Participación Gasto Operacional Plan Básico PBS Contributivo, Aseguramiento en Salud, Financiamiento
31. Participación Gasto Operacional Plan Básico POS Subsidiado, Aseguramiento en Salud, Financiamiento
32. Participación Gasto Operacional NO POS Aseguramiento en Salud, Financiamiento
33. Participación Gasto Operacional NO POS régimen contributivo, Aseguramiento en Salud, Financiamiento
34. Participación Gasto Operacional NO POS Subsidiado, Aseguramiento en Salud, Financiamiento
35. Siniestralidad Regímenes en Salud, Financiamiento
36. Siniestralidad Régimen Contributivo, Financiamiento
37. Siniestralidad Régimen Subsidiado, Financiamiento



38. Extensión de Uso Salud Nacional, Usos Salud
40. Extensión de Uso x Departamento, Usos Salud
41. Extensión de Uso Nacional Contributivo, Usos Salud
42. Extensión de Uso Nacional Subsidiado, Usos Salud
43. Extensión de Uso Nacional por Ámbito Prestación de Servicios X, Usos Salud
44. Extensión de Uso Nacional Contributivo por Ámbito Prestación de Servicios X, Usos Salud
45. Extensión de Uso Subsidiado por Ámbito Prestación de Servicios X, Usos Salud
46. Frecuencia de Uso Nacional, Usos Salud
47. Frecuencia de Uso Nacional Grupo Etario X, Usos Salud
48. Frecuencia de Uso Nacional por Ámbito, Usos Salud
49. Intensidad de Uso Nacional, Usos Salud
50. Intensidad de Uso por Grupo Perfil Etario, Usos Salud
51. Intensidad de Uso por Ámbito de Prestación, Usos Salud
52. Razón de Mortalidad Materna, Calidad
53. Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, Calidad
54. Tasa de Mortalidad Infantil (niños menores de un año), Calidad
55. Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis, Calidad
56. Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes, Calidad
57. Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de Inmunodeficiencia Humana con TAR (Terapia Antiretroviral), Calidad
58. Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral, Calidad
59. Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Calidad
60. Proporción de pacientes hipertensos controlados, Calidad
61. Captación de Diabetes Mellitus de personas entre 18 y 69 años, Calidad
62. Proporción de pacientes diabéticos controlados, Calidad
63. Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes, Calidad
64. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama, Calidad
65. Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix, Calidad
66. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino, Calidad
67. Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata Calidad
68. Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP), Calidad
69. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General Calidad
70. Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de odontología general Calidad
71. Tiempo de promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Calidad
72. Tiempo de promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas Calidad
73. Tiempo de promedio de espera para la autorización de Reemplazo de Cadena Calidad
74. Tiempo de promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica Calidad
75. Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la EPS, Calidad
76. Prevalencia Artritis Reumatoide, Nacional, Alto Costo
77. Incidencia Artritis Reumatoide Nacional, Alto Costo



78. Oportunidad del Tratamiento Artritis Reumatoide en semanas Nacional, Alto Costo
79. Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide que asiste a terapia ocupacional o a terapia física en prevalentes, Nacional Alto Costo
80. Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide en quienes se evaluó el daño estructural por AR al diagnóstico, Nacional, Alto Costo
81. Indicador de Prevalencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
82. Indicador de Incidencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
83. Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis, Nacional, Alto Costo
84. Proporción de pacientes hemofílicos evaluados por equipo interdisciplinario en el periodo, Nacional, Alto Costo
85. Indicador de Prevalencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Nacional Alto Costo
86. Indicador de Incidencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Nacional Alto Costo
87. Incidencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 por cada 100.000 habitantes, Nacional, Alto Costo
88. Prevalencia en ERC pacientes con terapia de remplazo renal por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
89. Indicador de Prevalencia VIH por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
90. Indicador de Incidencia VIH por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
91. Indicador de población que vive con VIH PVV con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable, Nacional, Alto Costo
92. Proporción de PVV que reciben atención por médico experto Nacional, Alto Costo
93. Indicador de Prevalencia Cáncer por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo
94. Indicador de Incidencia Cáncer por 100.000 afiliados, Nacional, Alto Costo

2. Nivel por territorio Disponer de información y/o datos concluyentes acerca del resultado de la implementación de la estrategia del aseguramiento en salud a nivel departamental o distrital, evidenciar los resultados básicos, para un periodo de tiempo.

- 1 Cobertura Aseguramiento Departamental o Distrital, Cobertura
- 2 Participación de Aseguramiento Régimen Contributivo Departamento X, Cobertura
- 3 Participación de Aseguramiento Régimen Subsidiado Departamento, Cobertura
- 4 Participación del Asegurador X en aseguramiento en salud en el Departamento X, Cobertura
- 5 Participación Asegurador de Salud X en Régimen Contributivo del Departamento X, Cobertura
- 6 Participación Asegurador de Salud X en Régimen Subsidiado del Departamento X Cobertura
- 8 Movilidad entre regímenes Departamento X Cobertura
- 9 Traslado entre regímenes Departamento X Cobertura
- 10 Tasa bruta de natalidad (Por 1.000 habitantes) Demografía
- 11 Tasa general de natalidad Departamento X (Por 1.000 mujeres) Demografía
- 12 Porcentaje de mujeres en edad fértil Departamento X Demografía
- 13 Nacimientos esperados por año Departamento X, Demografía



