

**Calidad de la Atención en Salud con base en el Sistema General de Salud  
Colombiano para el periodo 2011-2016**



**Ivonne Patricia Acevedo Puerto**

**Universidad de Pamplona**

**Maestría en Ciencias Económicas**

**Bucaramanga, Santander**

**2018**

El presente estudio finaliza el ciclo como maestrante en en el área de Ciencias Económicas

Lo dedico primordialmente a Dios por guiar mi camino y darme fortaleza

Con todo mi amor, lo dedico a mis padres y hermano  
por su apoyo incondicional y por confiar siempre en mis capacidades

A ti, Marco Antonio por hacer parte de mi vida  
y darme ánimo en los momentos difíciles

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó con la colaboración de muchas personas que me brindaron su apoyo y conocimientos.

A mi director de proyecto, Ph.D. Saury José Thomas Manzano, agradezco infinitamente su orientación y el aporte de su conocimiento y experiencia, sin el cual no hubiese sido posible llevar a feliz término esta investigación.

A los docentes vinculados a la Maestría en Ciencias Económicas por enriquecer el proceso de aprendizaje y promover el análisis crítico

A los evaluadores de este documento, por sus recomendaciones y por promover que los resultados de la academia sean fuente para la solución de las problemáticas regionales y nacionales.

A la Universidad de Pamplona, gracias a la cual he enriquecido mi profesión y veo culminada una meta.

**CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
Introducción.....	14
1. Marco Referencial .....	16
1.1 Delimitación del Problema .....	16
1.1.1 Planteamiento del Problema.....	16
1.1.2 Formulación del Problema .....	17
1.2 Objetivos.....	18
1.2.1 Objetivo general .....	18
1.2.2 Objetivos específicos .....	18
1.3 Justificación .....	18
1.4 Antecedentes.....	19
2. Marco Teórico y Legal .....	22
2.1 Estado del Arte .....	22
2.2 Marco Teórico .....	26
2.2.1 Calidad de la atención en Salud .....	27
2.3 Marco Legal.....	28
3. Marco Metodológico .....	30
3.1 Diseño .....	30

3.2 Población .....	30
3.3 Muestra .....	31
4. Presentación y Análisis de Resultados .....	32
4.1 Normatividad legal para el reporte y seguimiento de indicadores de calidad de las Eps. .....	32
4.1.1 Ley 1438 de 2011.....	33
4.1.2 Decreto 1011 de 2006 .....	34
4.1.3 Resolución 1446 de 2006.....	34
4.1.4 Resolución 4343 de 2012.....	35
4.2 Análisis de indicadores .....	36
4.2.1 Accesibilidad /Oportunidad .....	38
4.2.1.1 Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General .....	38
4.2.1.2 Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada.	42
4.2.1.3 Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S.....	56
4.2.1.4 Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS.....	60
4.2.1.5 Oportunidad en la realización de cirugía programada.....	63
4.2.1.6 Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General ..	67
4.2.1.7 Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología.....	71
4.2.1.8 Oportunidad de la referencia en la EAPB .....	74
4.2.2 Calidad Técnica.....	78

4.2.2.1 Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.....	78
4.2.2.2 Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino .....	82
4.2.3 Gerencia del Riesgo .....	86
4.2.3.1 Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo .....	86
4.2.3.2 Razón de Mortalidad Materna.....	93
4.2.4 Satisfacción / Lealtad .....	97
4.2.4.1 Tasa de Satisfacción Global .....	97
4.2.4.2 Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.....	100
4.2.4.3 Tasa de Traslados desde la EAPB.....	103
4.3 Oportunidades de mejora.....	106
5. Conclusiones .....	110
6. Recomendaciones .....	112
7. Bibliografía.....	113
8. Anexos.....	118

## Lista de Tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Normatividad del Sistema de Salud Colombiano .....	28
Tabla 2. Población afiliada .....	32
Tabla 3. Indicadores del Nivel de Monitoría del Sistema .....	34
Tabla 4. Ranking Eps 2017 .....	36
Tabla 5. Ficha técnica Indicador E.1.1.....	38
Tabla 6. Indicadores de Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General .....	39
Tabla 7. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.1 .....	40
Tabla 8. Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.....	41
Tabla 9. Ficha técnica Indicador E.1.2.1.....	43
Tabla 10. Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Medicina Interna .....	43
Tabla 11. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.1. ....	44
Tabla 12. Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna .....	45
Tabla 13. Ficha técnica Indicador E.1.2.2.....	46
Tabla 14. Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia .....	47
Tabla 15. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.2 .....	48
Tabla 16. Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia.....	48
Tabla 17. Ficha técnica Indicador E.1.2.3.....	50
Tabla 18. Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría .....	50
Tabla 19. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.3 .....	51
Tabla 20. Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría .....	52
Tabla 21. Ficha técnica Indicador E.1.2.4.....	53
Tabla 22. Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General .....	54

Tabla 23. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.4 .....	54
Tabla 24. Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General	55
Tabla 25. Ficha técnica Indicador E.1.3.....	57
Tabla 26. Indicadores Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S.....	57
Tabla 27. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.3. ....	58
Tabla 28. Frecuencia Indicador Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS .....	59
Tabla 29. Ficha técnica Indicador E.1.4.....	60
Tabla 30. Indicadores Oportunidad de entrega de medicamentos POS .....	61
Tabla 31. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.4 .....	62
Tabla 32. Frecuencia Indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS .....	63
Tabla 33. Ficha técnica Indicador E.1.5.....	63
Tabla 34. Indicadores Oportunidad en la realización de cirugía programada.....	64
Tabla 35. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.5. ....	65
Tabla 36. Frecuencia Indicador oportunidad en la realización de cirugía programada .....	66
Tabla 37. Ficha técnica Indicador E.1.6.....	67
Tabla 38. Indicadores Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General .....	68
Tabla 39. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.6. ....	69
Tabla 40. Frecuencia Indicador oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General.....	70
Tabla 41. Ficha técnica Indicador E.1.7.....	71
Tabla 42. Indicadores Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología .....	72
Tabla 43. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.7. ....	72
Tabla 44. Frecuencia Indicador oportunidad en la atención en servicios de Imagenología.....	73
Tabla 45. Ficha técnica Indicador E.1.8.....	75
Tabla 46. Indicadores Oportunidad de la Referencia en la EAPB .....	75
Tabla 47. Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.8. ....	76

Tabla 48. Frecuencia Indicador oportunidad de la referencia en la EAPB .....	77
Tabla 49. Ficha técnica Indicador E.2.1.....	78
Tabla 50. Indicadores Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año ...	79
Tabla 51. Media, Mediana y Moda del Indicador E.2.1. ....	80
Tabla 52. Frecuencia Indicador proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año.....	82
Tabla 53. Ficha técnica Indicador E.2.2.....	83
Tabla 54. Indicadores Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino .....	83
Tabla 55. Media, Mediana y Moda del Indicador E.2.2. ....	84
Tabla 56. Frecuencia Indicador oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino.....	85
Tabla 57. Ficha técnica Indicador E.3.1.1.....	87
Tabla 58. Indicadores Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Mayores de 65 años	87
Tabla 59. Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.1.1 .....	88
Tabla 60. Frecuencia Indicador tasa de mortalidad por Neumonía en mayores de 65 años .....	89
Tabla 61. Ficha técnica Indicador E.3.1.2.....	90
Tabla 62. Indicadores Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años..	91
Tabla 63. Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.1.2 .....	92
Tabla 64. Frecuencia indicador tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años .....	92
Tabla 65. Ficha técnica Indicador E.3.2.....	94
Tabla 66. Indicadores Razón de Mortalidad Materna.....	94
Tabla 67. Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.2 .....	95
Tabla 68. Frecuencia Indicador razón de mortalidad materna .....	96
Tabla 69. Ficha técnica Indicador E.4.1.....	97
Tabla 70. Indicadores Tasa de Satisfacción Global .....	97
Tabla 71. Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.1. ....	98
Tabla 72. Frecuencia Indicador tasa de satisfacción global.....	99

Tabla 73. Ficha técnica Indicador E.4.2.....	100
Tabla 74. Indicadores Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.....	100
Tabla 75. Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.2. ....	101
Tabla 76. Frecuencia Indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días.....	102
Tabla 77. Ficha técnica Indicador E.4.3.....	103
Tabla 78. Indicadores Tasa de Traslados desde la EAPB.....	104
Tabla 79. Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.3. ....	105
Tabla 80. Frecuencia Indicador tasa de traslados desde la EAPB .....	106

## Lista de Gráficas

<b>Pág.</b>	
	Gráfica 1. Comportamiento Indicador “Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General” ..... 40
	Gráfica 2. Comportamiento Indicador “Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Medicina Interna” ..... 44
	Gráfica 3. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia ..... 47
	Gráfica 4. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría. 51
	Gráfica 5. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General..... 54
	Gráfica 6. Comportamiento Indicador Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS.... 58
	Gráfica 7. Comportamiento Indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS ..... 61
	Gráfica 8. Comportamiento Indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada ..... 64
	Gráfica 9. Comportamiento Indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General.. 68
	Gráfica 10. Comportamiento Indicador Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología ..... 72
	Gráfica 11. Comportamiento Indicador Oportunidad de la Referencia en la EAPB ..... 76
	Gráfica 12. Comportamiento Indicador Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año ..... 80
	Gráfica 13. Comportamiento Indicador Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino..... 84
	Gráfica 14. Comportamiento Indicador Tasa de Mortalidad por Neumonía en grupos de alto riesgo – Mayores de 65 años ..... 88
	Gráfica 15. Comportamiento Indicador Tasa de Mortalidad por Neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años ..... 91
	Gráfica 16. Comportamiento Indicador Razón de Mortalidad Materna ..... 95

Gráfica 17. Comportamiento Indicador Tasa de Satisfacción Global..... 98

Gráfica 18. Comportamiento Indicador Proporción de quejas resueltas antes de 15 días ..... 101

Gráfica 19. Comportamiento Indicador Tasa de Traslados desde la EAPB ..... 104

## RESUMEN

Las Entidades Promotoras de Salud (Eps), son las responsables de recaudar los recursos provenientes de las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y de brindar el Plan Obligatorio de Salud (POS), con el apoyo de los recursos girados por el gobierno nacional. El objetivo del presente estudio es analizar cuantitativamente la calidad de la atención en salud prestada por las Entidades Promotoras de Salud más significativas en Colombia para el período comprendido entre 2011-2016. Se realizó un estudio de tipo analítico y comparativo, mediante la consulta de 19 indicadores reportados por las diferentes Eps a la Superintendencia Nacional de Salud (rector del sistema de vigilancia, inspección y control de la Salud), se llevó a cabo un análisis cuantitativo, para establecer tendencias en su desempeño, que permitan evidenciar las falencias de las entidades de salud. Los resultados permiten observar que su desempeño no logra la meta establecida por el Ministerio en la mayoría de los indicadores, como la oportunidad de asignación de consulta de pediatría y de odontología general, los esquemas de vacunación en niños menores de un año, tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo y la tasa de satisfacción global, generando incumplimiento sistemático. Asimismo, se destaca el cumplimiento en la oportunidad en la consulta de medicina interna. De lo anterior, se concluye que las Eps no son efectivas y carecen de una supervisión estricta por parte del ente regulador

Palabras clave: Eps, calidad de la atención en salud, indicadores, sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

## ABSTRACT

The Health Promoting Entities (Eps) are responsible for collecting the resources coming from the contributions of the members of the contributory regime and for providing the Compulsory Health Plan (POS), with the support of the resources drawn up by the national government. The objective of this study is to quantitatively analyze the quality of health care provided by the most significant Health Promoting Entities in Colombia for the period 2011-2016. An analytical and comparative study was carried out, by consulting 19 indicators reported by the different Eps to the National Health Superintendence (rector of the Health surveillance, inspection and control system), a quantitative analysis was carried out, to establish trends in their performance, which allow to demonstrate the shortcomings of health entities. The results show the behavior of the 19 indicators analyzed, allowing observing that their performance does not meet the target established by the Ministry in most indicators. From the above, it is concluded that the Eps are not effective and lack strict supervision by the regulatory body, the opportunity in the internal medicine consultation meets the 30-day standard, on the other hand, deficient behavior is evidenced in the opportunity of assignment of consultation of pediatrics and of general dentistry, in the schemes of vaccination in children under one year, mortality rate due to pneumonia in high risk groups and overall satisfaction rate, its systematic noncompliance.

Keywords: Eps, quality of health care, indicators, mandatory system of quality assurance in health.

### **Introducción**

Colombia cuenta con un sistema de salud parametrizado por la Ley 100 de 1.993, la cual determinó la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y definió los actores que inciden en la atención en salud de la población, como las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS), las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Con el objeto de evaluar y hacer seguimiento a la atención que estas entidades brindan a sus afiliados, el Ministerio de Salud y Protección Social definió hacia el año 2006, el Sistema de Información para la Calidad (SIC), dentro del cual se estableció un conjunto de indicadores cuyos elementos giran en torno a la oportunidad, la calidad técnica, la gerencia del riesgo y la satisfacción.

En este orden de ideas, las Entidades Promotoras de Salud Eps son responsables de garantizar la prestación del plan de salud obligatorio a sus afiliados, sin importar la región de origen, raza, creencias o diagnósticos, y en todos los casos deben responder a una atención digna y de calidad, bajo criterios de prestación oportuna, eficiente y calidad.

No obstante, la situación actual de la salud en Colombia presenta serias discusiones y críticas cuando se aborda el tema de la atención que se brinda a los afiliados al sistema, quienes no cuentan con la satisfacción total de los servicios recibidos y se ven obligados a solicitar apoyo en reclamaciones legales para acceder a la atención de salud que por derecho constitucional les pertenece.

Por esta razón, se considera pertinente analizar el desempeño de las EPS con respecto a los indicadores de calidad establecidos por el Ministerio, para determinar los factores que afectan o pueden afectar la prestación de los servicios brindados y de esta manera servir como instrumento

a las autoridades sectoriales y nacionales para implementar medidas que se reflejen en el óptimo funcionamiento de los planes de salud, consagrados en la normatividad vigente.

El documento se encuentra estructurado en cuatro capítulos. En el primero se expone la problemática del sector y se destaca la importancia de aportar a la solución de la situación. En el segundo capítulo se desarrolla el estado del arte y los elementos teóricos.

En el tercer capítulo se presenta la metodología de investigación analítica y comparativa, mediante el estudio de indicadores reportados por las diferentes Eps a la Superintendencia Nacional de Salud (rector del sistema de vigilancia, inspección y control de la Salud), con los cuales se realizó un análisis cuantitativo, para establecer tendencias en su desempeño, que permitieron evidenciar las falencias de las entidades de salud analizadas.

Posteriormente en el cuarto capítulo, se determinan los elementos normativos que afectan la calidad de la atención en salud, se analiza el comportamiento de las Eps más significativas para establecer la relación entre los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y la adecuada prestación de los servicios por parte de éstas entidades. En el último apartado se presentan las conclusiones y recomendaciones derivadas del desarrollo de este estudio.

Por lo tanto, se realizó con el interés de generar un documento que permita a la comunidad tener un concepto basado en indicadores de la calidad de atención en Salud del país, identificando sus falencias y oportunidades de mejora, con el fin de promover una mejor atención en salud para los pacientes del territorio Colombiano, como lo establece el Estado colombiano, “Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa...con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Presidencia de la República, 2006).

## 1. Marco Referencial

### 1.1 Delimitación del Problema

#### 1.1.1 Planteamiento del Problema

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, creado por la Ley 100 de 1.993 (Congreso de la República, 1993), con el objeto de regular el servicio público de salud y crear condiciones de acceso a toda la población, en todos los niveles de atención, se encuentra inmerso en una compleja situación en la cual se cuestiona el modelo de aseguramiento adoptado desde aquella época, en términos de calidad y satisfacción de sus afiliados.

Dentro de los actores del sistema, se encuentran las Entidades Promotoras de Salud (Eps), quienes son las responsables de recaudar los recursos provenientes de las cotizaciones de los afiliados al régimen contributivo y de brindar el Plan Obligatorio de Salud (POS), con el apoyo de los recursos girados por el gobierno nacional, los cuales corresponden a una suma establecida por afiliado según su edad y género, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Según el análisis realizado por la oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2.017, se determinó que las Eps del régimen contributivo con mejor reputación son Suramericana S.A, seguida de Sanitas S.A. y Aliansalud, este mérito lo obtuvieron por sus niveles de oportunidad, niveles de satisfacción y el acceso a los usuarios, los cuales fueron evaluados con base en 24, 19 y 8 indicadores respectivamente. Este ranking fue estructurado para cumplir con los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable, según Ley 1438/2.011, Decreto 1011/2.006 y Resolución 4343/2.012 (Matajira, Barney, Bonnet, & Escobar, 2017). Es preciso señalar que, en el ranking del año anterior, 2016, Suramericana Eps, Sanitas y Aliansalud ocuparon respectivamente los primeros lugares. (Matajira, Escobar Morales, & Barney, 2016).

Para el año 2016, se reportaron en Colombia 48 Entidades Promotoras de Salud, las cuales registraron 21.713.023 afiliados al régimen contributivo y 21.176.856 afiliados al régimen subsidiado, y conforme a los indicadores reportados por estas a la Supersalud, se recibieron un total de 31.014 tutelas por no prestación de servicios POS, evidenciando una problemática en la atención de sus usuarios, que constituye uno de los factores de análisis para identificar las principales causas de inconformidad del afiliado.

Ahora bien, si existe un problema en la atención de sus afiliados, esto se reflejará también en el financiamiento del sistema, situación que no es ajena a las Eps, porque, aunque deben generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, también se constituyen como empresas orientadas a la generación de utilidades a sus accionistas.

Es por ello que, es importante evaluar el desempeño de las Eps más significativas para generar acciones de mejora basadas en criterios de calidad y que garanticen su operación, toda vez que el análisis de eficiencia en estas contribuyen a su mejoramiento organizacional y se constituye como punto de partida para el diseño de un modelo de eficiencia sectorial.

### **1.1.2 Formulación del Problema**

¿Cuáles son los factores que impactan la Calidad de la Atención en Salud en Colombia para el periodo 2011 - 2016?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Analizar cuantitativamente la Calidad de la Atención en Salud prestada por las Entidades Promotoras de Salud más significativas en Colombia para el período comprendido entre 2011-2016.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Determinar los elementos normativos que afectan la calidad de la atención en salud ofrecida por las Eps en Colombia.
- Analizar los indicadores de calidad reportados por las Eps más significativas en Colombia para el periodo comprendido 2011 y 2016.
- Establecer la relación entre los indicadores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y la adecuada prestación de los servicios por las Eps a la población colombiana.

## **1.3 Justificación**

En el modelo de atención en salud en Colombia las entidades promotoras de salud, representan un papel protagónico en la garantía del plan de beneficios que por derecho constitucional tienen los usuarios del sistema. Dentro de este escenario la calidad del servicio y la satisfacción del afiliado son el pilar fundamental para lograr la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La presente investigación tiene como propósito analizar cuantitativamente la calidad de la atención en salud, con respecto al desempeño de las Eps más significativas en Colombia, para determinar los factores que impactan en la calidad de dicha atención de los usuarios y contribuir

al incremento de su satisfacción (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017), a quienes se debe garantizar la prestación del servicio.

Para el caso específico, el análisis de la calidad en la atención de la salud, representa un impacto en contextos: académico, sirve de base para una futura investigación de profundización, sectorial; con base en los resultados aquí obtenidos las autoridades de salud pueden determinar políticas públicas para mejorar el funcionamiento del SGSSS, y por último el impacto social, según el cual la población se beneficia gracias al mejoramiento de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).