- 14 Índice de masculinidad Departamento X, Demografía
- 15 Índice de envejecimiento Departamento X, Demografía
- 16 Tasa bruta de mortalidad, Departamento X Demografía
- 17 Porcentaje Población con necesidades básicas insatisfechas NBI Departamento X 18
- Índice de Pobreza Multidimensional Departamento X
- 19 Tasa de Desempleo Departamento X
- 20 Extensión de Uso Contributivo por Departamento X, Usos Salud
- 21 Extensión de Uso Contributivo por Departamento X y Grupo Etario X Usos Salud
- 22 Extensión de Uso Subsidiado por Departamento X Usos Salud
- 23 Extensión de Uso Subsidiado por Departamento X y Grupo Etario X, Usos Salud
- 24 Extensión de Uso Contributivo Departamento X Ámbito Prestación de Servicios X Usos Salud
- 25 Extensión de Uso Subsidiado Departamento X Ámbito Prestación de Servicios X Usos Salud
- 26 Frecuencia de Uso Asegurador X Departamento X, Subsidiado, Usos Salud
- 27 Frecuencia de Uso Asegurador X, Departamento X por Ámbito Prestación de Servicios Usos Salud
- 28 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Departamento X, Usos Salud
- 29 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Departamento X, Contributivo Usos Salud
- 30 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Departamento X, Subsidiado Usos Salud
- 31 Razón de Mortalidad Materna Departamento X, Calidad
- 32 Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer, Departamento X, Calidad
- 33 Tasa de Mortalidad Infantil (niños menores de un año), Departamento X, Calidad
- 34 Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis, Calidad
- 35 Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes, Departamento X, Calidad
- 36 Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de Inmunodeficiencia Humana con TAR (Terapia Antiretroviral), Departamento X
- 37 Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral, Departamento X 38
- Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Departamento X 39
- Proporción de pacientes hipertensos controlados, Departamento X
- 40 Captación de Diabetes Mellitus de personas entre 18 y 69 años, Departamento X
- 41 Proporción de pacientes diabéticos controlados Calidad
- 42 Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes Departamento X
- 43 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama Calidad, Departamento X
- 44 Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix, V
- 45 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino Calidad, Departamento X
- 46 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata Calidad, Departamento X
- 47 Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP), Departamento X
- 48 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General Departamento X, Calidad



- 49 Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de odontología general, Departamento X, Calidad
- 50 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Departamento X, Calidad
- 51 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas Departamento X, Calidad
- 52 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Reemplazo de Cadera Departamento X, Calidad
- 53 Tiempo de promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica Departamento X, Calidad
- 54 Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la EPS, Departamento X Calidad
- 55 Prevalencia Artritis Reumatoide, Departamental. Alto Costo
- 56 Incidencia Artritis Reumatoide Departamental. Alto Costo
- 57 Oportunidad del Tratamiento Artritis Reumatoide en semanas Departamental. Alto Costo
- 58 Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide que asiste a terapia ocupacional o a terapia física en prevalentes, Departamental. Alto Costo
- 59 Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide en quienes se evaluó el daño estructural por AR al diagnóstico, Departamental. Alto Costo
- Indicador de Prevalencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Departamental Alto Costo
- 61 Indicador de Incidencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Departamental Alto Costo
- 62 Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis, Departamental. Alto Costo
- 63 Proporción de pacientes hemofílicos evaluados por equipo interdisciplinario en el periodo, Departamental. Alto Costo
- 64 Indicador de Prevalencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 65 Indicador de Incidencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 66 Incidencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 por cada 100.000 habitantes, Departamental. Alto Costo
- 67 Prevalencia en ERC pacientes con terapia de remplazo renal por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 68 Indicador de Prevalencia VIH por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 69 Indicador de Incidencia VIH por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 70 Indicador de población que vive con VIH PVV con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable, Departamental Alto Costo
- 71 Proporción de PVV que reciben atención por médico experto, Departamental. Alto Costo
- 72 Indicador de Prevalencia Cáncer por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo
- 73 Indicador de Incidencia Cáncer por 100.000 afiliados, Departamental. Alto Costo

- 3. Nivel por Aseguradores en Salud Disponer de información y/o datos concluyentes acerca de los resultados operacionales de cada Asegurador en Salud, se aplica en forma particular para cada uno y a través de la calificación obtenida, se compara entre sí los Aseguradores



- 1 Participación Asegurador en Cobertura Aseguramiento total, Cobertura
- 2 Participación Asegurador X en Régimen Contributivo, Cobertura
- 3 Participación Asegurador X en Régimen Subsidiado, Cobertura
- 4 Participación del Asegurador X en aseguramiento en salud en el Departamento o Distrito X Cobertura
- 5 Participación Asegurador de Salud X en Régimen Contributivo del Departamento o Distrito X, Cobertura
- 6 Participación Asegurador de Salud X en Régimen Subsidiado del Departamento o Distrito X, Cobertura
- 7 Cobertura Aseguramiento Nacional Por Perfil Grupo X hasta N (ejemplo 0-4 años) Cobertura
- 9 Movilidad entre regímenes Asegurador X Cobertura
- 10 Traslado entre regímenes Asegurador X Cobertura
- 11 Tasa bruta de natalidad Asegurador X (Por 1.000 habitantes) Demografía
- Tasa general de natalidad Asegurador X (Por 1.000 mujeres) Demografía
- 13 Porcentaje de mujeres en edad fértil Asegurador X Demografía
- 14 Nacimientos esperados por año Asegurador X Demografía
- 15 Índice de masculinidad Asegurador X Demografía
- 16 Índice de envejecimiento Asegurador X Demografía
- 17 Tasa bruta de mortalidad Asegurador X Demografía
- 18 Porcentaje Población con necesidades básicas insatisfechas NBI, Asegurador X Demografía
- 19 Índice de Pobreza Multidimensional, Asegurador X Demografía
- 20 Tasa de Desempleo, Asegurador X Demografía
- 21 Participación GIRO Adres por Asegurador en Salud Financiación
- 22 Participación GIRO Adres por Asegurador en Salud, régimen contributivo Financiación
- 23 Participación GIRO Adres por Asegurador en Salud, régimen subsidiado Financiación
- 24 Participación en el Gasto Operacional Total, por Asegurador de Salud Financiación
- 25 Participación en el Gasto Operacional POS, por Asegurador de Salud Financiación
- 26 Participación en el Gasto Operacional NO POS, por Asegurador de Salud Financiación
- 27 Participación en el Gasto Operacional Régimen Contributivo, por Asegurador de Salud Financiación
- 28 Participación en el Gasto Operacional Régimen Subsidiado, por Asegurador de Salud Financiación
- 45 Frecuencia de Uso Asegurador X Usos en Salud
- 46 Frecuencia de Uso Asegurador X, Contributivo, Usos en Salud
- 47 Frecuencia de Uso Asegurador X, Subsidiado, Usos en Salud
- 48 Frecuencia de Uso Asegurador X Departamento X, Usos en Salud
- 49 Frecuencia de Uso Asegurador X Departamento X, Contributivo Usos en Salud
- 50 Frecuencia de Uso Asegurador X por Ámbito Prestación de Servicios Usos en Salud
- 51 Frecuencia de Uso Asegurador X, Departamento X por Ámbito Prestación de Servicios, Usos en Salud
- 52 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud Usos en Salud
- 53 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Contributivo Usos en Salud
- 54 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Subsidiado Usos en Salud
- 55 Intensidad de Uso por Asegurador en Salud, Departamento X Usos en Salud
- 56 Intensidad de Uso, Asegurador X, por Ámbito de Prestación Usos en Salud
- 57 Razón de Mortalidad Materna Calidad
- 58 Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer Calidad



- 59 Tasa de Mortalidad Infantil (niños menores de un año) Calidad
- 60 Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis Calidad
- 61 Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes, Calidad
- 62 Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de Inmunodeficiencia Humana con TAR (Terapia Antiretroviral), Calidad
- 63 Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral, Calidad
- 64 Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años, Calidad
- 65 Proporción de pacientes hipertensos controlados, Calidad
- 66 Captación de Diabetes Mellitus de personas entre 18 y 69 años, Calidad
- 67 Proporción de pacientes diabéticos controlados, Calidad
- 68 Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes, Calidad
- 69 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama Calidad
- 70 Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix, Calidad
- 71 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino Calidad
- 72 Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata Calidad
- 73 Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) Calidad
- 76 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Calidad
- 77 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas Calidad
- 78 Tiempo de promedio de espera para la autorización de Reemplazo de Cadera Calidad
- 79 Tiempo de promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica Calidad
- 80 Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la EPS Calidad
- 81 Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos Calidad
- 82 Proporción de usuarios que ha pensado en cambiarse de EAPB Calidad
- 83 Prevalencia Artritis Reumatoide, Asegurador Alto Costo
- 84 Incidencia Artritis Reumatoide Asegurador Alto Costo
- 85 Oportunidad del Tratamiento Artritis Reumatoide en semanas, Asegurador Alto Costo
- Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide que asiste a terapia ocupacional o a terapia física en prevalentes, Asegurador, Alto Costo
- 87 Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide en quienes se evaluó el daño estructural por AR al diagnóstico, Asegurador, Alto Costo
- 88 Indicador de Prevalencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Asegurador, Alto Costo
- 89 Indicador de Incidencia Hemofilia por 100.000 afiliados, Asegurador, Alto Costo
- 90 Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis, Asegurador, Alto Costo
- 91 Proporción de pacientes hemofílicos evaluados por equipo interdisciplinario en el periodo, Asegurador Alto Costo
- 92 Indicador de Prevalencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Asegurador Alto Costo
- 93 Indicador de Incidencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados, Asegurador Alto Costo



- 94 Incidencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 por cada 100.000 habitantes, Asegurador Alto Costo
- 95 Prevalencia en ERC pacientes con terapia de remplazo renal por 100.000 afiliados, Asegurador Alto Costo
- 96 Indicador de Prevalencia VIH por 100.000 afiliados, Asegurador Alto Costo
- 97 Indicador de Incidencia VIH por 100.000 afiliados, Asegurador, Alto Costo
- 98 Indicador de población que vive con VIH PVV con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable, Asegurador Alto Costo
- 99 Proporción de PVV que reciben atención por médico experto, Asegurador Alto Costo
- 100 Indicador de Prevalencia Cáncer por 100.000 afiliados, Asegurador, Alto Costo
- 101 Indicador de Incidencia Cáncer por 100.000 afiliados, Asegurador, Alto Costo.

Para este nivel adicionalmente se cuenta con la información acerca de los resultados operacionales de cada Asegurador en Salud, según el modelo (Matriz Fénix) que dispone Supersalud para evaluar el cumplimiento de Asegurador; el modelo se aplica en forma particular para cada uno y a través de la calificación obtenida, se compara entre sí los Aseguradores.

- 1 Endeudamiento total, Financieros
- 2 Razón corriente, Financieros
- 3 Calidad de activo, Financieros
- 4 Recaudo efectivo cartera, Financieros
- 5 Deterioro de cartera, Financieros
- 6 Liquidez de pago con proveedores de salud, Financieros
- 7 Rentabilidad o Margen Operacional, Financieros
- 8 Siniestralidad POS, Financieros
- 9 Siniestralidad NO POS, Financieros
- 11 Tasa de PQRs recibidas, Satisfacción
- 12 Tasa de PQRs resueltas, Satisfacción
- 13 Promedio Días para resolver PQRs, Satisfacción
- 14 Tasa de tutelas en salud notificadas, Satisfacción
- 15 Tasa de tutelas notificadas por eventos POS, Satisfacción
- 16 Tasa de tutelas notificadas por eventos NO POS, Satisfacción
- 17 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General, Técnico Científico
- 18 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría, Técnico Científico
- 19 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna Técnico Científico
- 20 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia, Técnico Científico
- 21 Tiempo promedio de espera para la asignación de cirugía general, Técnico Científico
- 23 Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el POS Técnico Científico
- 24 Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa Tecnicocientífico
- 25 Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna Técnico Científico
- 26 Razón de Mortalidad Materna a 42 días Técnico Científico



- 27 Tasa de Mortalidad Perinatal Técnico Científico
- 28 Tasa de Mortalidad Infantil (niños menores de un año), Técnico Científico
- 29 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) técnico Científico
- 30 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda EDA técnico Científico
- 31 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición, Técnico Científico
- 32 Tasa de incidencia de Sífilis Congénita, Técnico Científico
- 33 Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de 12 semanas, técnico Científico
- 34 Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH en gestantes. Técnico Científico
- 35 Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año. Técnico Científico
- 36 Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix, Técnico Científico
- 37 Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia, Técnico Científico
- 38 Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer, Técnico Científico
- 39 Porcentaje de Esquemas de vacunación en niños menores de 1 año, Técnico Científico
- 40 Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen subsidiado, Técnico Científico
- 41 Porcentaje de pacientes hipertensos controlados < 60 años, Técnico Científico
- 42 Porcentaje de pacientes hipertensos controlados >60 años, Técnico Científico
- 43 Porcentaje de captación de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años, Técnico Científico
- 44 Porcentaje de pacientes diabéticos controlados, Técnico Científico
- Pérdida de función renal, Técnico Científico
- 46 Porcentaje de tamización bianual con mamografía de mujeres entre los 50 y 69 años, Técnico Científico.