El presente proyecto representa una herramienta importante para determinar las particularidades del modelo de salud colombiano, gracias al estudio de los indicadores: oportunidad en los diferentes niveles de servicios, tiempos de espera, entrega oportuna de medicamentos, proporción de quejas, número de tutelas por no prestación de servicios Pos, tasas de mortalidad, tasa de infecciones, esquemas de vacunación, entre otras; con el cual se puede identificar las EPS que cumplen las metas establecidas para la atención en salud y el aseguramiento de sus afiliados.

#### **1.4 Antecedentes**

En el contexto internacional se presentan estudios relacionados con el análisis de la calidad en la atención en salud, dentro de los cuales se realiza un modelo de los distintos determinantes de la salud percibida en la población española. Uno de ellos, realizó una exploración exhaustiva de la Encuesta Española de Salud como instrumento de análisis del estado, posteriormente diseñó una metodología estadística (modelos de regresión múltiple con variable dependiente ordinal) para estudiar y caracterizar el estado de salud de la población, integrando distintos indicadores de

valoraciones positivas de la salud y por último elaboró estrategias de actuación sanitaria tanto a nivel general como en grupos y colectivos específicos. (Girón Daviña, 2010)

Otro estudio integra la revisión de la calidad de la atención, con un análisis y evaluación económica del sistema de salud, (Caballer Tarazona) examinando de manera macro el logro en salud de dos grupos de países europeos y latinoamericanos mediante análisis multivariante. Posteriormente, se identificó Italia como el país que presenta mayores similitudes con España en cuanto a organización sanitaria y características socioculturales epidemiológicas, con el fin de estudiar ambos sistemas de salud y determinar las fortalezas y debilidades. Finalmente se realizó un análisis micro, evaluando el desempeño de los hospitales de la Comunidad Valenciana mediante el estudio de la eficiencia de algunos servicios sanitarios de estos hospitales.

Un análisis de la calidad de vida relacionada con la salud, se encuentra en el trabajo realizado por Olmedo con pacientes mayores de 65 años en un entorno multicultural, el cual desarrolla un estudio etnográfico previo para conocer las características de la región, elabora instrumentos para encontrar las diferencias culturales, religiosas y sociales, concluyendo que la calidad de vida expresada por los mayores de 65 años, es inferior al estándar regional. Para este estudio se determinó la importancia de definir políticas integradoras que fortalezcan las relaciones multiculturales y estimulen la participación de las personas mayores a actividades culturales y religiosas para mejorar los estilos de vida (Olmedo Alguacil, 2010)

En el ámbito nacional se han realizado estudios relacionados con el objeto de la investigación, uno de ellos es el desarrollado por el Hospital Universitario del Valle (Hospital Universitario del Valle, 2010) el cual analizó la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención en salud; se realizó un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, que permitió identificar las percepciones de una muestra representativa de usuarios atendidos en el hospital, entre el 2009 y el 2010, sobre la

calidad de la atención en salud recibida en esta institución. Se encontró que los tiempos de espera para solicitud de citas y exámenes programados, son muy largos, además los usuarios no reciben información oportuna sobre cambios en citas y procedimientos programados, sugiriendo mejorar estos procesos y probar alternativas como citas telefónicas, entre otras opciones que contribuyan a descongestionar estos trámites en el hospital y a mejorar el servicio a los usuarios, con mayor acceso.

Desde una presentación de los modelos, los procesos y los resultados, Castro C. realiza un comparativo de Salud y Seguridad de cinco países de América Latina: Colombia, Brasil, México, Chile y Costa Rica. Como dato relevante de la investigación, se destaca que Colombia tiene el PIB y el porcentaje de gasto en salud más bajo de los cinco países, así como la más alta probabilidad de morir antes de los cinco años, la más alta mortalidad neonatal, en malaria y en tuberculosis, así como la más baja disponibilidad alimentaria para escolares, aunque en compensación tiene una de las mayores expectativas de vida al nacer. (Castro Hoyos, 2012)

Jiménez N. analiza el sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública y las implicaciones en calidad y cobertura desde esta nueva gerencia, para esto incluyó el criterio de acceso como punto de análisis en la investigación, identificó los elementos teóricos de la Nueva Gerencia Pública (NGP) y las evidencias prácticas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con relación a los criterios de calidad, cobertura y acceso. (Jiménez Esguerra, 2013)

El estudio anterior concluyó lo siguiente: debido a la incapacidad del Sistema de Salud para atender la salud de los colombianos, aparece la tutela como el principal instrumento para garantizar este derecho, transformándose en un problema para el SGSSS, en vista que las EPS se valen de estos recursos para evadir responsabilidades y costos, éstos últimos asumidos por Fosyga,

generando desequilibrio financiero en el Sistema de Salud. Es importante que los usuarios tomen un papel activo en el Sistema de Salud, el conocimiento de sus derechos, beneficios, recursos es parte esencial para la operación del sistema.

Otros autores, analizan el Sistema de Salud colombiano mediante una revisión sistemática de literatura durante el periodo de 1993 a 2012, a través de la caracterización de los factores que contribuyen al mejoramiento del sistema; encontrando que el modelo es fuerte en cobertura, pero presenta problemas de equidad y acceso, en dicho trabajo no se generan sugerencias y/o modelos alternativos que impacten positivamente el sistema. (Merlano Porras & Gorbanev, 2013)

Por último, el Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) realiza un análisis regional de la salud en Colombia y presentó las recomendaciones de política que surgen del análisis de la problemática del sector: aún existen algunas disparidades regionales en el estado de salud, la oferta de servicios y el acceso a los mismos, por lo tanto, propuso hacer un mayor esfuerzo para reducir esas diferencias, estableciendo prioridades de la política de salud pública en Colombia. (Bonet Morón & Guzmán Finol, 2015).

## **2. Marco Teórico y Legal**

### **2.1 Estado del Arte**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desarrollado desde el año 1993 marcó un giro en la administración del sector de la salud y su impacto en el gasto público. Este nuevo sistema requirió la creación de Entidades Promotoras de Salud (Eps) y la modificación de hospitales públicos y privados en Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS) (Castañeda, Fonseca, Ramirez, Núñez, & Zapata, 2012). El SGSSS en Colombia se cimienta en que la

regulación estatal sobre las fuerzas del mercado imperfecto de la salud permitirían alcanzar un óptimo beneficio social y es así como la Ley 100 de 1993 creó las condiciones e incentivos que han dado lugar a la competencia en los mercados de salud, al permitir la entrada de nuevas empresas prestadoras de servicios de aseguramiento en salud, bajo un esquema de competencia regulado, vigilado y controlado por el Estado, a través del Ministerio de Salud y la Protección Social (Bardey, Meléndez, & Maldonado, 2012), .

El SGSSS, enfrenta la incertidumbre frente a su desempeño, en vista de lo anterior se han realizado evaluaciones al sistema desde diferentes ángulos, un ejemplo de ello es el estudio realizado por Duque, Gómez & Osorio (2009), donde se lleva a cabo un “análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del Sector Salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones”, con la finalidad de revisar los sistemas de costos utilizados por las Entidades Prestadoras de Servicios de salud en Colombia. La utilidad del mismo se basa en la toma de decisiones para el sector, tomando como punto de referencia los hospitales públicos y clínicas privadas de la ciudad de Medellín y su área metropolitana, aplicando para ello un instrumento de recolección de información estructurado a los líderes administrativos de cada entidad.

Otro estudio desarrollado por Maza, Vergara, & Navarro (2011), titulado “Eficiencia de la inversión en el Régimen Subsidiado en Salud en Bolívar - Colombia”, realizado para el periodo 2007 – 2008, aplicó un análisis envolvente de datos a los 45 municipios del departamento de Bolívar, partiendo de la información suministrada sobre el número de afiliados, total de recursos asignados y gastos ejecutados, con el objetivo de identificar la eficiencia de la inversión en el Régimen Subsidiado.

El desarrollo del estudio demuestra que el 25% de los municipios bolivarenses se encontraban en la frontera de eficiencia, y que los recursos destinados para la atención en salud no habían sido

utilizados correctamente, con relación a las labores de focalización de los grupos poblacionales más vulnerables, así como para el aseguramiento y seguimiento a dicho régimen por parte de estos municipios, lo que trae consigo deficiencias en la afiliación de un mayor número de personas, evidenciando que el análisis de estas variables no es utilizado para la toma de decisiones que mejoren el sistema de salud en el territorio nacional, además este estudio muestra técnicas comparativas que permiten analizar datos financieros y no financieros, útiles para el presente estudio.

Por otra parte el estudio “El Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia”, liderado por Jorge Enrique Sánchez, en el 2012, con el apoyo de Superintendencia de Industria y Comercio & Delegatura de Protección de la Competencia, tuvo el propósito de estudiar el funcionamiento y estructura de los mercados de aseguramiento en salud, partiendo desde la descripción de la estructura del sistema General de Seguridad Social de acuerdo con la ley 100 de 1993.

En este estudio, se destaca que en Colombia el mercado de aseguramiento en Salud es de competencia regulada, además se determina que tanto el régimen contributivo como el subsidiado, se encuentran altamente concentrados en el ámbito departamental. Las Eps y Eps-S ostentan posición de dominio, la cual no es cuestionable según las normas de competencia, pero si debe ser objeto de vigilancia permanente dado su impacto social y financiero para el país (Sánchez, Jorge Enrique, 2012). El estudio brinda una guía de la estructura del Sistema General de Seguridad Social desde un punto de vista aplicado, que permite evidenciar de forma clara algunas de las falencias que presenta el sistema, ocasionando diferentes alteraciones en la prestación del servicio.

Desde otro punto de vista, Bardey D., Meléndez, Maldonado, & Ramírez (2013), desarrollaron un estudio con el objeto de hacer un análisis bibliográfico referente al funcionamiento de la competencia en el sector de la salud cuando se encuentra organizado

alrededor de una managed care competition. En este, se destacan los incentivos que enfrentan los agentes del sector, las diferentes formas de organización industrial y los diferentes esquemas de competencia, concluyendo que la organización actual del sector salud en Colombia, se encuentra sustentado en los principios de Managed Care Competition de acuerdo con la estructura trazada por la ley 100 de 1993, presentando debilidad en la competencia en calidad (Bardey D. , Meléndez, Maldonado, & Ramírez, 2013).

Los autores en sus análisis hacen referencia a un modelo en el que se reduzca el monto de las UPC recibidas por la Eps, accediendo a la competencia por primas de disminución, metodología que permitiría a las Eps con más eficiencia cobrar primas más económicas a sus afiliados. Este estudio ofrece una guía para el mejoramiento organizacional del sistema, donde se plantea un modelo de financiamiento diferente al actual, tomando los indicadores de gestión como una base fundamental para el financiamiento del sistema, basado en resultados y no en UPC, destacando la importancia del análisis de los indicadores de calidad de las Eps, tema del actual estudio.

Naranjo & Mendoza Bustos (2014), realizaron un estudio, contando con la participación de seis Eps de la ciudad de Cali, aplicando técnicas propias de una investigación aplicada- descriptiva, tomando como base información suministrada por la Superintendencia de Sociedades, Superintendencia Nacional de Salud y estadísticas del DANE.

Evidenciaron el difícil recobro al Fosyga que afecta a las Eps, ya que un 55,73% del total de activos corresponde a las cuentas por cobrar a clientes, además de una alta deficiencia en el recobro, esto se afirma debido a la diferencia entre el ciclo de pagos a proveedores y la recuperación de cartera, generando endeudamiento de las Entidades Promotoras de Salud, el cual se ve reflejado en una disminución de la calidad de atención, como la falta de disponibilidad de nómina competente y adecuada para la demanda y/o la infraestructura deficiente para la prestación

de los servicios. Este análisis, demuestra la fuerte relación que existe entre una correcta administración de los recursos y el mejoramiento de la atención a los usuarios, ya que el difícil manejo de los recobros genera una problemática de liquidez, impactando la disponibilidad de los recursos para la atención de los usuarios y por ende su satisfacción del servicio.

En el contexto internacional se destaca el modelo Suizo, el cual preentea diferencias en los sistemas aplicados dentro del territorio, puesto que cada cantón es autónomo en la aplicación del modelo de seguridad social, dentro de una línea general definida por los mandatos gubernamentales. Este modelo está centrado en el aseguramiento de todas las personas que habitan en el país, sin discriminación de su nacionalidad. La cobertura comprende: enfermedades familiares, pensiones de jubilación, invalidez, pérdida de conyuge, además de seguros contra accidentes, laborales y no laborales. El modelo de financiación del sistema de seguridad social Suizo, tiene similitud con el Colombiano, en la cotización que efectúa tanto trabajadores como empresarios. Las cifras reflejan que la atención médica brindada cumple con parámetros de calidad, reflejada en los indicadores de longevidad, siendo uno de los más altos del mundo, así mismo, se cuenta con equipos médicos de última tecnología, distribuidos en más de 298 hospitales para una demanda de ocho millones de habitantes, lo cual es un número alto de oferta asistencial. Como ventaja de acceso y adquisición de medicamentos, Suiza cuenta con líderes de la industria farmacéutica y de la salud, como los laboratorios Roche y Novartis (Forissier, 2016).

## **2.2 Marco Teórico**

El aseguramiento de la calidad en el sistema de salud colombiano se encuentra definido normativamente por el Decreto 2174 (Presidencia de la República, 1996), en el cual se integra a todos los prestadores y aseguradores de servicios de salud, al igual que a las actividades de

promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dentro de las características de calidad se encuentra definidas: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, y la racionalidad técnica; adicionalmente se destaca la competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Ahondando en la calidad como elemento esencial de la investigación, la cual se define como la prestación de servicios de salud de forma asequible, equitativa y en condiciones óptimas, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios, la cual debe estar relacionada con la oportunidad en la atención de los afiliados.

Hablar sobre calidad en salud pública es un tema bastante amplio con suficiente material bibliográfico, difícil de abarcar en su totalidad en un estudio como este, sin embargo, lo que se pretende a través de este marco teórico es tener una referencia mínima pero suficiente para contextualizar el tema en estudio frente a los principales hitos históricos. De acuerdo a lo anterior, se resalta la temática expuesta por un personaje que ha sido influyente en la calidad de la Salud Pública.

Avedis Donabedian, realizó aportes de conocimiento dentro de las ciencias de la salud y se enfocó en la mejora de la calidad asistencial. Desarrolló el enfoque de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad en la atención en salud. (Fundación Avedis Donabedian, 2017).

### **2.2.1 Calidad de la atención en Salud**

Según Donabedian, la calidad asistencial tiene tres componentes que se complementan entre sí. El primero es el técnico, que comprende la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de la patología en el paciente, con la finalidad del máximo beneficio sin aumentar con ello

sus riesgos. En segundo lugar, se encuentra el interpersonal, el cual tiene como fundamento la relación entre las personas la cual debe ser guiada por las normas y valores sociales que guía la interacción de los individuos en general, donde se encuentran ciertas diferencias según los conceptos éticos de los profesionales y las expectativas o aspiraciones de cada uno. Y, por último, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, que son todos los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más cómoda (Presidencia de la República, 2006).

En este sentido, Donabedian afirma que la calidad de la atención está relacionada con el máximo y más completo bienestar del paciente después de hacer el balance de ganancias y pérdidas que acompañen el proceso.

### 2.3 Marco Legal

Dentro de la propuesta de investigación el aspecto normativo presenta relevancia, como factor determinante de la calidad de la atención en salud, puesto que las entidades adscritas al SGSSS deben cumplir a cabalidad únicamente lo que la Ley ordena. (Ver tabla 1)

Tabla 1.  
Normatividad del Sistema de Salud Colombiano

Norma	Año	Objeto
<b>Ley 100</b>	1993	Se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
<b>Ley 715</b>	2001	Dicta 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.
<b>Ley 1122</b>	2007	Ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las

Norma	Año	Objeto
		funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
<b>Ley 1438</b>	2011	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país
<b>Ley 1751</b>	2015	Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
<b>Decreto 1011</b>	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>Decreto 903</b>	2014	Dicta disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.
<b>Decreto 780</b>	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social
<b>Resolución 1446</b>	2006	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”
<b>Resolución 4343</b>	2012	Por medio de la cual se unifica la regulación respecto de los lineamientos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y se dictan otras disposiciones.
<b>Resolución 2003</b>	2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
<b>Resolución 2082</b>	2014	Dicta disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
<b>Resolución 6055</b>	2016	Define la integración y las disposiciones relacionadas con el funcionamiento del Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación.
<b>Resolución 429</b>	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
<b>Resolución 256</b>	2016	Dicta disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

<b>Norma</b>	<b>Año</b>	<b>Objeto</b>
<b>Resolución 1441</b>	2016	Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones
<b>Circular 056</b>	2009	Sistema de Indicadores de alerta temprana.

Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017)

### 3. Marco Metodológico

Para el desarrollo del estudio, se aplicó el tipo de investigación analítica y comparativa (Bunge, 1981), dado que se realizó un análisis de datos de las Eps que lideran el ranking a nivel nacional y a su vez se comparó el comportamiento de estos indicadores entre el grupo de Eps seleccionadas. El enfoque utilizado fue cuantitativo, debido a que la información requerida corresponde a los indicadores de calidad de las Eps, los cuales son recopilados por la Superintendencia Nacional de Salud – Supersalud y se encuentran disponibles en su página.

#### 3.1 Diseño

El análisis de calidad de las Eps seleccionadas, se basó en los indicadores de obligatorio reporte según la Resolución 1446 de 2006. El desempeño y análisis de datos se construyó con la batería de 19 indicadores suministrados por la Superintendencia Nacional de Salud, - los cuales se agrupan en las dimensiones: Oportunidad, Satisfacción y Acceso -, y permitió dar respuesta a la problemática identificada además de facilitar la ponderación de los factores que inciden en ella

#### 3.2 Población

La población objeto de la investigación correspondió a las Entidades Promotoras de Salud (Eps) del territorio nacional que cumplen con el reporte de indicadores del periodo comprendido entre el año 2011 y 2016.

Estas entidades deben responder a tres obligaciones normativas: la Ley 1438 de 2011; el Decreto 1011 de 2006; y la Resolución 4343 de 2012. La primera, reformó el Sistema de Seguridad Social en Salud, creando el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores según el cual le exige al Ministerio de Salud y Protección Social la elaboración de un Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA) que debe, entre otros, monitorear y calificar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) (Ministerio de Salud, 2017).

Por otra parte, el Decreto 1011 de 2006, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud SOGCS, con propósitos como la contribución en la referenciación competitiva de los servicios de las EAPB y la orientación de la población general para la selección de esta, según comportamiento como actor del SGSSS. (Ministerio de Salud, 2017).

Finalmente, la Resolución 4343 de 2012, unificó la regulación de la carta de derechos y deberes, y de la carta de desempeño y exigió a las EAPB presentar una carta de desempeño a sus usuarios, que debe contener el posicionamiento de la entidad en el ranking de satisfacción. (Ministerio de Salud, 2017).

### **3.3 Muestra**

Para el establecimiento de la muestra se definieron las Entidades Promotoras de Salud (Eps) que tienen cobertura nacional y que se encuentran en los 5 primeros lugares del ranking de satisfacción presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social para el año 2017, las cuales son: Eps Suramericana S.A., Sanitas Eps S.A., Aliansalud Eps, Nueva Eps y Compensar Eps. (Matajira, Barney, Bonnet, & Escobar, 2017)

En la tabla 2 se muestra la población de usuarios por Eps, del grupo descrito anteriormente, la cual representa 8.769.240 afiliados.

Tabla 2.  
Población afiliada

Eps	Número Afiliados 2017
Eps Suramericana S.A.	2.363.665
Sanitas S.A.	1.856.983
Aliansalud E.P.S	206.370
Nueva Eps	3.112.314
Compensar Eps	1.229.908
<b>Total</b>	<b>8.769.240</b>

Tomado de: (Supersalud, 2017)

#### 4. Presentación y Análisis de Resultados

Esta sección comprende el análisis normativo y de los indicadores de calidad, gracias al cual se establecen limitantes, tendencias y desempeño de las Eps.