El desarrollo de esta primera fase fue la base para la identificación de necesidades normativas que se pudieron abordar con la reglamentación de los nuevos estándares de autorización, habilitación y permanencia definidos en la resolución 497 de 2021, así como la necesidad de implementar una herramienta que pudiera evidenciar el seguimiento al cumplimiento de las rutas por parte de las aseguradoras, desarrollando AiHospital Contigo que se encuentra en el portal del Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, así mismo establecer la necesidad de contar con fuentes de información para medir la entrega de medicamentos y tecnologías en salud a los usuarios, incorporando en el proyecto normativo que regula los requisitos operativos y financieros de los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud artículos que definen indicadores para el reporte de estos nuevos integrantes al sistema, dando cuenta del cumplimiento de los atributos de calidad en la dispensación de los medicamentos a los usuarios, así como información relevante que se ha podido discutir en el desarrollo del



proyecto del Sistema Integral Financiero y Asistencial²⁵, sistema que una vez implementado complementará y fortalecerá las fuentes de información para el modelo.

Cuadro de mando integral. La segunda fase organiza los indicadores identificados para implementarse en un cuadro de mando integral que podrá monitorear la operación del aseguramiento en salud en 4 perspectivas (salud, acceso y calidad en la prestación, del usuario, y financiera) que están directamente relacionadas con las mencionadas funciones indelegables del aseguramiento²⁶ las cuales a su vez serán evaluadas y monitoreadas bajo 3 tipos de indicadores: Estratégicos, Tácticos y Operativos.

Los indicadores estratégicos serán los responsables de informar un panorama claro y concreto de los resultados de la gestión del aseguramiento en salud en sus tres niveles (general, territorial y de EPS), permitiendo orientar a los más altos niveles del Ministerio de Salud y Protección Social la formulación de planes, proyectos y políticas, encaminando el desarrollo y articulación de los actores. El reto será asegurar que los indicadores estratégicos definidos, midan de manera clara y suficiente la operación del aseguramiento como principal estrategia del sistema de salud.

Los indicadores tácticos a su vez alimentarán indicadores estratégicos y serán del resorte de mandos directivos, permitiendo contar con información confiable y unificada del desarrollo y resultados de la gestión de la operación del aseguramiento en sus diferentes niveles, así como la generación de alertas que puedan ser remitidas a la Superintendencia Nacional de salud como órgano de inspección, vigilancia y control del sistema.

Los indicadores operativos, serán los indicadores que se encuentran más estrechamente vinculados a los procesos y a la operación y darán cuenta de la gestión particular de los aseguradores.

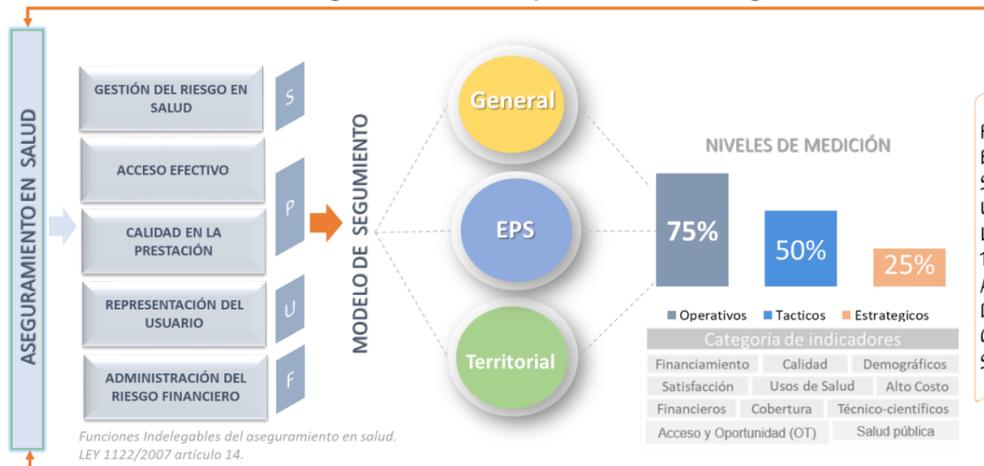
El cuadro de mando integral permitirá el seguimiento a la gestión de la operación del aseguramiento en salud, reflejando los datos más significativos sobre la evolución y resultados de su actividad.

²⁵ Ley 1966 de 2019 "Artículo 4°. "Ministerio de Salud y Protección Social creará un portal de registro electrónico, en el cual se deberá reportar los intercambios comerciales de prestación de servicios en salud y tecnologías en salud."

²⁶ Ley 1122 de 2007 Artículo 14°. "Para efectos de esta ley entienda-se por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario".



Gráfico N°2 Modelo de seguimiento a la operación del aseguramiento en salud



Fuente: Elaboración propia de la Dirección General de Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones

Para esta fase se analizaron, seleccionaron y actualizaron algunos indicadores con el objetivo de disponer de un tablero estratégico de control fácil de observar, para actuar en forma oportuna y asertiva. Se consideraron temáticas como el comportamiento de la cobertura a través de la afiliación al SGSSS, la distribución territorial de afiliados y EPS, la cobertura del plan de beneficios, el uso, la oportunidad y calidad en el acceso a los servicios de salud, la distribución del gasto con cargo a la UPC y por No PBS, las tutelas y reclamaciones ante el sistema como proxy de la satisfacción de los afiliados.

No obstante, los grupos de indicadores propuestos requieren una mayor discusión por parte de diferentes Direcciones e instancias. Este grupo representa un grupo posible de herramientas para seguimiento del sistema, que estaría sujeta a una última revisión interdisciplinaria con los expertos de cada una de las perspectivas que se desean evaluar, monitorear y mejorar, para su fortalecimiento antes de su implementación.

Así mismo, se debe continuar alineando el modelo con los avances reglamentarios al interior del ministerio, así como los proyectos en curso que se trabajan actualmente bajo el direccionamiento del Viceministerio de Protección Social, como lo son; el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, el cual permitirá contar como ya se mencionó con mayor información sobre las relaciones comerciales de los agentes del sistema de salud; la nueva reglamentación sobre los acuerdos de voluntades y de la relación precontractual, contractual y post contractual entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud con el recientemente implementado Decreto 441 de 2022; la reglamentación para los gestores farmacéuticos y



operadores logísticos de tecnologías en salud como integrantes del sistema de salud²⁷, entre otros temas de interés para la implementación del Modelo.