##### 4.1 Normatividad legal para el reporte y seguimiento de indicadores de calidad de las Eps.

En Colombia existen obligaciones normativas que estipulan el seguimiento de las Entidades Promotoras de Salud del País por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, el cual se realiza a través de un reporte que deben presentar cada una de las EPS semestralmente con los indicadores establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social.

Este reporte hace parte del Sistema de Información para la Calidad, SIC, el cual permite cumplir con cuatro objetivos básicos (Decreto 1011, 2006):

**Monitorear:** permite hacer seguimiento a la calidad de los servicios por parte de cada uno de los actores del sistema de salud.

**Orientar:** apoyar a los usuarios en la selección de las EAPB y/o IPS basándose en resultados de la calidad de cada una.

Referenciar: Mostrar un punto de referencia de la competencia entre EAPB e IPS que incentive a una mejora en la calidad de la prestación del servicio.

Estimular: Propende en apoyo e incentivos por la calidad basada en hechos y datos.

A continuación, se relacionan y se explican las principales obligaciones normativas que rigen el Sistema de Información para la Calidad de Salud en Colombia:

- Ley 1438 de 2011.
- Decreto 1011 de 2006
- Resolución 1446 de 2006
- Resolución 4343 de 2012

#### **4.1.1 Ley 1438 de 2011.**

El objetivo de la Ley 1438 es el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que permita la interacción del Estado, la EAPB y los afiliados, con el fin de crear un ambiente sano y saludable mediante la prestación de servicios de mayor calidad que beneficie a la población colombiana.

Además en el artículo 107 se encuentran los requerimientos mínimos que debe contener el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, para que sus resultados puedan ser evaluados; y en el artículo 108, se establece que las Eps, Eps-s e Ips deben presentar indicadores que permita a los ciudadanos contar con información objetiva al momento de realizar la elección de sus prestadores de servicio (Ley 1438, 2011).

#### 4.1.2 Decreto 1011 de 2006

En este decreto, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) y en su Artículo 45 responsabiliza al Ministerio de Salud y Protección Social para el diseño e implementación de un Sistema de Información para la Calidad que permita orientar a la población colombiana sobre los derechos, deberes y niveles de calidad de los Prestadores de Servicio de Salud y de las EAPB contemplados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011, 2006).

#### 4.1.3 Resolución 1446 de 2006

En esta resolución se explica a fondo el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud tanto para las Ips como para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en las que se encuentran agrupadas las Eps y las Eps-s.

En la tabla 3, se relacionan los indicadores de obligatorio reporte para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la agrupación de estos, según los cuatro dominios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, los cuales son: Accesibilidad/oportunidad, Calidad técnica, Gerencia del Riesgo y Satisfacción/Lealtad.

Tabla 3.  
Indicadores del Nivel de Monitoría del Sistema

Dominio	IPSS	EAPB
1. Accesibilidad / Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
	(2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	(2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
	(3) Proporción de cancelación de cirugía programada	(3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S

	(4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
<b>2. Calidad Técnica</b>	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<b>3. Gerencia Del Riesgo</b>	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
<b>4. Satisfacción / Lealtad</b>	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

#### 4.1.4 Resolución 4343 de 2012.

La Resolución 4343 define los lineamientos que deben cumplir las Eps del régimen contributivo y subsidiado del territorio nacional, concerniente a la carta de derechos y deberes del paciente, así como la carta de desempeño, que permite a la población tomar decisiones acertadas al ejercer sus derechos y deberes.

Puntualmente en el capítulo III de esta resolución, en el artículo 5, se establece el contenido de la Carta de desempeño, que incluye la presentación de los indicadores de calidad de la EPS e IPS que hacen parte de su red, reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, al igual que la ubicación en el ranking tanto de la EPS como de las IPS que hacen parte de su red. Lo anterior, debe ser publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social en su página Web para conocimiento de la población interesada (Resolución 4343, 2012).

Definiendo las bases legales que tiene el Sistema de Información para la Calidad de Salud en Colombia, se evidencia la importancia del control y seguimiento de los mismos, para la mejora continua del sistema de Salud, no sólo como cumplimiento de una normatividad sino como aporte para el mejoramiento de las condiciones de Salud de la Población Colombiana, por esta razón al realizar un análisis comparativo de los indicadores de calidad es posible identificar oportunidades de mejora para el sistema que impactan a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio como a su población afiliada.

#### 4.2 Análisis de indicadores

Para el análisis comparativo, se tomaron los datos de indicadores reportados durante los años 2011 a 2016, por las Eps que lideraron el Ranking 2017, en la Tabla 4 se pueden observar los puntajes obtenidos por las Eps, siendo el primer lugar para Eps Suramericana, seguido por Sanitas, Aliansalud, Nueva Eps y por último Compensar Eps.

Tabla 4.  
Ranking Eps 2017

Eps	Puntaje
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	75,9
<b>Sanitas S.A.</b>	67,5
<b>Aliansalud E.P.S</b>	65,4
<b>Nueva Eps</b>	59,1
<b>Compensar Eps</b>	58,6

Tomado de: (Matajira, Barney, Bonnet, & Escobar, 2017)

El análisis de los indicadores se presenta agrupado en los cuatro dominios definidos en la Resolución 1446 de 2006 establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, los cuales son:

**Accesibilidad/oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar y obtener los servicios de salud que requiere, sin que se presenten retrasos que comprometan su vida o su salud. Esta característica se relaciona 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. Bajo este dominio se encuentran definidos 8 indicadores, que se mencionan a continuación:

- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
- Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S
- Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS
- Oportunidad en la realización de cirugía programada
- Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General
- Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
- Oportunidad de la referencia en la EAPB

**Calidad técnica:** Mediante este dominio se determina si procesos críticos para la atención del paciente se han desarrollado correctamente. Bajo este dominio se encuentran definido los siguientes indicadores:

- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
- Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino

**Gerencia del Riesgo:** Este dominio identifica en qué medida los procesos de atención se han dado con calidad de la atención del paciente no internado, más específicamente de la eficiencia y efectividad de la red de atención. En este dominio se estructuraron los siguientes indicadores:

- Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo
- Razón de Mortalidad Materna

**Satisfacción/Lealtad:** Bajo este dominio se evalúa en qué medida la atención en salud ha generado una satisfacción en el usuario generando lealtad en el mismo. Los indicadores definidos en este dominio son:

- Tasa de Satisfacción Global
- Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
- Tasa de Traslados desde la EAPB

#### 4.2.1 Accesibilidad /Oportunidad

##### 4.2.1.1 Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General

La medición del indicador de oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General está definida en días, siendo el comportamiento ideal cuando tiende a cero, según el Ministerio de Salud y Protección Social como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5.

Ficha técnica Indicador E.1.1

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
<b>Código</b>	E.1.1
<b>Justificación</b>	La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando

	decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. 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.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
<b>Unidad de Medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador
<b>Estándar meta</b>	3

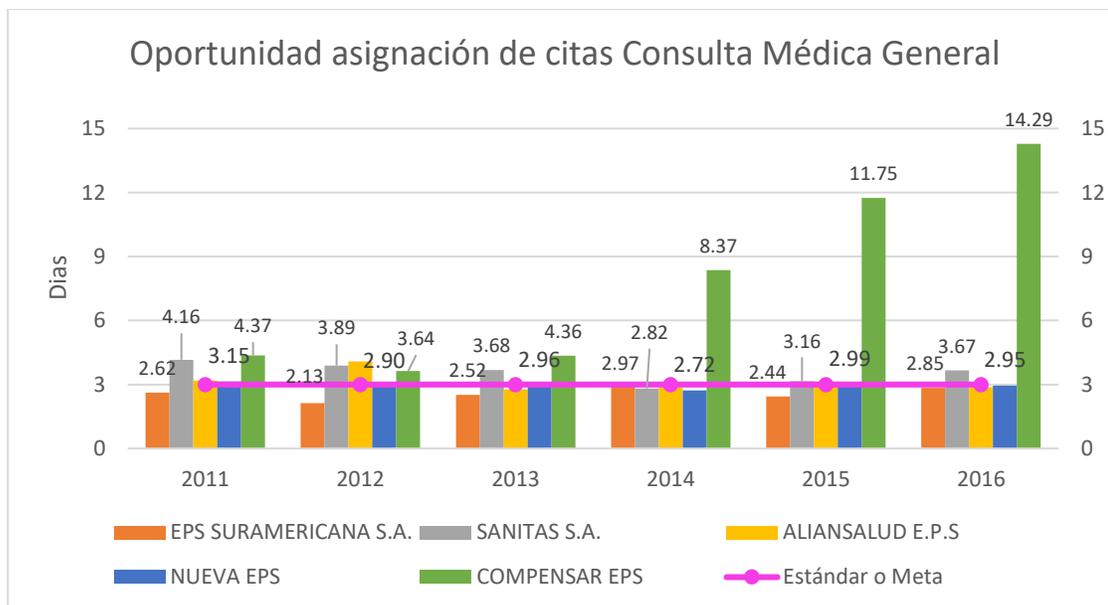
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 6.

*Indicadores de Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General*

<b>Año</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Estándar o Meta</b>	3	3	3	3	3	3
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	2,62	2,13	2,52	2,97	2,44	2,85
<b>Sanitas S.A.</b>	4,16	3,89	3,68	2,82	3,16	3,67
<b>Aliansalud E.P.S</b>	3,18	4,08	2,77	2,86	3,14	2,88
<b>Nueva Eps</b>	3,15	2,90	2,96	2,72	2,99	2,95
<b>Compensar Eps</b>	4,37	3,64	4,36	8,37	11,75	14,29

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 1. Comportamiento Indicador “Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General”  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 7.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.1

**Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		4,0090
<b>Mediana</b>		3,0650
<b>Moda</b>		2,13

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 6 se muestran los datos reportados del indicador Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General, y en la Gráfica 1 se observa el comportamiento en el transcurso de los 6 años de manera estable en cuatro de las cinco Eps analizadas, a diferencia de Compensar Eps, que evidencia un aumento significativo en los días de asignación de citas para consulta de medicina general en los últimos tres años (14 días), sin alcanzar la meta de 3 días en la asignación de éstas citas, lo que evidencia falta de acciones correctivas eficaces, que permitan un acceso a la

atención en salud de sus afiliados de manera oportuna, ya que se debe resaltar que este indicador es sobre la oportunidad de medicina general, el servicio que antecede a servicios de mayor complejidad y que previene y controla el deterioro de la salud de los pacientes con enfermedades en un nivel de complejidad bajo, pero que puede aumentar sin la atención oportuna.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento con asimetría positiva, ya que la media es de 4,0 días, estando superior al límite establecido en la meta de 3 días. La mediana de 3,06 días permite observar que un 50% de los datos reportados para este indicador estuvieron dentro de la meta establecida, logrando cumplir el estándar, con una moda de 2,13 días (Tabla 7). Para este indicador los 30 datos reportados son de valores diferentes, por lo cual la frecuencia de los mismos es igual en todos, es decir 1, ver Tabla 8.

Tabla 8.  
Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	2,13	1	3,3	3,3	3,3
	2,44	1	3,3	3,3	6,7
	2,52	1	3,3	3,3	10,0
	2,62	1	3,3	3,3	13,3
	2,72	1	3,3	3,3	16,7
	2,77	1	3,3	3,3	20,0
	2,82	1	3,3	3,3	23,3
	2,85	1	3,3	3,3	26,7
	2,86	1	3,3	3,3	30,0
	2,88	1	3,3	3,3	33,3
	2,90	1	3,3	3,3	36,7
	2,95	1	3,3	3,3	40,0
	2,96	1	3,3	3,3	43,3
	2,97	1	3,3	3,3	46,7
	2,99	1	3,3	3,3	50,0
	3,14	1	3,3	3,3	53,3
3,15	1	3,3	3,3	56,7	

3,16	1	3,3	3,3	60,0
3,18	1	3,3	3,3	63,3
3,64	1	3,3	3,3	66,7
3,67	1	3,3	3,3	70,0
3,68	1	3,3	3,3	73,3
3,89	1	3,3	3,3	76,7
4,08	1	3,3	3,3	80,0
4,16	1	3,3	3,3	83,3
4,36	1	3,3	3,3	86,7
4,37	1	3,3	3,3	90,0
8,37	1	3,3	3,3	93,3
11,75	1	3,3	3,3	96,7
14,29	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### ***4.2.1.2 Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada***

El indicador de oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Medicina especializada

E.1.2, para su correcto control y seguimiento, se encuentra segmentado de la siguiente manera:

- E.1.2.1. Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Medicina Interna
- E.1.2.2. Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Ginecobstetricia
- E.1.2.3. Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Pediatría
- E.1.2.4. Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Cirugía General

La Tabla 9, Tabla 13, Tabla 17 y Tabla 21 contienen la definición de cada indicador y su estructura de cálculo según lo estipulado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la unidad de medición de estos indicadores es en días, donde el comportamiento ideal tiende a cero, y de acuerdo con la prioridad del tipo de servicio, se establecen metas diferentes para cada tipo de consulta, en el caso de la consulta de Medicina interna la meta se encuentra estipulada como menor a 30 días.

Tabla 9.

Ficha técnica Indicador E.1.2.1.

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Medicina Interna
<b>Código</b>	E.1.2.1
<b>Justificación</b>	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutoria 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. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	<30

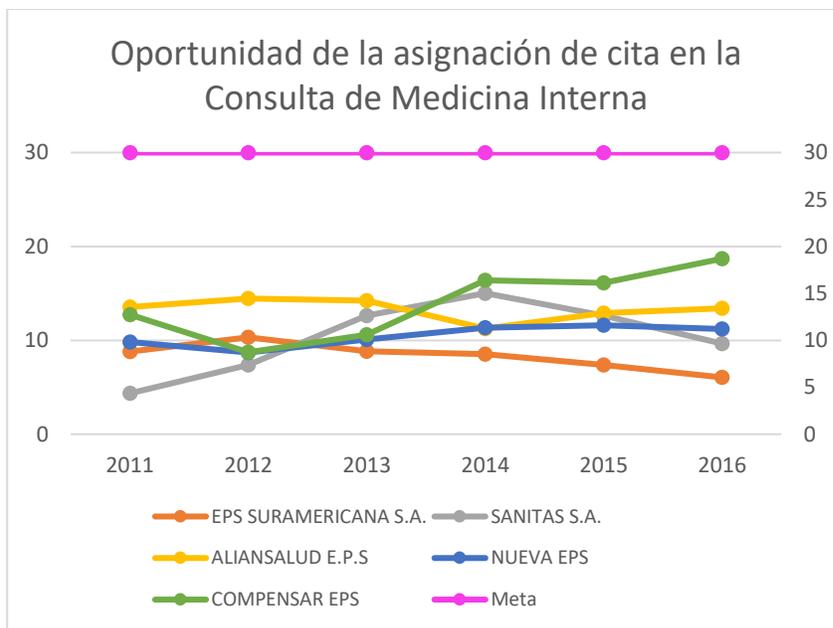
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 10.

Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Medicina Interna

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	30	30	30	30	30	30
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	8,82	10,32	8,83	8,55	7,37	6,05
<b>Sanitas S.A.</b>	4,36	7,37	12,62	15,02	12,64	9,64
<b>Aliansalud E.P.S</b>	13,53	14,45	14,22	11,25	12,89	13,42
<b>Nueva Eps</b>	9,82	8,70	10,10	11,34	11,60	11,21
<b>Compensar Eps</b>	12,73	8,73	10,59	16,40	16,13	18,69

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 2. Comportamiento Indicador “Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Medicina Interna”  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 11.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.1.

**Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		11,2463
<b>Mediana</b>		11,2300
<b>Moda</b>		7,37

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 10 y Gráfica 2 se observa el comportamiento del indicador de Oportunidad de la asignación de citas en la Consulta de Medicina Interna, el cual se encuentra estandarizado a un tiempo de respuesta máximo de 30 días. Se evidencia cumplimiento en cada uno de los años analizados por parte de las cinco Eps, sin embargo, se resalta el comportamiento de la Eps Suramericana con tendencia al mejoramiento de este tiempo, ya que en los primeros años los tiempos de oportunidad se encontraban alrededor de los 10 días y en el último periodo demuestran

una reducción cercana a los 5 días, evidenciando que los controles del Sistema de Gestión de Calidad buscan mejorar los servicios y el acceso a los mismos.

Caso contrario se observa en la Eps Compensar que en su periodo inicial de análisis muestra una oportunidad de 12 días y en el periodo final llegó a estar a 18 días. Aunque se encuentra por debajo de la meta establecida por el Ministerio, tienen una tendencia de aumento en el indicador de oportunidad en citas de Medicina Interna.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 11,24 días, estando inferior al límite establecido en la meta de 30 días. La mediana de 11,23 días permite observar que un 100% de los datos reportados para este indicador estuvieron dentro de la meta establecida, logrando cumplir el estándar, con una moda de 7,37 días (Tabla 11), se observa que el valor de la moda es distante de la media y mediana, se debe a que la frecuencia de los 30 datos en su mayoría es 1, sólo el dato de 7,37 día tiene una frecuencia de 2 que representa un 6,6% como se puede observar en la Tabla 12.

Tabla 12.

Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	4,36	1	3,3	3,3	3,3
	6,05	1	3,3	3,3	6,7
	7,37	2	6,7	6,7	13,3
	8,55	1	3,3	3,3	16,7
	8,70	1	3,3	3,3	20,0
	8,73	1	3,3	3,3	23,3
	8,82	1	3,3	3,3	26,7
	8,83	1	3,3	3,3	30,0
	9,64	1	3,3	3,3	33,3
	9,82	1	3,3	3,3	36,7
	10,10	1	3,3	3,3	40,0
	10,32	1	3,3	3,3	43,3
	10,59	1	3,3	3,3	46,7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
11,21	1	3,3	3,3	50,0
11,25	1	3,3	3,3	53,3
11,34	1	3,3	3,3	56,7
11,60	1	3,3	3,3	60,0
12,62	1	3,3	3,3	63,3
12,64	1	3,3	3,3	66,7
12,73	1	3,3	3,3	70,0
12,89	1	3,3	3,3	73,3
13,42	1	3,3	3,3	76,7
13,53	1	3,3	3,3	80,0
14,22	1	3,3	3,3	83,3
14,45	1	3,3	3,3	86,7
15,02	1	3,3	3,3	90,0
16,13	1	3,3	3,3	93,3
16,40	1	3,3	3,3	96,7
18,69	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 13 se muestra la definición del indicador Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Ginecobstetricia, para el cual el comportamiento ideal ocurre cuando tiende a cero, sin embargo, no tiene establecido un periodo mínimo estándar, sino que se debe definir con base en el comportamiento de este.

Tabla 13.

Ficha técnica Indicador E.1.2.2

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Ginecobstetricia
<b>Código</b>	E.1.2.2
<b>Justificación</b>	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas y la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.