Por otro lado, se proponen una serie de índices que deberán ser construidos una vez se surta todos procesos de análisis y retroalimentación con las direcciones expertas, con el fin que puedan medir a nivel estratégico resultados para la perspectiva de gestión de riesgo en salud y acceso a la prestación.

Tabla N°1 Indicadores por perspectiva

Perspectiva	Estratégicos	Tácticos	Operativos	Total
Usuario	2	2	3	7
Calidad y Acceso a la Prestación de Servicios de Salud	9	7	24	40
Gestión del Riesgo en Salud	6	13	36	55
Gestión Financiera	8	8	8	24
Total	25	30	71	126

Perspectiva: Usuario

Esta perspectiva toma como referencia el concepto de satisfacción del usuario el cual se basa en la diferencia entre las expectativas del usuario y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Existen diversos métodos para conocer el grado de satisfacción por los usuarios como la entrevista, el informe del usuario, los grupos de discusión, etc. Uno de los métodos principales para medir la satisfacción son las quejas y tutelas que radican los usuarios en contra de una EPS.

Una PQR es una manifestación escrita, verbal o telefónica sin autor determinado o determinable, a través de la cual se da a conocer una inconformidad o una irregularidad en la prestación de los servicios de salud o de trámites administrativos para la atención. El Sistema de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) es una herramienta que permite conocer las inquietudes y manifestaciones que tienen los usuarios para fortalecer las acciones administrativas del aseguramiento desde el asegurador o la prestación de los servicios y entrega de medicamentos o insumos que contrata y supervisa el asegurador para sus afiliados y/o usuarios y es entregado o prestado por los prestadores y proveedores de servicios.

²⁷ Ley 1955 de 2019, artículo 243. Incluye a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos como integrantes del SGSSS, determinando que el MSP reglamentará los requisitos financieros y de operación de estos agentes.



Los aseguradores disponen de canales de comunicación (teléfono, web, chat, buzones físicos y electrónicos de correspondencia, redes sociales, oficinas de atención) para recibir y radicar las PQRs²⁸ de los afiliados, deben disponer una herramienta informática que registre las solicitudes y que además consigne la trazabilidad de la respuesta o resolución.

Tabla N°2 Indicadores Perspectiva Usuarios del Sistema de Salud

INDICADORES	TIPO	GENERAL	EPS	TERRITORIAL
Tasa de PQRs recibidas	Estrategicos	x	x	x
Proporción de satisfacción Global de los usuarios en la EPS	Estrategicos	x	x	x
Tasa de PQRs resueltas	Tactico		x	
Tasa de tutelas en salud notificadas	Tactico	x	x	x
Promedio Días para resolver PQRs	Operativo	x	x	x
Tasa de tutelas notificadas por eventos POS	Operativo	x	x	x
Tasa de tutelas notificadas por eventos NO POS	Operativo	x	x	x

Perspectiva: Calidad y Acceso a la prestación de servicios de salud

El atributo de Calidad es la “Oportunidad”: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Para el desarrollo de los indicadores de esta perspectiva, entre otros se toma la información del Ministerio de Salud y Protección Social con base normativa mediante la Resolución 256 de 2016²⁹, que dicta las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. El objetivo de esta resolución fue fortalecer el Sistema de Información de Calidad existente acorde con los cambios al SGSSS en la Ley 1438 de 2011.

Así mismo se encontrará información del uso de los servicios de salud mediante el análisis de las actividades en salud entendidas como el conjunto de acciones que especifican un procedimiento en salud en las cuales se usan recursos físicos, humanos y tecnológicos; estos se registran mediante los códigos CUPs y CUMs. La información se encuentra disponible en SISPRO y está sustentada en el “Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”³⁰ (elaborado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en

²⁸ Resolución 497 de 2021. Anexo técnico. Manual de criterios y estándares. Grupo VI - Sistema de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y tutelas.

²⁹ Observatorio Nacional de Calidad en Salud, Sitio Web Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores de Calidad, Resolución 256 de 2016.

³⁰ <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>



Salud). La disponibilidad en los datos tiene dos años de rezago en tanto el reporte y procesamiento es de alta especificidad y complejidad, su reporte inicial es en junio siguiente vencida la anualidad y su procesamiento antes del cálculo y análisis obedece a diferentes validaciones de calidad y la resolución de errores o deficiencias de la información por parte de los Aseguradores.

La accesibilidad, entendida como la posibilidad que tiene el usuario para utilizar los servicios de salud a través de encontrarse afiliado a un asegurador; implica acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud con calidad, determinados en un paquete de servicios denominado Plan Básico de Beneficios, financiado a través de una prima de seguros denominada UPC, incluye también la cobertura de prestaciones fuera del plan básico financiadas a través de los presupuestos máximos para NO PBS.