<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

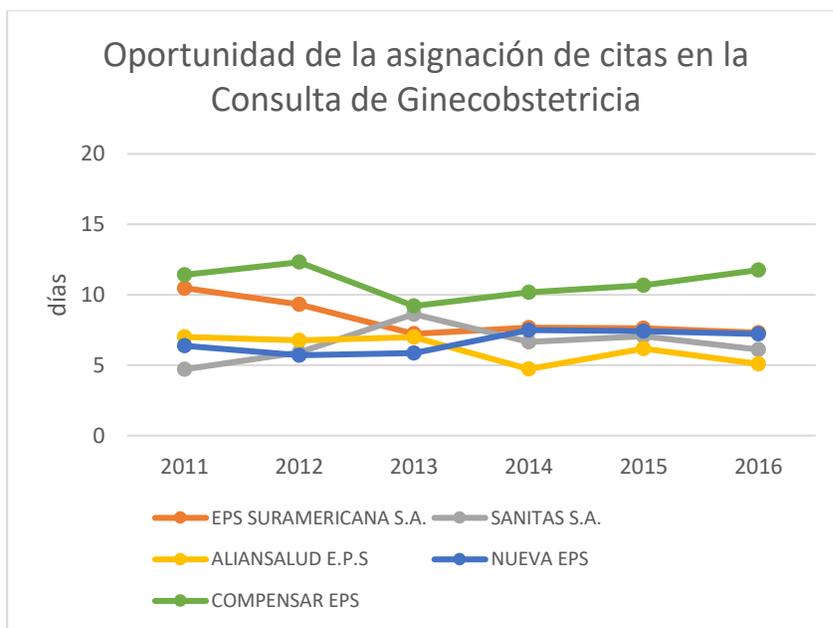
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 14.

Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	10,48	9,32	7,23	7,67	7,61	7,29
<b>Sanitas S.A.</b>	4,70	5,91	8,62	6,64	7,06	6,12
<b>Aliansalud E.P.S</b>	7,00	6,75	6,99	4,72	6,18	5,08
<b>Nueva Eps</b>	6,38	5,70	5,86	7,49	7,43	7,20
<b>Compensar Eps</b>	11,42	12,31	9,20	10,18	10,66	11,76

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 3. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia

Tomado de: Elaboración propia

Tabla 15.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.2

**Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		7,6987
<b>Mediana</b>		7,2150
<b>Moda</b>		4,70

Tomado de: Elaboración propia

La Tabla 14 y Gráfica 3 muestran el comportamiento en el tiempo de oportunidad de la asignación de citas de Ginecobstetricia, con comportamiento estables en la mayoría de los periodos por Eps, agrupados en un intervalo entre 4,7 a 12,3 días para la asignación de la cita. Es preciso destacar que la Eps con mayor tiempo de espera para la asignación de la cita fue Compensar Eps en todos los periodos, teniendo un promedio de 11 días.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 7,69 días. La mediana de 7,21 días permite observar que un 100% de los datos reportados para este indicador presentaron un comportamiento estable, con una moda de 4,7 días (Tabla 15), se observa que el valor de la moda es distante de la media y mediana, se debe a que la frecuencia de los 30 datos analizados es 1, por lo tanto se toma el valor inferior analizado, ver Tabla 16.

Tabla 16.  
Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Ginecobstetricia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	4,70	1	3,3	3,3
	4,72	1	3,3	6,7
	5,08	1	3,3	10,0
	5,70	1	3,3	13,3
	5,86	1	3,3	16,7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
5,91	1	3,3	3,3	20,0
6,12	1	3,3	3,3	23,3
6,18	1	3,3	3,3	26,7
6,38	1	3,3	3,3	30,0
6,64	1	3,3	3,3	33,3
6,75	1	3,3	3,3	36,7
6,99	1	3,3	3,3	40,0
7,00	1	3,3	3,3	43,3
7,06	1	3,3	3,3	46,7
7,20	1	3,3	3,3	50,0
7,23	1	3,3	3,3	53,3
7,29	1	3,3	3,3	56,7
7,43	1	3,3	3,3	60,0
7,49	1	3,3	3,3	63,3
7,61	1	3,3	3,3	66,7
7,67	1	3,3	3,3	70,0
8,62	1	3,3	3,3	73,3
9,20	1	3,3	3,3	76,7
9,32	1	3,3	3,3	80,0
10,18	1	3,3	3,3	83,3
10,48	1	3,3	3,3	86,7
10,66	1	3,3	3,3	90,0
11,42	1	3,3	3,3	93,3
11,76	1	3,3	3,3	96,7
12,31	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 17 se muestra la definición del indicador Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Pediatría, el comportamiento ideal de este indicador es cuando tiende a cero, aunque se encuentra definido el periodo máximo estándar en 5 días para la asignación de las citas.

Tabla 17.

Ficha técnica Indicador E.1.2.3

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Pediatría
<b>Código</b>	E.1.2.3
<b>Justificación</b>	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutoria 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. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	<5

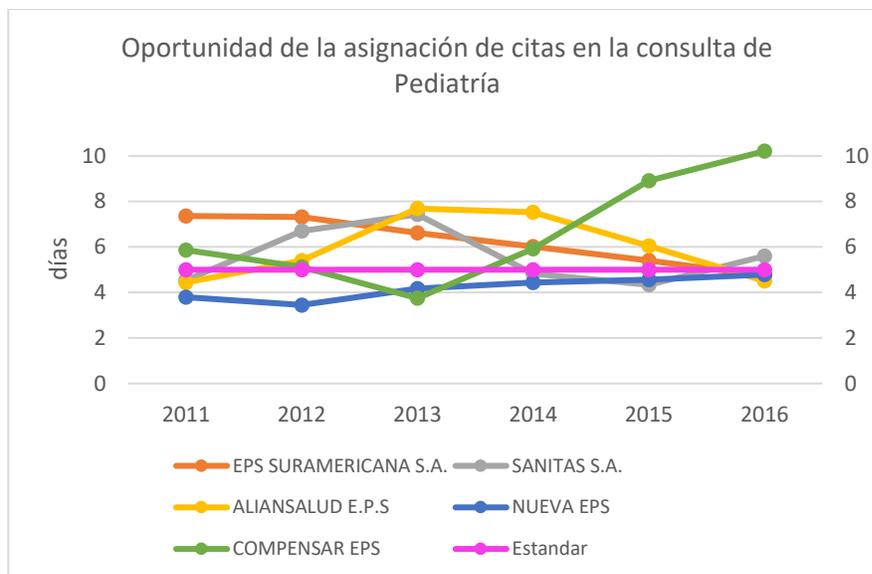
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 18.

Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	5	5	5	5	5	5
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	7,36	7,32	6,62	6,02	5,41	4,74
<b>Sanitas S.A.</b>	4,54	6,71	7,43	4,83	4,34	5,59
<b>Aliansalud E.P.S</b>	4,44	5,40	7,69	7,53	6,04	4,51
<b>Nueva Eps</b>	3,79	3,45	4,17	4,43	4,56	4,79
<b>Compensar Eps</b>	5,87	5,13	3,75	5,92	8,92	10,21

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 4. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 19.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.3

**Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		5,7170
<b>Mediana</b>		5,4050
<b>Moda</b>		3,45

Tomado de: Elaboración propia

En la tabla anterior (Tabla 18) y Gráfica 4, se muestran los indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría, se observa un incumplimiento de la meta establecida en cuatro de las Eps analizadas en la mayoría de los años.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 5,7 días, estando superior al límite establecido en la meta de 5 días. La mediana de 5,4 días permite observar que cerca de un 50% de los datos reportados para este indicador estuvieron dentro de la meta establecida, logrando cumplir el

estándar, con una moda de 3,45 días (Tabla 19). Se observa que el valor de la moda es distante de la media y mediana, se debe a que la frecuencia de los 30 datos analizados es 1, por lo tanto, se toma el valor inferior analizado. (Ver Tabla 20)

Tabla 20.

*Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Pediatría*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	3,45	1	3,3	3,3	3,3
	3,75	1	3,3	3,3	6,7
	3,79	1	3,3	3,3	10,0
	4,17	1	3,3	3,3	13,3
	4,34	1	3,3	3,3	16,7
	4,43	1	3,3	3,3	20,0
	4,44	1	3,3	3,3	23,3
	4,51	1	3,3	3,3	26,7
	4,54	1	3,3	3,3	30,0
	4,56	1	3,3	3,3	33,3
	4,74	1	3,3	3,3	36,7
	4,79	1	3,3	3,3	40,0
	4,83	1	3,3	3,3	43,3
	5,13	1	3,3	3,3	46,7
	5,40	1	3,3	3,3	50,0
	5,41	1	3,3	3,3	53,3
	5,59	1	3,3	3,3	56,7
	5,87	1	3,3	3,3	60,0
	5,92	1	3,3	3,3	63,3
	6,02	1	3,3	3,3	66,7
	6,04	1	3,3	3,3	70,0
	6,62	1	3,3	3,3	73,3
	6,71	1	3,3	3,3	76,7
	7,32	1	3,3	3,3	80,0
	7,36	1	3,3	3,3	83,3
	7,43	1	3,3	3,3	86,7
	7,53	1	3,3	3,3	90,0
	7,69	1	3,3	3,3	93,3
	8,92	1	3,3	3,3	96,7
	10,21	1	3,3	3,3	100,0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

La Tabla 21 muestra la ficha técnica del indicador de Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Cirugía General, donde se destaca la importancia de su medición y control, la unidad de medición en días y que el estándar establecido debe ser inferior a 20 días, siendo su comportamiento ideal cuando tiende a cero.

Tabla 21.

Ficha técnica Indicador E.1.2.4

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Cirugía General
<b>Código</b>	E.1.2.4
<b>Justificación</b>	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutoria 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. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	<20

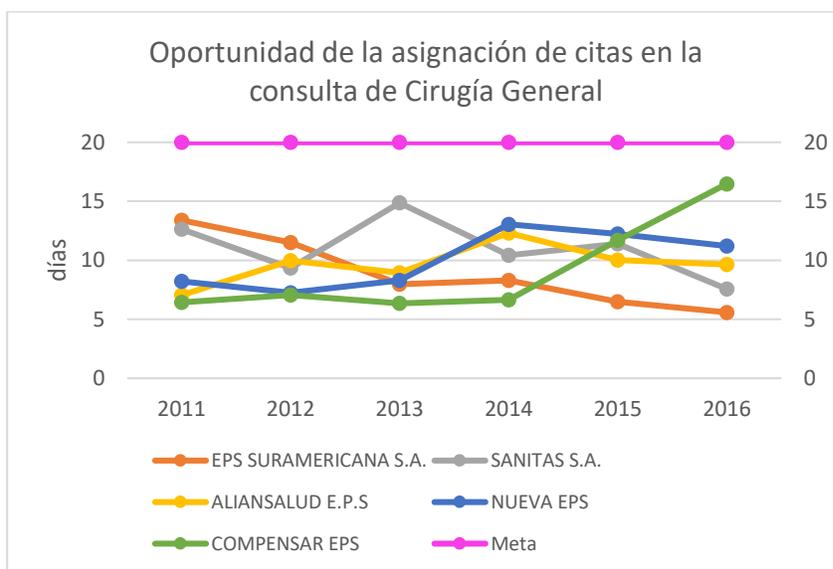
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 22.

Indicadores de Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	20	20	20	20	20	20
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	13,39	11,50	7,97	8,28	6,49	5,58
<b>Sanitas S.A.</b>	12,63	9,35	14,87	10,43	11,39	7,57
<b>Aliansalud E.P.S</b>	7,05	9,97	8,94	12,31	10,01	9,64
<b>Nueva Eps</b>	8,20	7,25	8,29	13,05	12,22	11,20
<b>Compensar Eps</b>	6,43	7,06	6,35	6,64	11,68	16,47

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 5. Comportamiento Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 23.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.2.4

**Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General**

<b>N</b>	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		9,7403
<b>Mediana</b>		9,4950
<b>Moda</b>		5,58

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 22 y Gráfica 5, se muestra el comportamiento del indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General, donde se evidencia un comportamiento de total cumplimiento por parte de las cinco Eps analizadas, y se puede observar que la Eps Suramericana demostró resultados favorables para los afiliados por su tendencia en la reducción de los tiempos de espera para la asignación de cita de Cirugía general en cada uno de los periodos analizados.

En contraste, Compensar Eps en los últimos dos años (2015 y 2016) ha demostrado una tendencia de incremento en el tiempo de espera para la asignación de las citas, disminuyendo así su oportuno acceso a los servicios de Consulta de Cirugía General, aunque todavía se encuentra por debajo del máximo tiempo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social que son 20 días.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 9,7 días. La mediana de 9,5 días permite observar que un 100% de los datos reportados para este indicador están dentro de la meta establecida, con una moda de 5,5 días (Tabla 23), se observa que el valor de la moda es distante de la media y mediana, se debe a que la frecuencia de los 30 datos analizados es 1, por lo tanto se toma el valor inferior analizado, ver **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida..**

Tabla 24.

Frecuencia Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de Cirugía General

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	5,58	1	3,3	3,3	3,3
	6,35	1	3,3	3,3	6,7
	6,43	1	3,3	3,3	10,0
	6,49	1	3,3	3,3	13,3
	6,64	1	3,3	3,3	16,7
	7,05	1	3,3	3,3	20,0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
7,06	1	3,3	3,3	23,3
7,25	1	3,3	3,3	26,7
7,57	1	3,3	3,3	30,0
7,97	1	3,3	3,3	33,3
8,20	1	3,3	3,3	36,7
8,28	1	3,3	3,3	40,0
8,29	1	3,3	3,3	43,3
8,94	1	3,3	3,3	46,7
9,35	1	3,3	3,3	50,0
9,64	1	3,3	3,3	53,3
9,97	1	3,3	3,3	56,7
10,01	1	3,3	3,3	60,0
10,43	1	3,3	3,3	63,3
11,20	1	3,3	3,3	66,7
11,39	1	3,3	3,3	70,0
11,50	1	3,3	3,3	73,3
11,68	1	3,3	3,3	76,7
12,22	1	3,3	3,3	80,0
12,31	1	3,3	3,3	83,3
12,63	1	3,3	3,3	86,7
13,05	1	3,3	3,3	90,0
13,39	1	3,3	3,3	93,3
14,87	1	3,3	3,3	96,7
16,47	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### ***4.2.1.3 Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S***

La Tabla 25 muestra la descripción técnica y justificación en la medición del indicador Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S, donde se busca identificar la probabilidad de fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención. En este caso el indicador es el valor exacto del número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios POS.

Tabla 25.

Ficha técnica Indicador E.1.3

<b>Nombre</b>	Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S
<b>Código</b>	E.1.3
<b>Justificación</b>	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 EAPB para con el afiliado. La monitorización de este indicador debe permitir identificar áreas de mejoramiento en los procesos mencionados.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios
<b>Denominador</b>	No se remitirá información sobre denominador para este indicador.
<b>Unidad de medición</b>	Número de Tutelas
<b>Factor</b>	N/A
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Ninguna
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

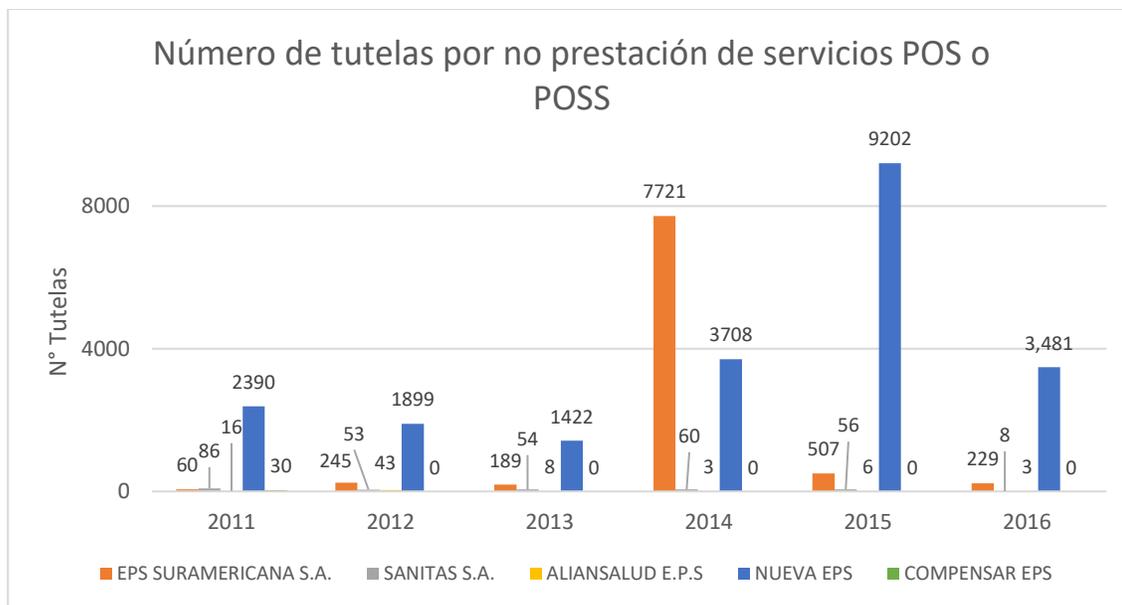
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 26.

Indicadores Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S

<b>Año</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	60	245	189	7721	507	229
<b>Sanitas S.A.</b>	86	53	54	60	56	8
<b>Aliansalud E.P.S</b>	16	43	8	3	6	3
<b>Nueva Eps</b>	2390	1899	1422	3708	9202	3.481
<b>Compensar Eps</b>	30	0	0	0	0	0

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 6. Comportamiento Indicador Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 27.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.3.

**Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS**

<b>N</b>	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		1049,30
<b>Mediana</b>		55,00
<b>Moda</b>		0

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 26 y Gráfica 6 se muestra el comportamiento del indicador Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS, donde la Nueva Eps con 3.708 tutelas para el año 2014 y Suramericana Eps con 7721, mostrando un elevado número de tutelas recibidas y falladas a favor de los usuarios, por posibles fallas en los procesos de planificación en la atención de los pacientes y posibles fallas administrativas, llevando a los afiliados a optar por recursos jurídicos para la obtención de procedimientos, medicamentos y/o tratamientos para el mejoramiento de su salud a

los cuales tienen derecho y están cubiertos económicamente por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico positivo, ya que la media es de 1.049 tutelas y la mediana de 55 tutelas, lo que permite observar una gran dispersión de los datos debido a un intervalo de valores amplio, encontrándose reporte desde 0 (cero) tutelas hasta 9.202 tutelas, con una moda de 0 tutelas debido a que tuvo una frecuencia del 16,7% de los datos analizados. Ver Tabla 27 y Tabla 28.

Tabla 28.

Frecuencia Indicador Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POSS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	0	5	16,7	16,7	16,7
	3	2	6,7	6,7	23,3
	6	1	3,3	3,3	26,7
	8	2	6,7	6,7	33,3
	16	1	3,3	3,3	36,7
	30	1	3,3	3,3	40,0
	43	1	3,3	3,3	43,3
	53	1	3,3	3,3	46,7
	54	1	3,3	3,3	50,0
	56	1	3,3	3,3	53,3
	60	2	6,7	6,7	60,0
	86	1	3,3	3,3	63,3
	189	1	3,3	3,3	66,7
	229	1	3,3	3,3	70,0
	245	1	3,3	3,3	73,3
	507	1	3,3	3,3	76,7
	1422	1	3,3	3,3	80,0
	1899	1	3,3	3,3	83,3
	2390	1	3,3	3,3	86,7
	3481	1	3,3	3,3	90,0
3708	1	3,3	3,3	93,3	
7721	1	3,3	3,3	96,7	
9202	1	3,3	3,3	100,0	

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.1.4 Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS

El indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS, muestra el grado de cumplimiento y oportunidad con que la Entidad Promotora de Salud responde a sus afiliados en lo que se refiere al suministro de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud. Este indicador se presenta como una medida porcentual y no se encuentra definido un estándar aceptable, sino que se evalúa de acuerdo con el comportamiento observado. En la Tabla 29 se encuentra la ficha técnica del indicador.

Tabla 29.