Tabla N°4. Perspectiva Calidad y Acceso a la prestación de servicios de salud

INDICADORES	TIPO	GENERAL	EPS	TERRITORIAL
Indice cumplimiento en los tiempos promedios de atención	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa PBS	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna PBS	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera completa NO PBS	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de fórmulas médicas entregadas de manera oportuna NO PBS	Estrategicos	x	x	x
Extensión de Uso Salud	Estrategicos	x	x	x
Frecuencia de Uso	Estrategicos	x	x	x
Indice cumplimiento en tiempo promedio inicio de tratamiento	Estrategicos	x	x	x
Indice cumplimiento en tiempo promedio de autorizaciones	Estrategicos	x	x	x
Extensión de Uso Contributivo	Tactico	x	x	x
Extensión de Uso Subsidiado	Tactico	x	x	x
Frecuencia de Uso Contributivo	Tactico	x	x	x
Frecuencia de Uso Subsidiado	Tactico	x	x	x
Intensidad de Uso	Tactico	x	x	x
Intensidad de Uso Contributivo	Tactico	x	x	x
Intensidad de Uso Subsidiado	Tactico	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cirugía general	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la entrega de medicamentos incluidos en el POS	Operativo	x	x	x
Extensión de Uso Grupo Perfil Etario X	Operativo	x	x	x
Extensión de Uso Nacional por Ámbito Prestación de Servicios X	Operativo	x	x	x
Extensión de Uso Contributivo por Ámbito Prestación de Servicios X	Operativo	x	x	x
Extensión de Uso Subsidiado por Ámbito Prestación de Servicios X	Operativo	x	x	x
Frecuencia de Uso Nacional Grupo Etario X	Operativo	x	x	x
Frecuencia de Uso por Ámbito	Operativo	x	x	x
Intensidad de Uso por Grupo Etario	Operativo	x	x	x
Intensidad de Uso por Ámbito de Prestación	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica	Operativo	x	x	x
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	Operativo	x	x	x
Tiempo Promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Operativo	x	x	x
Tiempo de promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética	Operativo	x	x	x
Tiempo de promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas	Operativo	x	x	x
Tiempo de promedio de espera para la autorización de Reemplazo de Cadera	Operativo	x	x	x
Tiempo de promedio de espera para la autorización de revascularización miocárdica	Operativo	x	x	x

De igual manera para los tres niveles (general, EPS y regional) se incluyen indicadores de cobertura de aseguramiento, entendido como la participación de la población total afiliada



al Sistema de Salud, total de población afiliada según base BDUA sobre el total de la población según DANE proyectada anualmente durante un periodo de tiempo.

El objetivo de estos indicadores de cobertura es determinar cuál es la participación de cada Asegurador en Salud en cada Departamento o Distrito y por régimen de afiliación, para determinar el riesgo en cobertura, calidad, representatividad del sistema, entre otros. Al cruzar estos indicadores con indicadores socioeconómicos y sanitarios del Departamento es posible asociar el riesgo de cada Asegurador respecto a su operación para cada región; existen características especiales que afectan la operación del aseguramiento en cada región asociadas al acceso geográfico, disponibilidad de prestadores en red integral de servicios de salud, entre muchos factores, incluso las tasas de prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas y de alto costo, infieren directamente y en forma proporcional al costo del aseguramiento y la organización para la prestación efectiva de los servicios de salud. Estos indicadores deben alternarse para su análisis incluso con estadísticas de los determinantes en salud (condiciones ambientales, acceso a servicios públicos, accesibilidad a transporte público, etc.)

Y por cobertura de aseguramiento según perfil etario, se entiende la participación de cada grupo poblacional según edad y sexo respecto al total de población afiliada al Sistema de Salud, consiste en el total de población afiliada según base BDUA por perfil etario sobre el total de la población afiliada, durante un periodo de tiempo, semestral o anual. El objetivo es identificar de acuerdo con las cifras poblacionales del DANE por perfil etario, cual es la participación del aseguramiento en salud por cada grupo de perfil etario, es identificar si los grupos más vulnerables se encuentran afiliados y en qué proporción, de forma tal que se determinen metas específicas para su afiliación de acuerdo con el perfil y/o se determinen políticas de intervención específicas dentro del aseguramiento para reducir el riesgo en salud.

Tabla N°7 Indicadores de cobertura

INDICADORES DE COBERTURA
Cobertura Aseguramiento Nacional
Participación de Aseguramiento Régimen Contributivo
Participación de Aseguramiento Régimen Subsidiado
Cobertura Aseguramiento Departamental o Distrital
Participación de Aseguramiento Régimen Contributivo Departamento X
Participación de Aseguramiento Régimen Subsidiado Departamento
Participación Asegurador en Cobertura Aseguramiento Salud Total
Participación Asegurador X en Régimen Contributivo
Participación Asegurador X en Régimen Subsidiado
Participación del Asegurador X en aseguramiento en salud en el Departamento
Participación Asegurador de Salud X en Régimen Contributivo del Departamento
Participación Asegurador de Salud X en Régimen Subsidiado del Departamento
INDICADORES POR PERFIL ETARIO
Cobertura Aseguramiento Nacional Por Perfil Grupo X hasta N (ejemplo 0-4 años)
Cobertura Aseguramiento para Asegurador X Por Perfil Etario Grupo X hasta N, (ejemplo 0-4 años)
Cobertura Aseguramiento para Departamento X Por Perfil Etario Grupo X hast N (ejemplo 0-4 años)



Perspectiva: Gestión del riesgo en salud

Para el control del resultado de la operación en una EPS, debe efectuarse una adecuada gestión del riesgo en salud, entendiendo este como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del afiliado; la enfermedad causa la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios presionando un mayor uso de recursos, lograr el bienestar en salud de las personas debe ser un objetivo a cumplir en la EPS, a pesar de la existencia de enfermedades, que pueden tratarse adecuadamente.

En esta perspectiva se encontrarán indicadores de calidad³¹, e indicadores que se manejan en la Cuenta de Alto Costo (CAC)³², la cual es un organismo técnico no gubernamental del SGSSS de Colombia que opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Tabla N°5 Indicadores Perspectiva Gestión del riesgo en salud

INDICADORES	TIPO	GENERAL	EPS	TERRITORIAL
Tasa de Mortalidad Perinatal	Estrategicos	x	x	x
Tasa de Mortalidad Infantil (niños menores de un año).	Estrategicos	x	x	x
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda EDA	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de Esquemas de vacunación en niños (triple viral)	Estrategicos	x	x	x
Razón de Mortalidad Materna	Estrategicos	x	x	x
Indice Porcentaje cumplimiento en la gestion de enfermedades de alto costo	Estrategicos	x	x	x
Porcentaje de población caracterizada	Tactico	x	x	x
Porcentaje de seguimiento a grupos priorizados por caracterización	Tactico	x	x	x
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	Tactico	x	x	x
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición	Tactico	x	x	x
Tasa de incidencia de Sífilis Congénita	Tactico	x	x	x
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Tactico	x	x	x
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados < 60 años	Tactico	x	x	x
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados >60 años	Tactico	x	x	x
Pérdida de función renal	Tactico	x	x	x
Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis	Tactico	x	x	x
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Tactico	x	x	x
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Tactico	x	x	x
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Tactico	x	x	x
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de 12 semanas	Operativo	x	x	x
Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH en gestantes.	Operativo	x	x	x
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Operativo	x	x	x
Porcentaje de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma	Operativo	x	x	x
Porcentaje de nacidos con bajo peso al nacer	Operativo	x	x	x
Porcentaje de captación de hipertensión arterial (HTA) en personas de 18 a 69 años en régimen subsidiado	Operativo	x	x	x
Porcentaje de captación de diabetes mellitus en personas de 18 a 69 años	Operativo	x	x	x
Porcentaje de pacientes diabéticos controlados	Operativo	x	x	x
Porcentaje de tamización bianual con mamografía de mujeres entre los 50 y 69 años	Operativo	x	x	x

³¹ Superintendencia Nacional de Salud. (2018). Indicadores de Calidad EPS. Retrieved September 23, 2019.