Ficha técnica Indicador E.1.4

<b>Nombre</b>	Oportunidad de entrega de medicamentos POS
<b>Código</b>	E.1.4
<b>Justificación</b>	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 quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos. Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es la complejidad de los trámites en algunas entidades promotoras de salud y el despacho incompleto de la fórmula – en tipo y cantidades. Se presume que, si el medicamento está incluido dentro del plan de beneficios, la entidad promotora de salud debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a ella. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador permitirá determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que la entidad promotora de salud responde a sus afiliados en lo que se refiere al suministro de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	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
<b>Denominador</b>	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual

<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

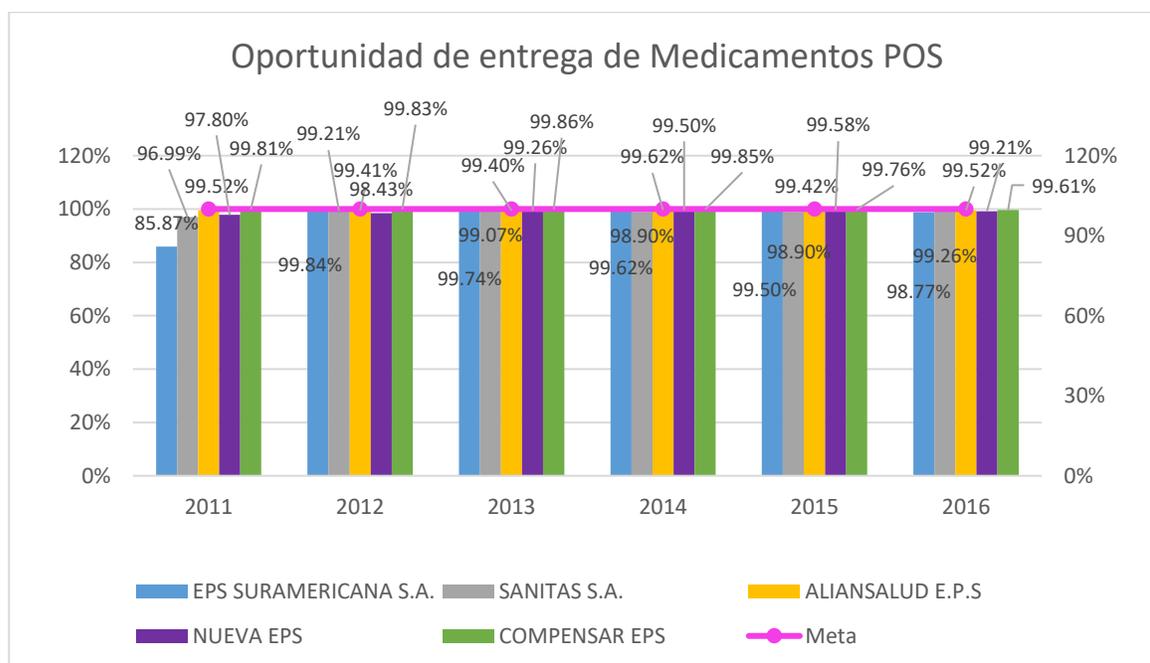
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 30.

Indicadores Oportunidad de entrega de medicamentos POS

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	85,87%	99,84%	99,74%	99,62%	99,50%	98,77%
<b>Sanitas S.A.</b>	96,99%	99,21%	99,07%	98,90%	98,90%	99,26%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	99,52%	99,41%	99,40%	99,62%	99,42%	99,52%
<b>Nueva Eps</b>	97,80%	98,43%	99,26%	99,50%	99,58%	99,21%
<b>Compensar Eps</b>	99,81%	99,83%	99,86%	99,85%	99,76%	99,61%

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 7. Comportamiento Indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS

Tomado de: Elaboración propia

Tabla 31.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.4

<b>Oportunidad de entrega de medicamentos POS</b>		
<b>N</b>	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,9887
<b>Mediana</b>		0,9900
<b>Moda</b>		0,99

Tomado de: Elaboración propia

La Tabla 30 y la Gráfica 7 se encuentra el comportamiento del Indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS, donde se destacan las 5 Eps analizadas, por su alto cumplimiento, el cual se encuentra superior al 96% en todos los periodos, excepto Eps Suramericana en el año 2011, donde se muestra un cumplimiento en la entrega oportuna de medicamento POS del 85,87%, y en los años posteriores se destaca por una mejora en este indicador.

El cumplimiento de este indicador impacta de manera satisfactoria a los afiliados y las EAPB, pues la entrega de medicamentos permite que los pacientes accedan a su tratamiento farmacológico de manera oportuna y con ello se puede disminuir el uso del servicio de urgencias de manera innecesaria, así como el uso de recursos propios de los afiliados para adquisición de medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,98, es decir 98%, con una mediana de 0,99, es decir un 99% de oportunidad en la entrega de medicamentos POS, y una moda del 0,99 (99%), según la Tabla 31. Para este indicador los 30 datos reportados concordaron, de los cuales dos presentaron mayor frecuencia el 0,99 (99%) y 1,0 (100%) que representan el 86,6% de los datos analizados, ver Tabla 32.

Tabla 32.

Frecuencia Indicador Oportunidad de entrega de medicamentos POS

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	0,86	1	3,3	3,3	3,3
	0,97	1	3,3	3,3	6,7
	0,98	2	6,7	6,7	13,3
	0,99	13	43,3	43,3	56,7
	1,00	13	43,3	43,3	100,0

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.1.5 Oportunidad en la realización de cirugía programada

El control del indicador de Oportunidad en la realización de cirugía programada muestra la capacidad resolutoria de la Eps en las diferentes patologías que se presentan, ya que su detección y atención temprana aporta en la disminución de los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, así como impactan positivamente en la moderación de los costos de no calidad producto de la No atención oportuna.

Este indicador se encuentra definido con unidad de medición en días, y su estándar de cumplimiento es máximo de 30 días, su naturaleza es tendiente a cero para la mejor oportunidad de atención a los afiliados. A continuación, en la Tabla 33 se describe la ficha técnica del indicador.

Tabla 33.

Ficha técnica Indicador E.1.5.

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la realización de cirugía programada
<b>Código</b>	E.1.5
<b>Justificación</b>	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, así como 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 de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad

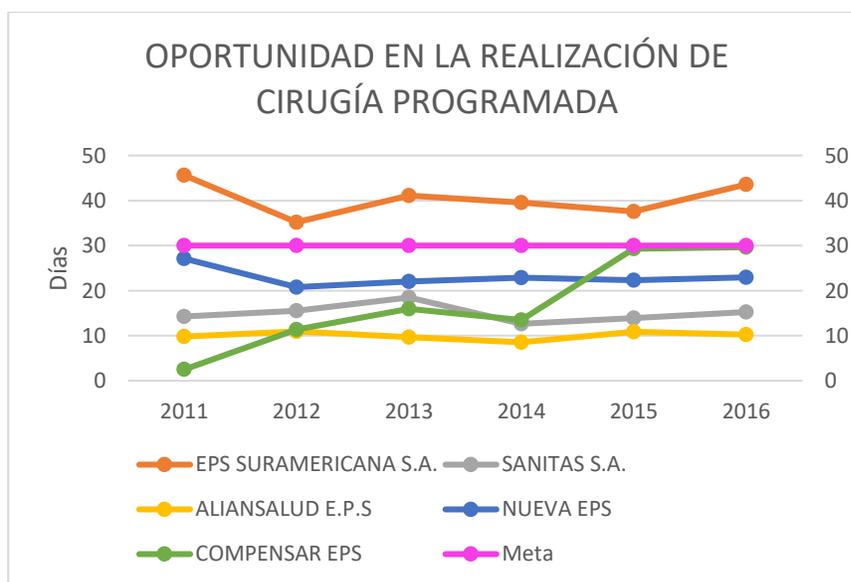
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía
<b>Denominador</b>	Número de cirugías programadas realizadas en el período
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	<30

Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 34.  
Indicadores Oportunidad en la realización de cirugía programada

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	<30	<30	<30	<30	<30	<30
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	45,61	35,19	41,09	39,55	37,59	43,59
<b>Sanitas S.A.</b>	14,24	15,52	18,49	12,64	13,90	15,28
<b>Aliansalud E.P.S</b>	9,83	10,96	9,69	8,54	10,90	10,23
<b>Nueva Eps</b>	27,12	20,79	22,04	22,90	22,31	22,96
<b>Compensar Eps</b>	2,51	11,36	15,95	13,51	29,34	29,65

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 8. Comportamiento Indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 35.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.5.

**Oportunidad en la realización de Cirugía Programada**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		21,1093
<b>Mediana</b>		17,2200
<b>Moda</b>		2,51

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 34 y Gráfica 8 se encuentran los datos para el indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada para el periodo 2011 a 2016, en la que se observa un comportamiento, en cuatro de las cinco Eps analizadas, inferior a la meta establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, resaltando un comportamiento estable de Aliansalud Eps durante todos los periodos analizados. Por el contrario, se observa que los resultados de la Eps Suramericana S.A han sido superiores a la meta establecida en todos los periodos analizados, sin demostrar tendencia a disminuir este indicador, dando a sus afiliados una inadecuada condición en la prestación del servicio de cirugía programada.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico positivo, ya que la media es de 21,1 días, estando inferior al límite establecido de espera que es de 30 días, y una mediana de 17,2 días, lo que permite observar que cerca de un 80% de los datos reportados para este indicador estuvieron dentro de la meta establecida, logrando cumplir el estándar, con una moda de 2,5 días (Tabla 35). Se observa que el valor de la moda es distante de la media y mediana, se debe a que la frecuencia de los 30 datos analizados es 1, por lo tanto, se toma el valor inferior analizado, ver Tabla 36.

Tabla 36.

Frecuencia Indicador oportunidad en la realización de cirugía programada

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	2,51	1	3,3	3,3	3,3
	8,54	1	3,3	3,3	6,7
	9,69	1	3,3	3,3	10,0
	9,83	1	3,3	3,3	13,3
	10,23	1	3,3	3,3	16,7
	10,90	1	3,3	3,3	20,0
	10,96	1	3,3	3,3	23,3
	11,36	1	3,3	3,3	26,7
	12,64	1	3,3	3,3	30,0
	13,51	1	3,3	3,3	33,3
	13,90	1	3,3	3,3	36,7
	14,24	1	3,3	3,3	40,0
	15,28	1	3,3	3,3	43,3
	15,52	1	3,3	3,3	46,7
	15,95	1	3,3	3,3	50,0
	18,49	1	3,3	3,3	53,3
	20,79	1	3,3	3,3	56,7
	22,04	1	3,3	3,3	60,0
	22,31	1	3,3	3,3	63,3
	22,90	1	3,3	3,3	66,7
	22,96	1	3,3	3,3	70,0
	27,12	1	3,3	3,3	73,3
	29,34	1	3,3	3,3	76,7
	29,65	1	3,3	3,3	80,0
	35,19	1	3,3	3,3	83,3
	37,59	1	3,3	3,3	86,7
	39,55	1	3,3	3,3	90,0
	41,09	1	3,3	3,3	93,3
	43,59	1	3,3	3,3	96,7
	45,61	1	3,3	3,3	100,0
Total		30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.1.6 Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General

El indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General busca identificar la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin retrasos que expongan la vida o salud de los afiliados, reduciendo la congestión inadecuada de servicios especializados y de urgencias.

En la Tabla 37 se muestra la ficha técnica del indicador, donde se muestra sus variables y fórmula de cálculo, para este indicador la unidad de medición se encuentra definida en días y su estándar es máximo 3 días de espera.

Tabla 37.

Ficha técnica Indicador E.1.6.

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General
<b>Código</b>	E.1.6
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en el período en la Institución

<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	<3

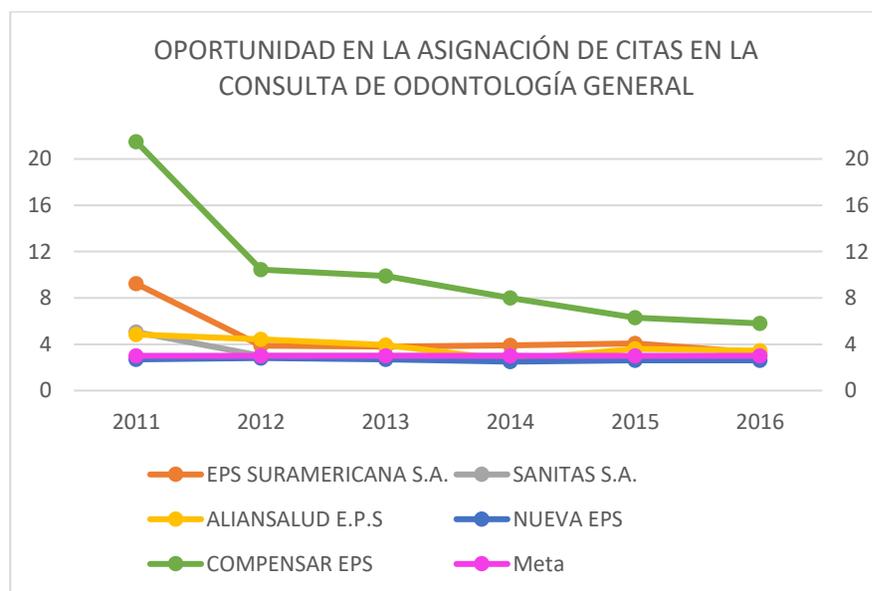
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 38.

Indicadores Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	<3	<3	<3	<3	<3	<3
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	9,23	3,87	3,79	3,90	4,07	3,27
<b>Sanitas S.A.</b>	5,05	3,00	3,00	3,00	2,74	3,00
<b>Aliansalud E.P.S</b>	4,84	4,42	3,94	2,64	3,61	3,45
<b>Nueva Eps</b>	2,68	2,81	2,70	2,50	2,61	2,61
<b>Compensar Eps</b>	21,50	10,44	9,89	8,01	6,28	5,80

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 9. Comportamiento Indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General

Tomado de: Elaboración propia

Tabla 39.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.6.

**Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología general**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		4,9550
<b>Mediana</b>		3,7000
<b>Moda</b>		3,00

Tomado de: Elaboración propia

La Tabla 38 y Gráfica 9 muestran los resultados del indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General, donde se destaca el comportamiento de Nueva Eps en todos los periodos evaluados, pues se mantuvo por debajo del estándar, aunque se encuentra cerca al máximo permitido. Por otra parte, la Eps Sanitas para el año 2011 mostraba un tiempo de espera superior al estándar, pero en los siguientes años mejoró llegando al límite de estándar permitido (3 días), lo que evidencia que las acciones tomadas para el mejoramiento del indicador han sido efectivas, y puede llegar a trabajar más en este aspecto para ofrecer una mayor oportunidad a sus afiliados en el acceso al servicio.

Las demás entidades han tenido un comportamiento similar, como es el caso de Compensar Eps, que para el año 2011 su oportunidad era de 21,5 días, un largo tiempo de espera comparado con las demás Eps, y en los periodos siguientes ha mantenido una tendencia a disminuir su tiempo de espera para el acceso a este tipo de consulta, claro está, sin llegar a cumplir con la meta establecida.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico positivo, ya que la media es de 4,9 días, estando por fuera del límite establecido de espera que es de 3 días, y una mediana de 3,7 días, con una moda de 3 días (Tabla

39). Observando el comportamiento de la frecuencia, sólo el 26,7% de los reportes realizados por las Eps cumplieron con la oportunidad en la asignación de estas citas, ver Tabla 40.

Tabla 40.

*Frecuencia Indicador oportunidad en la asignación de citas en la consulta de Odontología General*

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	2,50	1	3,3	3,3	3,3
	2,61	2	6,7	6,7	10,0
	2,64	1	3,3	3,3	13,3
	2,68	1	3,3	3,3	16,7
	2,70	1	3,3	3,3	20,0
	2,74	1	3,3	3,3	23,3
	2,81	1	3,3	3,3	26,7
	3,00	4	13,3	13,3	40,0
	3,27	1	3,3	3,3	43,3
	3,45	1	3,3	3,3	46,7
	3,61	1	3,3	3,3	50,0
	3,79	1	3,3	3,3	53,3
	3,87	1	3,3	3,3	56,7
	3,90	1	3,3	3,3	60,0
	3,94	1	3,3	3,3	63,3
	4,07	1	3,3	3,3	66,7
	4,42	1	3,3	3,3	70,0
	4,84	1	3,3	3,3	73,3
	5,05	1	3,3	3,3	76,7
	5,80	1	3,3	3,3	80,0
	6,28	1	3,3	3,3	83,3
	8,01	1	3,3	3,3	86,7
	9,23	1	3,3	3,3	90,0
	9,89	1	3,3	3,3	93,3
	10,44	1	3,3	3,3	96,7
	21,50	1	3,3	3,3	100,0
	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.1.7 Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología

La Tabla 41 muestra la ficha técnica del indicador Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología, el cual tiene como finalidad identificar el tiempo de respuesta de los aseguradores en los servicios de Imagenología, así como de su red, lo que permite medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios de Imagenología.

La unidad de medición definida es en días, mientras que su estándar no se encuentra determinado, sino que se evalúa según el comportamiento presentado.

Tabla 41.

Ficha técnica Indicador E.1.7.

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
<b>Código</b>	E.1.7
<b>Justificación</b>	<p>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.</p> <p>El tiempo de respuesta de la red de los aseguradores en la provisión de servicios de Imagenología que originan los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada EAPB y escoger proveedor de servicios de salud dentro de la red de su asegurador y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutoria de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio.
<b>Denominador</b>	Total de atenciones en servicios de Imagenología
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento
----------------------	----------------------

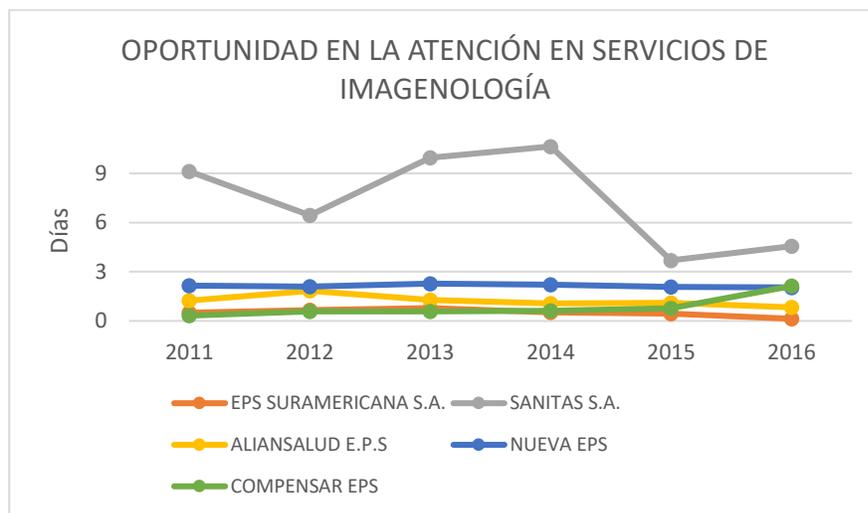
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 42.

Indicadores Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,51	0,66	0,78	0,52	0,45	0,13
<b>Sanitas S.A.</b>	9,13	6,44	9,95	10,65	3,70	4,56
<b>Aliansalud E.P.S</b>	1,24	1,84	1,29	1,06	1,12	0,83
<b>Nueva Eps</b>	2,15	2,09	2,28	2,21	2,08	2,05
<b>Compensar Eps</b>	0,32	0,59	0,58	0,63	0,78	2,13

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 10. Comportamiento Indicador Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología

Tomado de: Elaboración propia

Tabla 43.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.7.

g

<b>N</b>	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		2,4250
<b>Mediana</b>		1,2650
<b>Moda</b>		0,78

Tomado de: Elaboración propia

En la Gráfica 10 y la Tabla 42 se agrupan los reportes realizados para el indicador Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología. Cuatro de las Eps muestran un comportamiento estable en la oportunidad del acceso al servicio durante los 6 años, no mayor a 2,2 días, lo que evidencia un rápido acceso al servicio. Por otra parte, Eps Sanitas no tiene una oportunidad de acceso tan alta, pues sus afiliados han esperado para acceder al servicio en un promedio de 7,4 días, con un alto tiempo para el año 2014 el cual fue de 9,95 días; posterior a este alto tiempo de espera Sanitas demuestra una toma de acciones correctivas al respecto y logra para los siguientes años reducir el tiempo de espera a 3,70 y 4,56 días, para el 2015 y 2016 respectivamente.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico positivo, ya que la media es de 2,4 días, y una mediana de 1,2 días, con una moda de 0,7 días (Tabla 43), demostrando que un 83,3% de los datos se encuentran en un pequeño intervalo de 0 a 3 días. La frecuencia para este indicador se encuentra dividida en los 30 datos, ver Tabla 44.

Tabla 44.

Frecuencia Indicador oportunidad en la atención en servicios de Imagenología

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	,13	1	3,3	3,3	3,3
	,32	1	3,3	3,3	6,7
	,45	1	3,3	3,3	10,0
	,51	1	3,3	3,3	13,3
	,52	1	3,3	3,3	16,7
	,58	1	3,3	3,3	20,0
	,59	1	3,3	3,3	23,3
	,63	1	3,3	3,3	26,7
	,66	1	3,3	3,3	30,0
	,78	2	6,7	6,7	36,7
	,83	1	3,3	3,3	40,0
	1,06	1	3,3	3,3	43,3
	1,12	1	3,3	3,3	46,7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
1,24	1	3,3	3,3	50,0
1,29	1	3,3	3,3	53,3
1,84	1	3,3	3,3	56,7
2,05	1	3,3	3,3	60,0
2,08	1	3,3	3,3	63,3
2,09	1	3,3	3,3	66,7
2,13	1	3,3	3,3	70,0
2,15	1	3,3	3,3	73,3
2,21	1	3,3	3,3	76,7
2,28	1	3,3	3,3	80,0
3,70	1	3,3	3,3	83,3
4,56	1	3,3	3,3	86,7
6,44	1	3,3	3,3	90,0
9,13	1	3,3	3,3	93,3
9,95	1	3,3	3,3	96,7
10,65	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### **4.2.1.8 Oportunidad de la referencia en la EAPB**

El indicador de Oportunidad de la referencia en la EAPB, en este caso de las Eps en estudio, busca determinar el tiempo que un paciente debe esperar para ser referenciado a otra Ips para continuar con su atención, se debe aclarar que este tiempo es determinado por las relaciones contractuales que tiene la Eps con su red de servicios para cada uno de los niveles de atención y la organización administrativa de los mismos, lo que refleja en un corto tiempo de espera del paciente y una rápida continuidad de su atención para el mejoramiento de su salud.

En la Tabla 45 se encuentran los criterios y justificación del indicador, así como su unidad de medición estipulada en horas y su estándar se analiza conforme al comportamiento presentado.

Tabla 45.

Ficha técnica Indicador E.1.8.

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la Referencia en la EAPB
<b>Código</b>	E.1.8
<b>Justificación</b>	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. Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada EAPB y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutoria de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta. 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.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad
<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de horas transcurridos entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB
<b>Denominador</b>	Total de solicitudes de referencia
<b>Unidad de medición</b>	Horas
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

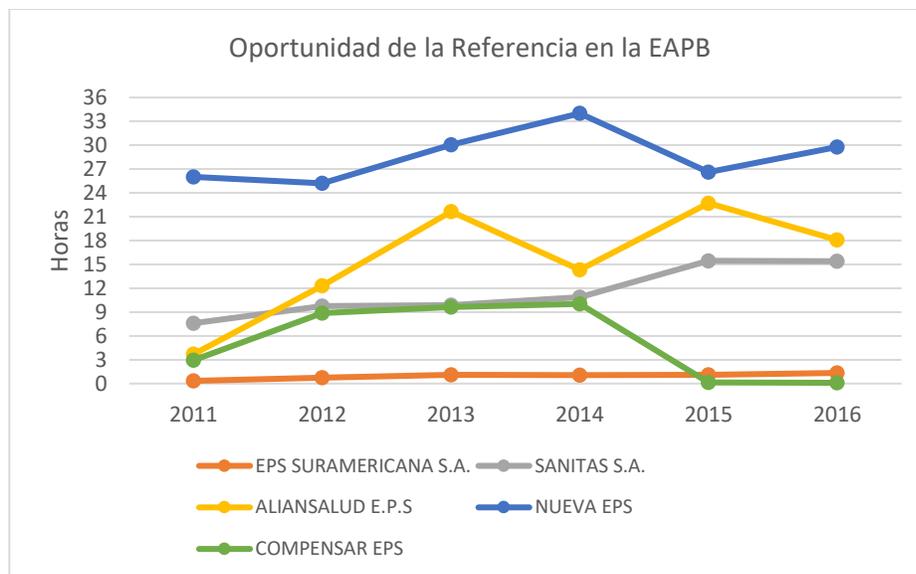
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 46.

Indicadores Oportunidad de la Referencia en la EAPB

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,34	0,74	1,09	1,08	1,10	1,33
<b>Sanitas S.A.</b>	7,60	9,74	9,87	10,88	15,45	15,38
<b>Aliansalud E.P.S</b>	3,69	12,32	21,66	14,31	22,71	18,07
<b>Nueva Eps</b>	26,01	25,21	30,06	34,00	26,60	29,78
<b>Compensar Eps</b>	2,94	8,89	9,64	10,02	0,14	0,10

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 11. Comportamiento Indicador Oportunidad de la Referencia en la EAPB  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 47.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.1.8.

Oportunidad de la referencia en la EAPB		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		12,3583
<b>Mediana</b>		9,9450
<b>Moda</b>		0,10

Tomado de: Elaboración propia

El indicador Oportunidad de la Referencia en la Eps, tiene un comportamiento muy disperso entre las Eps objeto del estudio. La Nueva Eps es la entidad que muestra una mayor espera de los pacientes para ser referenciados y continuar con sus tratamientos hospitalarios, el promedio de espera en los últimos 6 años se encuentra en 28,61 horas, siendo el más alto tiempo de espera el del año 2014 con un total de 34 horas.

Las Eps con un mejor comportamiento son Suramericana S.A., que tiene como promedio de espera para la referenciación de sus pacientes de 0,95 horas, aunque en los último tres años presenta

una tendencia al aumento llegando a 1,33 horas; por su parte Compensar Eps tuvo un promedio de 5,29 durante los seis años, pero con una tendencia en la reducción de su tiempo de espera llegando a tan sólo 0,10 hora para el año 2016. Ver Tabla 46 y Gráfica 11.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico positivo, ya que la media es de 12,3 horas, y una mediana de 9,9 horas, con una moda de 0,1 hora (Tabla 47). De acuerdo al análisis de la frecuencia, los 30 datos se encuentran dispersos en un intervalo de 0,1 hora a 34 horas, cada uno con un valor diferente, por lo que en este caso se toma el dato menor como moda. Ver Tabla 48.

Tabla 48.  
Frecuencia Indicador oportunidad de la referencia en la EAPB

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	0,10	1	3,3	3,3	3,3
	0,14	1	3,3	3,3	6,7
	0,34	1	3,3	3,3	10,0
	0,74	1	3,3	3,3	13,3
	1,08	1	3,3	3,3	16,7
	1,09	1	3,3	3,3	20,0
	1,10	1	3,3	3,3	23,3
	1,33	1	3,3	3,3	26,7
	2,94	1	3,3	3,3	30,0
	3,69	1	3,3	3,3	33,3
	7,60	1	3,3	3,3	36,7
	8,89	1	3,3	3,3	40,0
	9,64	1	3,3	3,3	43,3
	9,74	1	3,3	3,3	46,7
	9,87	1	3,3	3,3	50,0
	10,02	1	3,3	3,3	53,3
	10,88	1	3,3	3,3	56,7
	12,32	1	3,3	3,3	60,0
	14,31	1	3,3	3,3	63,3
	15,38	1	3,3	3,3	66,7
	15,45	1	3,3	3,3	70,0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
18,07	1	3,3	3,3	73,3
21,66	1	3,3	3,3	76,7
22,71	1	3,3	3,3	80,0
25,21	1	3,3	3,3	83,3
26,01	1	3,3	3,3	86,7
26,60	1	3,3	3,3	90,0
29,78	1	3,3	3,3	93,3
30,06	1	3,3	3,3	96,7
34,00	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

## 4.2.2 Calidad Técnica

### 4.2.2.1 Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año

La proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, permite demostrar el grado de inmunización de la población menor de un año, impactando de manera positiva en la salud de los menores, el bienestar de las familias y además en los costos de las Eps, esto debido a que el manejo de enfermedades inmunoprevenibles es más costoso que una correcta campaña de vacunación y control de los correspondientes esquemas.

A continuación, se muestra la ficha técnica del indicador, el cual se presenta como una relación porcentual y su cumplimiento se encuentra estandarizado mínimo en el 95% de cumplimiento. Ver Tabla 49.

Tabla 49.

Ficha técnica Indicador E.2.1.

<b>Nombre</b>	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
<b>Código</b>	E.2.1
<b>Justificación</b>	La inmunización de niños es uno de los servicios médicos más costo-efectivos y es esencial para el manejo de las enfermedades inmunoprevenibles. El análisis de las fallas en el cumplimiento de las metas de inmunizaciones permite identificar aspectos de mejoramiento en áreas claves de la gestión clínica.

	El objetivo de la monitorización de este indicador es incentivar la efectividad y la eficiencia en los procesos que apuntan a promover la salud de la población y prevenir la enfermedad.
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica
<b>Numerador</b>	Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>Denominador</b>	Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Igual o mayor al 95%

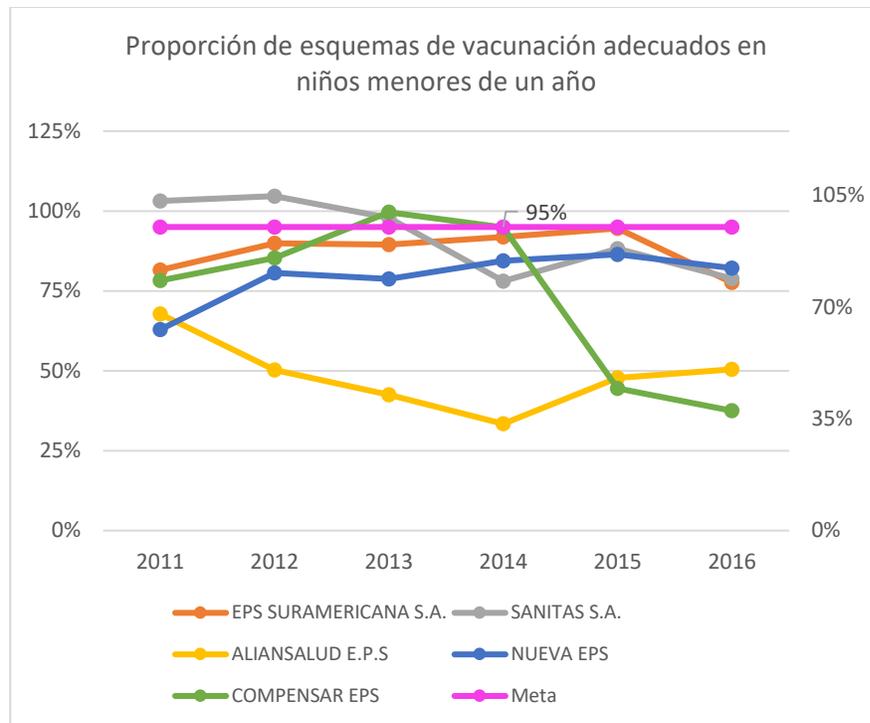
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 50.

Indicadores Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	95%					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	82%	90%	90%	92%	95%	78%
<b>Sanitas S.A.</b>	103%	105%	98%	78%	88%	79%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	68%	50%	43%	33%	48%	51%
<b>Nueva Eps</b>	63%	81%	79%	84%	86%	82%
<b>Compensar Eps</b>	78%	85%	100%	95%	45%	37%

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 12. Comportamiento Indicador Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 51.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.2.1.

**Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,7620
<b>Mediana</b>		0,8150
<b>Moda</b>		0,78

Tomado de: Elaboración propia

El comportamiento de este indicador, muestra que las Eps se encuentran fuera del estándar definido para este indicador. Sanitas Eps tiene un cumplimiento para los años 2011, 2012 y 2013 superando el 95% del estándar, pero en los años posteriores no alcanza el cumplimiento del mismo. Ver Tabla 50 y Gráfica 12.

Compensar Eps sólo para los años 2013 y 2014, cumple con el estándar al 100% y en un 95% respectivamente, pero en los demás años no llega al cumplimiento de la meta.

Por su parte Eps Suramericana, tiene una alta proporción de esquemas de vacunación adecuados en menores de un año con un promedio del 87% para los seis años, pero tan sólo en el año 2015 logra alcanzar un 95%, cumpliendo con el indicador.

Se observa que los datos reportados por la EPS Sanitas para los años 2011 y 2012 son incongruentes debido a que el indicador se calcula con el numerador definido como el Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, y el denominador definido como el Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB, al realizar la operación para calcular el cumplimiento del mismo da un valor mayor al 100%, debido a que el reporte realizado por la Eps ante la Supersalud evidencia un número mayor de niños con esquema de vacunación adecuado comparado con el número de niños afiliados a la Eps. Para el año 2011 reportaron 15.358 niños con esquema de vacunación de 14.894 niños afiliados y para el año 2012 la Eps Sanitas reportó 16.799 niños con esquema completo de vacunación de 16.049 afiliados menores de 1 año. Estos valores arrojan un indicador irreal, sin embargo, se mantienen los mismos valores en el presente informe para mantener la confiabilidad de las fuentes consultadas.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,76, es decir 76%, con una mediana de 0,81, es decir un 81% de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, y una moda del 0,78 (78%), según la Tabla 51, observándose que un 80% de los indicadores reportados por la Eps muestran incumplimiento en el mismo. Ver Tabla 52.

Tabla 52.

Frecuencia Indicador proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	,33	1	3,3	3,3	3,3
	,37	1	3,3	3,3	6,7
	,43	1	3,3	3,3	10,0
	,45	1	3,3	3,3	13,3
	,48	1	3,3	3,3	16,7
	,50	1	3,3	3,3	20,0
	,51	1	3,3	3,3	23,3
	,63	1	3,3	3,3	26,7
	,68	1	3,3	3,3	30,0
	,78	3	10,0	10,0	40,0
	,79	2	6,7	6,7	46,7
	,81	1	3,3	3,3	50,0
	,82	2	6,7	6,7	56,7
	,84	1	3,3	3,3	60,0
	,85	1	3,3	3,3	63,3
	,86	1	3,3	3,3	66,7
	,88	1	3,3	3,3	70,0
	,90	2	6,7	6,7	76,7
	,92	1	3,3	3,3	80,0
	,95	2	6,7	6,7	86,7
	,98	1	3,3	3,3	90,0
	1,00	1	3,3	3,3	93,3
	1,03	1	3,3	3,3	96,7
	1,05	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.2.2 Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino

La oportunidad en la detección del Cáncer de Cuello Uterino promueve la prevención temprana de esta patología, impactando en el índice de mortalidad y los servicios de salud que se derivan para la atención de la patología.

Un correcto control del indicador refleja oportunidad en la identificación temprana de la patología, ofreciendo a los afiliados una mejor calidad de vida como consecuencia de los programas de promoción y prevención de la salud. En la Tabla 53 se describe la ficha técnica del indicador, donde su naturaleza es tendiente al 100%, con un estándar de cumplimiento mínimo del 80%.

Tabla 53.

Ficha técnica Indicador E.2.2.

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<b>Código</b>	E.2.2
<b>Justificación</b>	Se ha encontrado evidencia entre la prevención temprana la mortalidad y el impacto en los servicios de salud del cáncer cervical. Existe evidencia de que los resultados obtenidos están en relación directa con el desempeño de los servicios de salud. La monitorización de este indicador deberá incentivar la eficiencia y la efectividad en las acciones de proposición y prevención. La alta incidencia de morbimortalidad por neoplasias malinas en mujeres están determinada básicamente por los cánceres de origen cervicouterino, mama y estómago, generando alto costo en la atención del sistema, existencia de medias altamente costo efectivas si se aplican con la oportunidad requerida, las normas establecidas y garantizan el cubrimiento desde el aseguramiento y desde la atención a la población pobre sin capacidad de pago, por tanto el monitoreo de su aplicabilidad estará evidenciando el mejoramiento, aplicación y cumplimientos de acciones, garantizando oportunidad, coordinación interinstitucional entre asegurador prestador y entidades territoriales
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica
<b>Numerador</b>	Número total de pacientes con CA de cuello uterino detectados in situ
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Igual o mayor al 80%

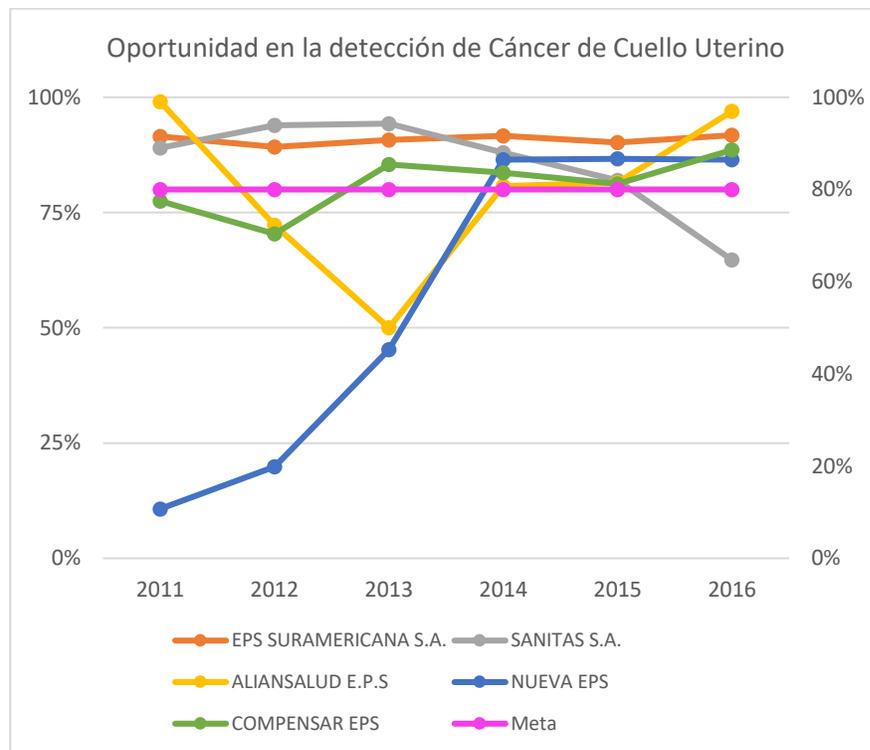
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 54.

Indicadores Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Igual o Mayor al 80%					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	91,47%	89,22%	90,76%	91,67%	90,18%	91,77%
<b>Sanitas S.A.</b>	88,99%	93,90%	94,29%	87,95%	82,00%	64,71%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	99,03%	72,22%	50,00%	80,77%	81,48%	96,97%
<b>Nueva Eps</b>	10,71%	19,84%	45,28%	86,49%	86,64%	86,49%

**Compensar Eps** | 77,48% 70,37% 85,44% 83,61% 81,23% 88,57%  
 Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 13. Comportamiento Indicador Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino  
 Tomado de: Elaboración propia

Tabla 55.  
 Media, Mediana y Moda del Indicador E.2.2.

**Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,7860
<b>Mediana</b>		0,8600
<b>Moda</b>		0,81

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 54 y Gráfica 13, se demuestra un alto grado de cumplimiento por parte de las Eps en los últimos 3 años. Nueva Eps en los años 2011 a 2013 mostró un bajo grado de Oportunidad

en la detección de Cáncer de Cuello Uterino con un promedio de 25,28%, pero en los años posteriores superó la meta de oportunidad.

Por su parte Sanitas Eps tuvo una tendencia de disminución en su grado de oportunidad desde el año 2013, pero en el año 2016 su reducción llevó al no cumplimiento de la meta, con tan sólo 64,71% de oportunidad en el indicador.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico negativo, ya que la media es de 0,78, es decir 78%, con una mediana de 0,86, es decir un 86%, y una moda del 0,81 (81%), según la Tabla 55, observándose que un 43,3% de los indicadores reportados por la Eps muestran incumplimiento en el mismo. Ver Tabla 56.

Tabla 56.  
Frecuencia Indicador oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	,11	1	3,3	3,3	3,3
	,20	1	3,3	3,3	6,7
	,45	1	3,3	3,3	10,0
	,50	1	3,3	3,3	13,3
	,65	1	3,3	3,3	16,7
	,70	1	3,3	3,3	20,0
	,72	1	3,3	3,3	23,3
	,77	1	3,3	3,3	26,7
	,81	3	10,0	10,0	36,7
	,82	1	3,3	3,3	40,0
	,84	1	3,3	3,3	43,3
	,85	1	3,3	3,3	46,7
	,86	2	6,7	6,7	53,3
	,87	1	3,3	3,3	56,7
	,88	1	3,3	3,3	60,0
	,89	3	10,0	10,0	70,0
	,90	1	3,3	3,3	73,3
,91	2	6,7	6,7	80,0	

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
,92	2	6,7	6,7	86,7
,94	2	6,7	6,7	93,3
,97	1	3,3	3,3	96,7
,99	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

### 4.2.3 Gerencia del Riesgo

El indicador de Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo E.3.1, para su correcto control y seguimiento, se encuentra segmentado de la siguiente manera:

- E.3.1.1. Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo - Mayores de 65 años.
- E.3.1.2. Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años.

La Tabla 57 contienen la definición de cada indicador y su estructura de cálculo según lo estipulado por el Ministerio de salud y Protección social, la unidad de medición de estos indicadores es en Tasa x 1.000, donde el comportamiento ideal tiende a cero, y conforme al grupo poblacional se establecen los estándares de cumplimiento.

#### 4.2.3.1 Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo

Mediante este indicador se busca controlar la calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado, demostrando la eficiencia y efectividad de la red de atención que atiende la población afiliada de la Eps.

En la Tabla 57 se encuentra la definición del indicador de Mortalidad por neumonía en Mayores de 65 años, el cual tiene como estándar 0,095 x 1.000 ó (9,5 por 100.000).

Tabla 57.

Ficha técnica Indicador E.3.1.1

<b>Nombre</b>	Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Mayores de 65 años
<b>Código</b>	E.3.1.1
<b>Justificación</b>	<p>La neumonía bacteriana es una condición aguda relativamente común, tratable con antibióticos en la mayor parte de los casos. Como indicador de la calidad de la prevención la admisión por neumonía bacteriana no es una medida directa de calidad de la atención en el hospital, sino una medida relacionada con calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado, en ese sentido nos habla de la eficiencia y la efectividad de la red de atención. El tratamiento apropiado del paciente no internado puede reducir las admisiones para la neumonía bacteriana en individuos no-susceptibles y la mortalidad.</p> <p>La prevención es un papel importante de todos los proveedores del cuidado médico y pueden prevenir complicaciones de la enfermedad existente ayudando a los pacientes en la recuperación de su salud. El tratamiento con los antibióticos apropiados puede reducir mortalidad por neumonía. El tratamiento inadecuado para la pulmonía puede aumentar mortalidad.</p> <p>La monitorización de este indicador puede proporcionar información inicial sobre los problemas potenciales de atención en la red que pueden requerir un análisis más profundo en especial en temas como oportunidad de la atención, eficiencia y efectividad clínica y vigilancia del asegurador sobre el estado de salud de su población, e incentivar los procesos de mejoramiento subsecuentes.</p>
<b>Dominio</b>	3. Gerencia del Riesgo
<b>Numerador</b>	Número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía mayores de 65 años
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes afiliados mayores de 65 años
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 1000
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplicar por el factor
<b>Estándar meta</b>	0,095 (9.5 por 100.000)

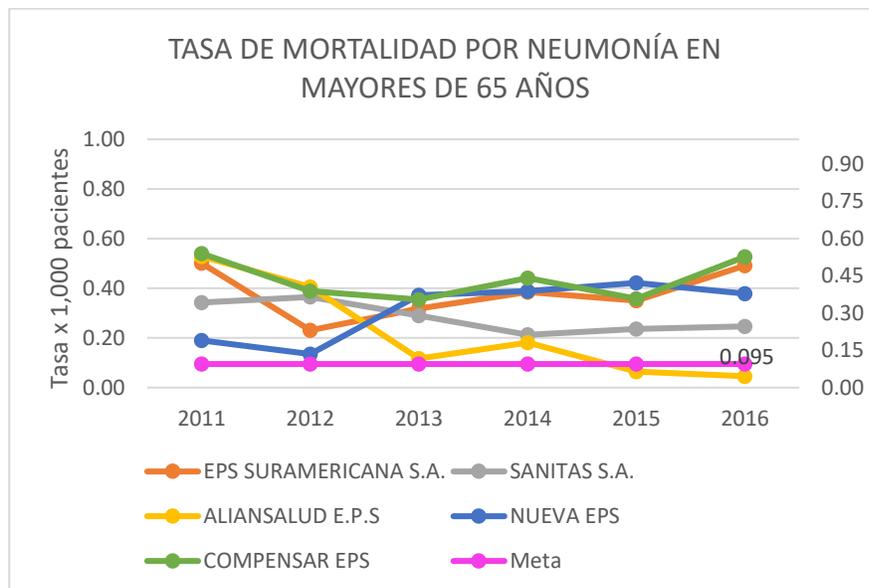
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 58.

Indicadores Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Mayores de 65 años

<b>Año</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
<b>Estándar o Meta</b>	0,095					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,501	0,231	0,319	0,385	0,350	0,491
<b>Sanitas S.A.</b>	0,342	0,365	0,291	0,213	0,236	0,246
<b>Aliansalud E.P.S</b>	0,529	0,406	0,117	0,181	0,064	0,046
<b>Nueva Eps</b>	0,190	0,135	0,372	0,389	0,422	0,378

**Compensar Eps** | 0,540 0,388 0,355 0,441 0,358 0,527  
 Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 14. Comportamiento Indicador Tasa de Mortalidad por Neumonía en grupos de alto riesgo – Mayores de 65 años  
 Tomado de: Elaboración propia

Tabla 59.  
 Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.1.1

**Tasa de mortalidad por Neumonía en mayores de 65 años**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,32693
<b>Mediana</b>		0,35650
<b>Moda</b>		0,046

Tomado de: Elaboración propia

La tasa de mortalidad por neumonía en Mayores de 65 años ha presentado incumplimiento por parte de las Eps Suramericana, Compensar Eps, Sanitas y Nueva Eps en todos los periodos evaluados. Aliansalud Eps, presenta un cumplimiento del estándar sólo en los años 2015 y 2016

con una tasa de 0,35 y 0,52 x 1.000 pacientes de la población Mayor de 65 años respectivamente.

Ver Tabla 58 y Gráfica 14.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,326, con una mediana de 0,356 y una moda del 0,046, según la Tabla 59, confirmando un incumplimiento en la meta establecida para el indicador, de 0,095, ya que sólo un 6,7% de los datos reportados por la Eps muestran cumplimiento en el mismo. Ver Tabla 60.

Tabla 60.

Frecuencia Indicador tasa de mortalidad por Neumonía en mayores de 65 años

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	,046	1	3,3	3,3	3,3
	,064	1	3,3	3,3	6,7
	,117	1	3,3	3,3	10,0
	,135	1	3,3	3,3	13,3
	,181	1	3,3	3,3	16,7
	,190	1	3,3	3,3	20,0
	,213	1	3,3	3,3	23,3
	,231	1	3,3	3,3	26,7
	,236	1	3,3	3,3	30,0
	,246	1	3,3	3,3	33,3
	,291	1	3,3	3,3	36,7
	,319	1	3,3	3,3	40,0
	,342	1	3,3	3,3	43,3
	,350	1	3,3	3,3	46,7
	,355	1	3,3	3,3	50,0
	,358	1	3,3	3,3	53,3
	,365	1	3,3	3,3	56,7
	,372	1	3,3	3,3	60,0
	,378	1	3,3	3,3	63,3
	,385	1	3,3	3,3	66,7
	,388	1	3,3	3,3	70,0
	,389	1	3,3	3,3	73,3
	,406	1	3,3	3,3	76,7

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
,422	1	3,3	3,3	80,0
,441	1	3,3	3,3	83,3
,491	1	3,3	3,3	86,7
,501	1	3,3	3,3	90,0
,527	1	3,3	3,3	93,3
,529	1	3,3	3,3	96,7
,540	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 61 se encuentra la definición del indicador de Mortalidad por Neumonía en Menores de 5 años, el cual tiene como estándar  $0,089 \times 1.000$  o (8,9 por 100.000).

Tabla 61.

Ficha técnica Indicador E.3.1.2

<b>Nombre</b>	Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años
<b>Código</b>	E.3.1.2
<b>Justificación</b>	<p>La neumonía bacteriana es una condición aguda relativamente común, tratable con antibióticos en la mayor parte de los casos. Como indicador de la calidad de la prevención la admisión por neumonía bacteriana no es una medida directa de calidad de la atención en el hospital, sino una medida relacionada con calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado, en ese sentido nos habla de la eficiencia y la efectividad de la red de atención. El tratamiento apropiado del paciente no internado puede reducir las admisiones para la neumonía bacteriana en individuos no-susceptibles y la mortalidad.</p> <p>La prevención es un papel importante de todos los proveedores del cuidado médico y pueden prevenir complicaciones de la enfermedad existente ayudando a los pacientes en la recuperación de su salud. El tratamiento con los antibióticos apropiados puede reducir mortalidad por neumonía. El tratamiento inadecuado para la pulmonía puede aumentar mortalidad.</p> <p>La monitorización de este indicador puede proporcionar información inicial sobre los problemas potenciales de atención en la red que pueden requerir un análisis más profundo en especial en temas como oportunidad de la atención, eficiencia y efectividad clínica y vigilancia del asegurador sobre el estado de salud de su población, e incentivar los procesos de mejoramiento subsecuentes.</p>
<b>Dominio</b>	3. Gerencia del Riesgo
<b>Numerador</b>	Número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía en menores de cinco años
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes afiliados menores de cinco años
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 1000

<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplicar por el factor
<b>Estándar meta</b>	0,089 (8.9 por 100.000)

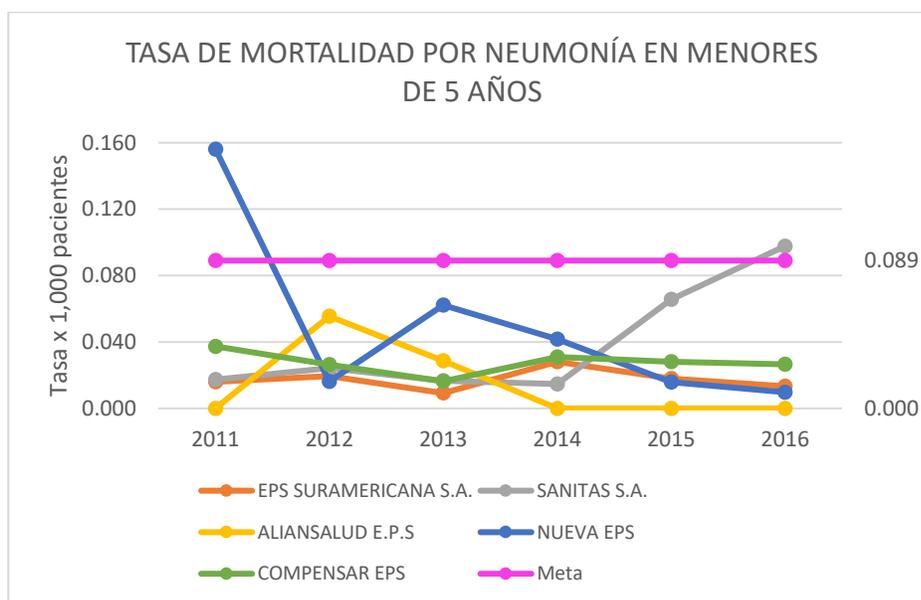
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 62.

Indicadores Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	0,089					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,016	0,019	0,009	0,028	0,018	0,013
<b>Sanitas S.A.</b>	0,017	0,024	0,017	0,015	0,066	0,098
<b>Aliansalud E.P.S</b>	0,000	0,055	0,029	0,000	0,000	0,000
<b>Nueva Eps</b>	0,156	0,016	0,062	0,042	0,016	0,010
<b>Compensar Eps</b>	0,037	0,026	0,016	0,031	0,028	0,027

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 15. Comportamiento Indicador Tasa de Mortalidad por Neumonía en grupos de alto riesgo – Menores de 5 años

Tomado de: Elaboración propia

Tabla 63.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.1.2

**Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años**

N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,02970
<b>Mediana</b>		0,01850
<b>Moda</b>		0,000

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 62 y Gráfica 15 se observa el comportamiento de indicador durante los seis años, las Eps que muestran un cumplimiento del indicador son Aliansalud Eps, Eps Suramericana y Compensar Eps. La Eps Sanitas presentó durante los años 2011 a 2015 un cumplimiento del indicador estando por debajo del máximo permitido, pero en el año 2016 presentó un aumento excediendo en el estándar, lo que debe resultar en una alarma para la toma de acciones correctivas pertinentes.

Por último, Nueva Eps en el año 2011 presentó un alto incumplimiento del estándar, pero en los siguientes años mejoró dicho estándar consiguiendo en el 2016 llegar a una reducción considerable con una tasa de 0,01 por cada 1.000 afiliados del grupo poblacional.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,029, con una mediana de 0,018 y una moda del 0,000, según la Tabla 63, observándose un cumplimiento del 93,3% del total de datos reportados, según la meta establecida de 0,089. Ver Tabla 64.

Tabla 64.

Frecuencia indicador tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	,000	4	13,3	13,3	13,3
	,009	1	3,3	3,3	16,7
	,010	1	3,3	3,3	20,0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
,013	1	3,3	3,3	23,3
,015	1	3,3	3,3	26,7
,016	4	13,3	13,3	40,0
,017	2	6,7	6,7	46,7
,018	1	3,3	3,3	50,0
,019	1	3,3	3,3	53,3
,024	1	3,3	3,3	56,7
,026	1	3,3	3,3	60,0
,027	1	3,3	3,3	63,3
,028	2	6,7	6,7	70,0
,029	1	3,3	3,3	73,3
,031	1	3,3	3,3	76,7
,037	1	3,3	3,3	80,0
,042	1	3,3	3,3	83,3
,055	1	3,3	3,3	86,7
,062	1	3,3	3,3	90,0
,066	1	3,3	3,3	93,3
,098	1	3,3	3,3	96,7
,156	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.3.2 Razón de Mortalidad Materna

El indicador razón de mortalidad se encuentra estructurado con la finalidad de identificar si existen falencias en la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios, puesto que, al existir reporte de la mortalidad Materna, se deben revisar varios factores que pueden influir en el mismo durante los servicios de salud que requiere una materna durante las etapas del embarazo hasta el parto.

En la Tabla 65 se describe el indicador y su fórmula de cálculo, así como el estándar establecido que se encuentra en el 0,45 por 1.000.

Tabla 65.

Ficha técnica Indicador E.3.2

<b>Nombre</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>Código</b>	E.3.2
<b>Justificación</b>	<p>La razón de mortalidad materna es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para detectar problemas de calidad del proceso asistencial del parto como en la atención y control prenatal, siendo en Colombia evento relacionado con calidad y oportunidad hasta en un 85 % de las situaciones.</p> <p>Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad de los servicios de Ginecoobstetricia de la institución, la no disponibilidad de insumos básicos que permitan resolver oportunamente una urgencia obstétrica, desarticulación interinstitucional, deficiencias en la red de referencia y contra referencia, el nivel socio cultural de las maternas que demandan servicios en la institución, su perfil epidemiológico y el seguimiento o no del embarazo a través del control prenatal.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá ofrecer elementos de juicio para desatar procesos de mejoramiento en todas estas áreas de la gestión institucional</p>
<b>Dominio</b>	3. Gerencia del Riesgo
<b>Numerador</b>	Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos
<b>Unidad de medición</b>	Razón
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000
<b>Estándar meta</b>	0,45 (45 por 100.000)

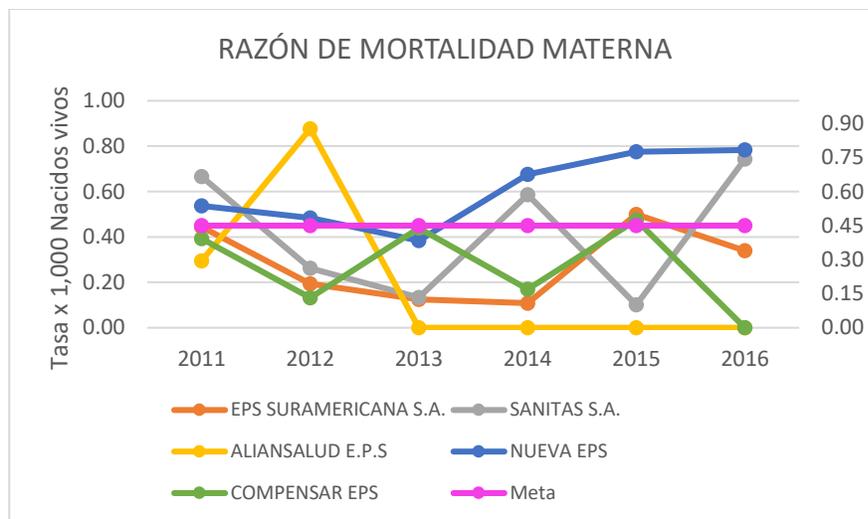
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 66.

Indicadores Razón de Mortalidad Materna

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	0,45					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,44	0,19	0,13	0,11	0,50	0,34
<b>Sanitas S.A.</b>	0,67	0,26	0,13	0,59	0,10	0,74
<b>Aliansalud E.P.S</b>	0,29	0,88	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Nueva Eps</b>	0,54	0,48	0,38	0,68	0,78	0,78
<b>Compensar Eps</b>	0,39	0,13	0,44	0,17	0,47	0,00

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 16. Comportamiento Indicador Razón de Mortalidad Materna  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 67.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.3.2

Razón de mortalidad materna		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,3537
<b>Mediana</b>		0,3600
<b>Moda</b>		0,00

Tomado de: Elaboración propia

Durante los años 2011 a 2016 se muestra una gran variación en la Razón de Mortalidad Materna en todas la Eps. Para el 2012 Aliansalud Eps muestra una alta Mortalidad, excediendo más del doble del estándar permitido, es importante resaltar que Aliansalud tomó las medidas pertinentes puesto que para los años 2013 a 2016 muestran un 0% de mortalidad materna.

Por otra parte, la Nueva Eps ha tenido en la mayoría de sus años incumplimiento del estándar, tan sólo en el año 2013 no superó el estándar permitido llegando a 0,38 por 1.000, pero a partir de ese año aumentó su razón de mortalidad llegando en el 2016 a una razón de mortalidad de 0,78 x

1.000 seguido de la Eps Sanitas que alcanzó un 0,74 de mortalidad materna para el mismo año. Ver Tabla 66 y Gráfica 16.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,35, con una mediana de 0,36 y una moda del 0,00, según la Tabla 67, observándose un cumplimiento del 63,3% del total de datos reportados, según la meta establecida de 0,45. Ver Tabla 68.