³² Decreto 2699 de 2007 artículo 2. Creación Cuenta de Alto Costo. Publicaciones. Retrieved September 23, 2019, from.



INDICADORES	TIPO	GENERAL	EPS	TERRITORIAL
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Operativo	x	x	x
Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Operativo	x	x	x
Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de Inmunodeficiencia Humana con TAR	Operativo	x	x	x
Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	Operativo	x	x	x
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes hipertensos controlados	Operativo	x	x	x
Captación de Diabetes Mellitus de personas entre 18 y 69 años	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes diabéticos controlados	Operativo	x	x	x
Prevalencia Artritis Reumatoide,	Operativo	x	x	x
Incidencia Artritis Reumatoide	Operativo	x	x	x
Oportunidad del Tratamiento Artritis Reumatoide en semanas	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide que asiste a terapia ocupacional o a terapia física en preval	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes con Artritis Reumatoide en quienes se evaluó el daño estructural por AR al Dx	Operativo	x	x	x
Indicador de Prevalencia Hemofilia por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de Incidencia Hemofilia por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes con hemofilia severa sin inhibidores en manejo con profilaxis,	Operativo	x	x	x
Proporción de pacientes hemofílicos evaluados por equipo interdisciplinario en el periodo,	Operativo	x	x	x
Indicador de Prevalencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de Incidencia Enfermedad Renal Crónica por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Incidencia de la enfermedad renal crónica estadio 5 por cada 100.000 habitantes,	Operativo	x	x	x
Prevalencia en ERC pacientes con terapia de remplazo renal por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de Prevalencia VIH por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de Incidencia VIH por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de población que vive con VIH PVV con tratamiento antirretroviral y carga viral indetectable,	Operativo	x	x	x
Proporción de PVV que reciben atención por médico experto	Operativo		x	
Indicador de Prevalencia Cancer por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x
Indicador de Incidencia Cancer por 100.000 afiliados,	Operativo	x	x	x

Así mismo como parte esencial del Modelo de seguimiento y evaluación se incluyen indicadores demográficos; Los cuales proporcionaran información general sobre grupos de personas relacionados con atributos como la edad, el sexo, lugar de residencia, características sociales como la ocupación, la situación familiar y los ingresos, entre otros. A nivel de aseguramiento en salud, las tasas de natalidad, los nacimientos esperados por año, las mujeres en edad fértil, son variables que inciden directamente en el riesgo en salud, por tanto, requiere de un pronóstico acertado para la programación efectiva de las atenciones de promoción y desarrollo para la salud sexual y reproductiva, así como programas especiales de atención en el embarazo, parto y puerperio. Además, inciden en el conjunto de actividades, causas de riesgo y otros que impactan en la vida de las familias y por tanto en la sociedad, por ejemplo, el número promedio de hijos no solo impacta la salud de una familia sino factores socioeconómicos en toda la sociedad.

Tabla N°6 Indicadores Demográficos

INDICADORES DEMOGRAFICOS_SOCIOECONOMICOS
Tasa bruta de natalidad (Por 1.000 habitantes)
Tasa general de natalidad (Por 1.000 mujeres)
Porcentaje de mujeres en edad fértil
Nacimientos esperados por año
Índice de masculinidad
Índice de envejecimiento
Tasa bruta de mortalidad
Porcentaje Población con necesidades básicas insatisfechas NBI
Índice de Pobreza Multidimensional
Tasa de Desempleo



Perspectiva: Gestión Financiera

Al igual que las demás perspectivas, está se encuentra alineada a la función indelegable del aseguramiento la cual se refiere a la administración del riesgo financiero como estructura que soporta el aseguramiento e incluso la prestación de los servicios de salud. Mejorar las estructuras organizacionales y su gestión procura el fin último, que es el bienestar en la población.

En esta perspectiva se encontrará información de los ingresos que financian el aseguramiento en salud, así como el gasto en salud dividido en costos médicos y gastos administrativos; a nivel nacional, por régimen, por asegurador, por territorio. También, se incluye información de solvencia económica que permite proyectar la estabilidad en el Aseguramiento.

Las principales fuentes de información para esta perspectiva reposa en los reportes que realizan las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, así mismo se toma información y datos concluyentes acerca de los resultados operacionales de cada Asegurador en Salud, según el modelo (Matriz Fenix) que dispone Supersalud para evaluar el cumplimiento de Asegurado.

Tabla N°3 Indicadores Perspectiva Financiera

INDICADORES	TIPO	GENERAL	EPS	TERRITORIAL
Deterioro de cartera	Estrategicos		x	
Rentabilidad o Margen Operacional	Estrategicos		x	
Siniestralidad PBS	Estrategicos	x	x	
Siniestralidad NO PBS	Estrategicos	x	x	
Gasto Administrativo EPS	Estrategicos	x	x	x
Siniestralidad en salud	Estrategicos	x		x
Siniestralidad Régimen Contributivo	Estrategicos	x		x
Siniestralidad Régimen Subsidiado	Estrategicos	x		x
Endeudamiento total	Tactico		x	
Razón corriente	Tactico		x	
Calidad de activo	Tactico		x	
Recaudo efectivo cartera	Tactico		x	
Liquidez de pago con proveedores de salud	Tactico		x	
Valor Giro ADRES TOTAL Aseguramiento en Salud	Tactico	x	x	
Valor per capita Giro Aseguramiento en Salud	Tactico	x	x	
Valor GASTO TOTAL Aseguramiento en Salud	Tactico	x	x	x
Valor per capita Giro régimen contributivo	Operativo	x		
Valor per capita Giro régimen subsidiado	Operativo	x		
Participación GIRO Adres , regimen contributivo	Operativo	x	x	
Participación GIRO Adres, régimen subsidiado	Operativo	x	x	
Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, regimen contributivo	Operativo	x	x	
Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, regimen subsidiado	Operativo	x	x	
Participación Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, Plan Básico POS	Operativo	x	x	
Valor per capita Gasto Operacional Aseguramiento en Salud, NO POS	Operativo	x	x	



Propuesta de implementación - CMI

La integración de fuentes de información es el mecanismo deseable para garantizar el funcionamiento en tiempo real, con información de calidad y en especial con indicadores estratificados por territorio, régimen, tipo de EPS y características de la población afiliada. Por otro lado, la remisión de indicadores ya calculados demanda un proceso de notificación con tiempos preestablecidos y con acuerdos sobre el formato y calidad esperada de cada indicador.

Por lo anterior la implementación de esta segunda etapa del modelo se considera realizarlo por fases permitiendo contar en el corto plazo con un modelo de gestión y control que integra el tablero de indicadores bajo un reporte periódico de información, en un formato de indicadores, por parte de las direcciones e instituciones del sector para consolidación por parte de la Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones de los indicadores disponibles y cuyo filtro de factibilidad y claridad del indicador, la cobertura y calidad de la información disponible ya haya sido superado, y gradualmente migrarlo a un desarrollo de una Base de Datos Relacional de Aseguramiento en Salud. Esta base de datos tendría una naturaleza nominal transversal con una periodicidad definida según la disponibilidad de información. Al agregar varios años esta base de datos inicialmente generada para indicadores prevalentes para el año específico pueden derivar en la trazabilidad de los afiliados en una estrategia de diseño longitudinal que permitiría entre otros análisis de dato panel para la evaluación del impacto del aseguramiento y la verificación de existencia del comportamiento de algunos fenómenos como fallas del mercado, problemas de gestión y cambios de la población afiliada al sistema.

Una vez aprobado el primer set de indicadores se recomienda la revisión anual de los mismos y la calificación de pertinencia y utilidad por los integrantes del comité de alta gerencia quienes serían el usuario final.

Fases para la implementación de la segunda Etapa.

Primera Fase

- Exponer el tablero para su retroalimentación y/o mejora, actualizando la fuente y periodicidad de la información: periodo o corte de los datos, el procesamiento y cálculo de los indicadores.
- Concertar con las diferentes áreas del Ministerio y/o las instituciones que se requieran para el reporte de la información, la disponibilidad de los datos o indicadores, la periodicidad y los mecanismos de entrega; así como los trámites y procedimientos.



- En un modelo de Excel, completar el modelo propuesto con los valores de datos o indicadores propuestos, correr el Modelo evaluando los resultados y efectuando los ajustes requeridos.
- Definir las salidas de la información: tablas, gráficos y otros medios.
- Definir los procedimientos para las consultas de SISPRO, BDUA, entre otras bases de datos de consulta; definir la conformación y/o administración del cubo de datos, así como el repositorio de los indicadores e información que se recopile.
- Evaluar con la Oficina de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud la posibilidad de construcción del aplicativo y su base de datos o un medio de prueba en una primera instancia.
- Exponer el resultado de la implementación de esta segunda etapa del Modelo en el piloto de prueba con la totalidad de los indicadores propuestos.

Segunda Fase.

- Montar el modelo de seguimiento en el aplicativo o herramienta informática destinado para tal fin, definiendo la interacción con la base de datos, y el ambiente de prueba para ver la interacción de los datos con el modelo y la visualización de los resultados, la definición del administrador, de los usuarios y sus consultas.
- Presentar públicamente el modelo de seguimiento al aseguramiento en salud, mostrando sus ventajas, su uso y objetivos.
- Mantener actualizado el aplicativo con los datos e indicadores definidos, efectuar el análisis de los resultados de los tableros de control y del modelo, generar las alertas correspondientes a nivel Directivo y de los actores del Sistema.

Modelo predictivo. En esta última etapa se desarrollará un modelo econométrico que permita explicar el resultado de desempeño o cumplimiento de estándares en los aseguradores a través de la interacción de diferentes variables, al final el objetivo de disponer de un modelo estadístico y matemático puede predecir eventos y evitar riesgos en la estabilidad del Sistema de Salud a través de los resultados de los aseguradores. En un modelo dinámico, cada vez que se mejore un estándar se actualizan los indicadores y sus metas y se efectúan simulaciones de las proyecciones, todo enfocado al mejoramiento continuo del Sistema a través del mejoramiento del Sistema.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Entendida la organización del aseguramiento actual y la importancia de tomar decisiones sobre datos confiables, el modelo propuesto se visualiza como un punto de partida modificable en el tiempo y adaptable a las necesidades específicas de nuevos modelos organizacionales que permitirá orientar a los más altos niveles del Ministerio de Salud y Protección Social la formulación de planes, proyectos y políticas, encaminando al logro de los objetivos. La recomendación específica en este sentido sería lograr una implementación rápida de la segunda fase y generar una institucionalidad al interior del Ministerio que permita revisar anualmente la organización del modelo y en especial de los indicadores incluidos.

Se sugiere incorporar este modelo dentro de los proyectos tecnológicos que sustenta la oficina de TICS, no sin considerar la posibilidad de medir de forma real la validez, calidad y cobertura de la información incluida, teniendo como meta la información nominal para el 100% de los usuarios del sistema. Si esto se tiene como referencia, serviría entre otros objetivos para la mejora continua de las fuentes de información de SISPRO y la búsqueda de institucionalidad tecnológica en el sector, mejores plataformas tecnológicas y mejor capacidad de gestión por parte del Ministerio.

Finalmente, se deben discutir las implicaciones que este modelo tiene para las funciones de inspección, vigilancia y control que la Superintendencia Nacional de Salud ejerce sobre las EPS y otros actores del sector. La mejor alternativa es manejar la información que el modelo provee como herramienta gerencial del ente rector y definir los procedimientos de traslado a las entidades de control correspondientes, de forma que permita mejorar la legitimidad del modelo, sin convertirlo en herramienta punitiva.