Tabla 68.  
Frecuencia Indicador razón de mortalidad materna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	,00	5	16,7	16,7	16,7
	,10	1	3,3	3,3	20,0
	,11	1	3,3	3,3	23,3
	,13	3	10,0	10,0	33,3
	,17	1	3,3	3,3	36,7
	,19	1	3,3	3,3	40,0
	,26	1	3,3	3,3	43,3
	,29	1	3,3	3,3	46,7
	,34	1	3,3	3,3	50,0
	,38	1	3,3	3,3	53,3
	,39	1	3,3	3,3	56,7
	,44	2	6,7	6,7	63,3
	,47	1	3,3	3,3	66,7
	,48	1	3,3	3,3	70,0
	,50	1	3,3	3,3	73,3
	,54	1	3,3	3,3	76,7
	,59	1	3,3	3,3	80,0
	,67	1	3,3	3,3	83,3
	,68	1	3,3	3,3	86,7
	,74	1	3,3	3,3	90,0
,78	2	6,7	6,7	96,7	
,88	1	3,3	3,3	100,0	
	Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.4 Satisfacción / Lealtad

##### 4.2.4.1 Tasa de Satisfacción Global

La tasa de satisfacción global muestra el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos por parte de sus Eps, además permite ver a los demás afiliados que tan acertada se encuentra la decisión de permanecer o trasladarse de su Entidad Promotora de Salud.

En la siguiente tabla (Tabla 69), se describen las variables del indicador, su cálculo y el estándar permitido el cual es de mínimo el 92% de satisfacción de los usuarios.

Tabla 69.

Ficha técnica Indicador E.4.1.

<b>Nombre</b>	Tasa de Satisfacción Global
<b>Código</b>	E.4.1
<b>Justificación</b>	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EPS. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud.
<b>Dominio</b>	4. Satisfacción / Lealtad
<b>Numerador</b>	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EAPB
<b>Denominador</b>	Número total de afiliados encuestados por la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100
<b>Estándar meta</b>	Igual o mayor al 92%

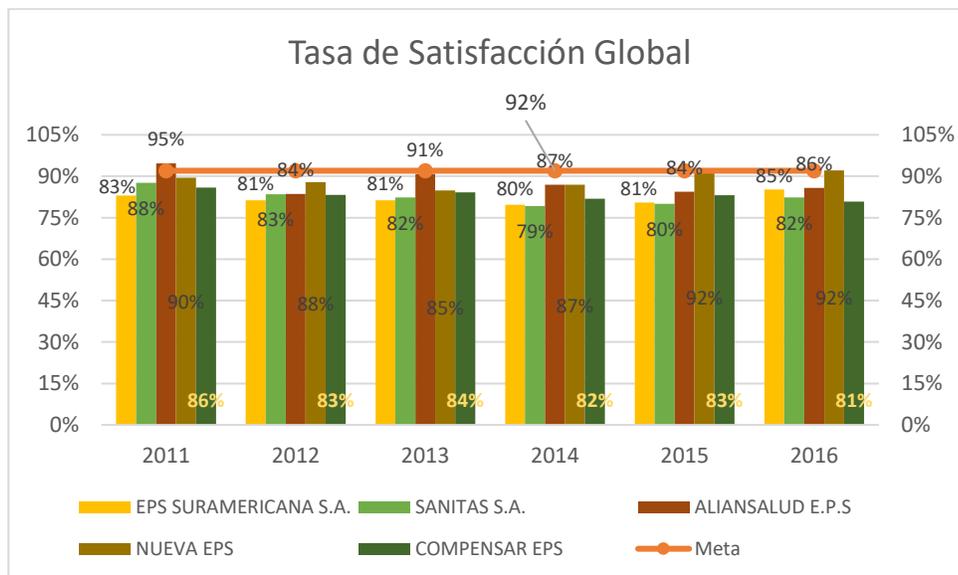
Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 70.

Indicadores Tasa de Satisfacción Global

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	92%					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	83%	81%	81%	80%	81%	85%
<b>Sanitas S.A.</b>	88%	83%	82%	79%	80%	82%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	95%	84%	91%	87%	84%	86%
<b>Nueva Eps</b>	90%	88%	85%	87%	92%	92%
<b>Compensar Eps</b>	86%	83%	84%	82%	83%	81%

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 17. Comportamiento Indicador Tasa de Satisfacción Global  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 71.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.1.

Tasa de satisfacción global		
N	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,8483
<b>Mediana</b>		0,8400
<b>Moda</b>		0,81

Tomado de: Elaboración propia

En el indicador de satisfacción global, se refleja en gran medida la percepción de insatisfacción de los usuarios hacia el sistema general de salud, aunque no están en una evaluación del 0%, tampoco llegan al estándar meta definido para el indicador, el cual es del 92%, para el año 2011 cumple con el estándar únicamente Aliansalud Eps con una tasa del 95% de satisfacción.

Para el año 2012, 2013 y 2014 ninguna entidad alcanza la meta de satisfacción. Para los años 2015 y 2016 la Nueva Eps es la entidad que cumple con la meta alcanzando un 92% de satisfacción.

Ver Tabla 70 y Gráfica 17

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,84, es decir 84%, con una mediana de 0,84, es decir un 84%, y una moda del 0,81 (81%), según la Tabla 71, observándose que un 90% de los indicadores reportados por las Eps muestran incumplimiento en la meta establecida del 92% de satisfacción. Ver Tabla 72.

Tabla 72.  
Frecuencia Indicador tasa de satisfacción global

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje Válido</b>	<b>Porcentaje Acumulado</b>
<b>Válidos</b>	,79	1	3,3	3,3	3,3
	,80	2	6,7	6,7	10,0
	,81	4	13,3	13,3	23,3
	,82	3	10,0	10,0	33,3
	,83	4	13,3	13,3	46,7
	,84	3	10,0	10,0	56,7
	,85	2	6,7	6,7	63,3
	,86	2	6,7	6,7	70,0
	,87	2	6,7	6,7	76,7
	,88	2	6,7	6,7	83,3
	,90	1	3,3	3,3	86,7
	,91	1	3,3	3,3	90,0
	,92	2	6,7	6,7	96,7
	,95	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.4.2 Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Existe una relación entre la calidad del servicio y las quejas que se presentan en la Eps, si la Eps cumple con la expectativa del servicio de sus afiliados sus quejas serán reducidas, lo que se puede decir que tienen una relación inversamente proporcional.

En la Tabla 73 se define el indicador de quejas resueltas antes de 15 días, el cual es presentado como una relación porcentual y se evalúa según el comportamiento presentado.

Tabla 73.

Ficha técnica Indicador E.4.2.

<b>Nombre</b>	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
<b>Código</b>	E.4.2
<b>Justificación</b>	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EAPB. Para el asegurador es importante discriminar cuales de sus áreas de atención al usuario y cuáles de sus prestadores generan mayor satisfacción y adherencia Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud, así como la capacidad de la EAPB de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos.
<b>Dominio</b>	4. Satisfacción / Lealtad
<b>Numerador</b>	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días
<b>Denominador</b>	Número total de quejas recibidas
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

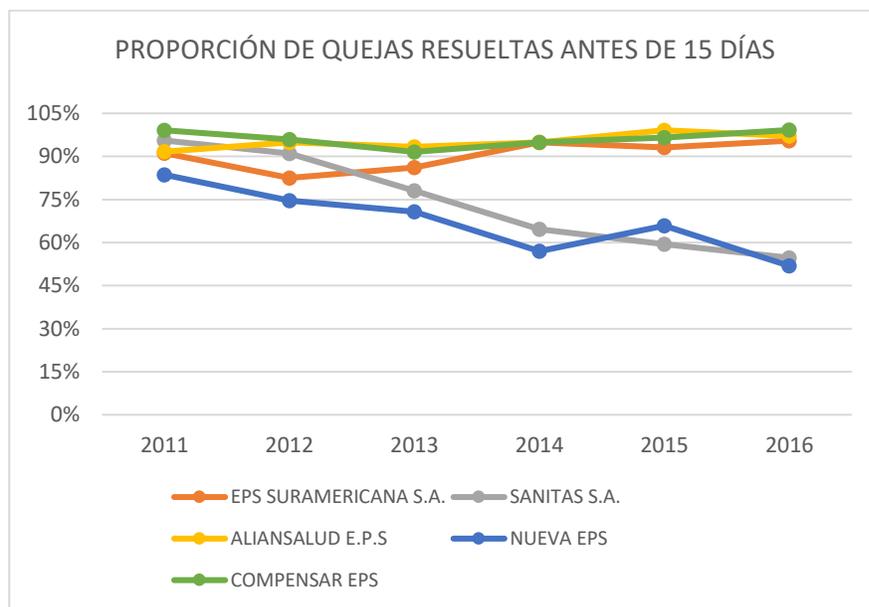
Tabla 74.

Indicadores Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	91%	83%	86%	95%	93%	95%
<b>Sanitas S.A.</b>	96%	91%	78%	65%	59%	55%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	92%	95%	93%	95%	99%	97%

<b>Nueva Eps</b>	84%	75%	71%	57%	66%	52%
<b>Compensar Eps</b>	99%	96%	92%	95%	97%	99%

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 18. Comportamiento Indicador Proporción de quejas resueltas antes de 15 días  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 75.  
Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.2.

**Proporción de quejas resueltas antes de 15 días**

	N	Válidos	Perdidos
		30	0
<b>Media</b>		0,8470	
<b>Mediana</b>		0,9200	
<b>Moda</b>		0,95	

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 74 y Gráfica 18 se muestra el comportamiento del indicador, en el cual se evidencia tratamiento de las quejas antes de 15 días de la Eps Compensar con un buen promedio del 90% para los 6 años sin ser inferior a 92% en cada uno de los años evaluados. Así mismo Aliansalud Eps mantiene un indicador mayor al 92% durante los años 2011 a 2016.

Para el caso de la Eps Suramericana, se muestra una variación en el tratamiento de las quejas antes de 15 días, teniendo como bajo el indicador en los años 2012 y 2013 con tan sólo un 83% y 86% respectivamente, para los siguientes años, 2014 a 2016, la resolución de quejas antes de 15 días llegó a un promedio del 94%.

Una variación menos positiva, presentaron la Nueva Eps y Sanitas, quienes iniciaron en el 2011 con una proporción de quejas resueltas de 81% para Nueva Eps y del 96% para Sanitas, al final de los seis años, la proporción llegó hasta el 52% en Nueva Eps y el 55% para Sanitas Eps de quejas resueltas antes de 15 días, lo que muestra un deceso en la resolución de quejas de los usuarios en estas Eps, esto puede ser causado por un aumento considerable en el número de quejas y/o una falta de apoyo administrativo en la resolución de las quejas.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento asimétrico negativo, ya que la media es de 0,84, es decir 84%, con una mediana de 0,92, es decir un 92%, y una moda del 0,95 (95%), según la Tabla 75, observándose que el 50% de los datos reportados están por encima del 92% de proporción de quejas resueltas antes de 15 días, valor que se puede proponer como estándar del indicador. Ver Tabla 76.

Tabla 76.  
Frecuencia Indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
<b>Válidos</b>	,52	1	3,3	3,3	3,3
	,55	1	3,3	3,3	6,7
	,57	1	3,3	3,3	10,0
	,59	1	3,3	3,3	13,3
	,65	1	3,3	3,3	16,7
	,66	1	3,3	3,3	20,0
	,71	1	3,3	3,3	23,3
	,75	1	3,3	3,3	26,7
	,78	1	3,3	3,3	30,0

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
,83	1	3,3	3,3	33,3
,84	1	3,3	3,3	36,7
,86	1	3,3	3,3	40,0
,91	2	6,7	6,7	46,7
,92	2	6,7	6,7	53,3
,93	2	6,7	6,7	60,0
,95	5	16,7	16,7	76,7
,96	2	6,7	6,7	83,3
,97	2	6,7	6,7	90,0
,99	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Tomado de: Elaboración propia

#### 4.2.4.3 Tasa de Traslados desde la EAPB

La tasa de traslado desde la Eps es un análisis importante, para la identificación de la satisfacción de los usuarios junto con el indicador de Satisfacción, esto si el afiliado realiza una solicitud de traslado en el mismo régimen, es decir, sin que la causa de traslado sea por cambio a otro régimen debido a que su condición de solvencia para el pago de seguridad social tuviese una variación.

En la Tabla 77 se describe el indicador Tasa de Traslados desde la EAPB, este indicador se presenta como una relación porcentual y su evaluación se realizará según su comportamiento.

Tabla 77.

Ficha técnica Indicador E.4.3.

<b>Nombre</b>	Tasa de Traslados desde la EAPB
<b>Código</b>	E.4.3
<b>Justificación</b>	Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema planteada por la Ley 100, es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios. El cambio de entidad promotora de salud puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

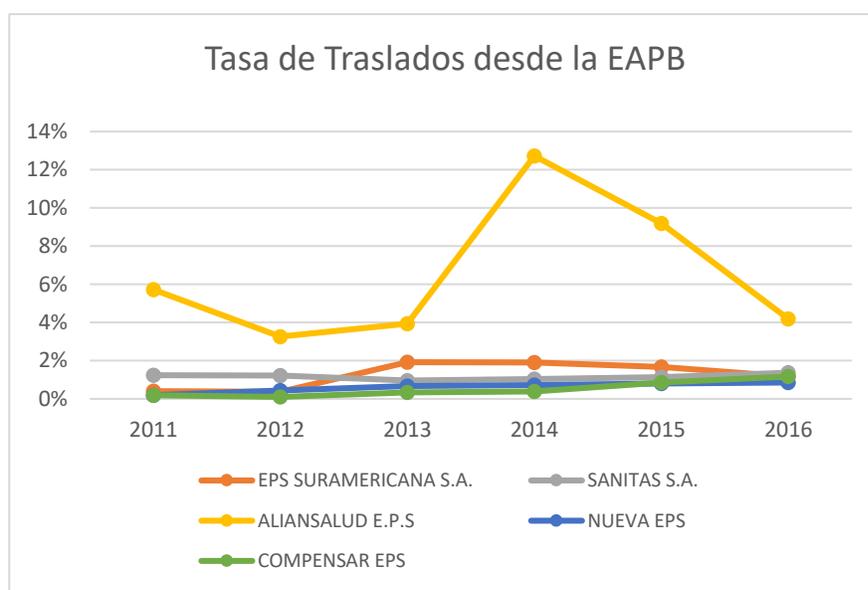
	La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud.
<b>Dominio</b>	4. Satisfacción / Lealtad
<b>Numerador</b>	Número de afiliados que se trasladó a otras EAPB del mismo régimen, en el período
<b>Denominador</b>	Número total de afiliados en el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100
<b>Estándar meta</b>	Según comportamiento

Tomado de: (Resolución 1446, 2006)

Tabla 78.  
Indicadores Tasa de Traslados desde la EAPB

Año	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Estándar o Meta</b>	Según comportamiento					
<b>Eps Suramericana S.A.</b>	0,41%	0,37%	1,92%	1,90%	1,66%	1,18%
<b>Sanitas S.A.</b>	1,24%	1,23%	0,96%	1,04%	1,14%	1,37%
<b>Aliansalud E.P.S</b>	5,72%	3,26%	3,95%	12,72%	9,18%	4,19%
<b>Nueva Eps</b>	0,19%	0,43%	0,66%	0,73%	0,81%	0,86%
<b>Compensar Eps</b>	0,19%	0,10%	0,35%	0,38%	0,85%	1,17%

Tomado de: (Supersalud, 2012)



Gráfica 19. Comportamiento Indicador Tasa de Traslados desde la EAPB  
Tomado de: Elaboración propia

Tabla 79.

Media, Mediana y Moda del Indicador E.4.3.

**Tasa de traslados desde la EAPB**

<b>N</b>	Válidos	30
	Perdidos	0
<b>Media</b>		0,020053
<b>Mediana</b>		0,010900
<b>Moda</b>		0,0019

Tomado de: Elaboración propia

En la Tabla 78 y Gráfica 19 se muestra el comportamiento del indicador durante los años 2011 a 2016. La Eps Aliansalud muestra un alto porcentaje de traslado de pacientes y una alta variación para cada periodo, siendo el año 2014 donde presentó el mayor porcentaje de traslado de sus afiliados, con un 12,72%.

Compensar Eps con un promedio de 0,51%, seguido de Nueva Eps con un promedio de 0,61% y posteriormente Sanitas Eps con un promedio de 1,16%, son las Eps que han experimentado un traslado reducido de sus pacientes a otra EAPB. Por último, la Eps Suramericana manejó un bajo traslado de sus pacientes en la mayoría de años, excepto en el año 2013 que aumentó a 1,92%.

El análisis de las medidas de tendencia central, para este indicador muestra un comportamiento simétrico, ya que la media es de 0,02, es decir 2%, con una mediana de 0,01, es decir un 1%, y una moda del 0,0019 (0,1%), según la Tabla 79, observándose que el 50% de los datos reportados están por debajo del 1% de traslados desde la EAPB, valor que se puede proponer como estándar del indicador. Ver Tabla 80.

Tabla 80.

Frecuencia Indicador tasa de traslados desde la EAPB

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Válidos	,0010	1	3,3	3,3	3,3
	,0019	2	6,7	6,7	10,0
	,0035	1	3,3	3,3	13,3
	,0037	1	3,3	3,3	16,7
	,0038	1	3,3	3,3	20,0
	,0041	1	3,3	3,3	23,3
	,0043	1	3,3	3,3	26,7
	,0066	1	3,3	3,3	30,0
	,0073	1	3,3	3,3	33,3
	,0081	1	3,3	3,3	36,7
	,0085	1	3,3	3,3	40,0
	,0086	1	3,3	3,3	43,3
	,0096	1	3,3	3,3	46,7
	,0104	1	3,3	3,3	50,0
	,0114	1	3,3	3,3	53,3
	,0117	1	3,3	3,3	56,7
	,0118	1	3,3	3,3	60,0
	,0123	1	3,3	3,3	63,3
	,0124	1	3,3	3,3	66,7
	,0137	1	3,3	3,3	70,0
	,0166	1	3,3	3,3	73,3
	,0190	1	3,3	3,3	76,7
	,0192	1	3,3	3,3	80,0
	,0326	1	3,3	3,3	83,3
	,0395	1	3,3	3,3	86,7
	,0419	1	3,3	3,3	90,0
	,0572	1	3,3	3,3	93,3
	,0918	1	3,3	3,3	96,7
	,1272	1	3,3	3,3	100,0
		Total	30	100,0	100,0

Tomado de: Elaboración propia

### 4.3 Oportunidades de mejora

Según el análisis de los 19 indicadores, enfocado en las cinco primeras Eps del ranking nacional en el año 2017, se puede evidenciar que el comportamiento en el 50% de los indicadores

de una o más de estas Entidades está por fuera del estándar- meta establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Este hallazgo genera incertidumbre en el comportamiento de los indicadores de las demás Eps que no ocupan un lugar tan prominente en el Ranking como el de las Eps analizadas.

Aclarado esto, se hace necesario determinar acciones que conlleven a mejorar el nivel de Calidad de la Salud en Colombia, como por ejemplo en el caso de los indicadores de acceso: En este aspecto se identificó la falta de estándar definido en el indicador de tutelas por no prestación de servicios POS, aunque en la práctica, este es el último recurso al que debería acudir el afiliado para reclamar servicios, medicamentos o tratamientos incluidos en el POS, puesto que estos son un derecho y se encuentran incluidos en el financiamiento del sistema.

Respecto al comportamiento del indicador de Oportunidad en la consulta de medicina Interna, se observa un buen comportamiento, el estándar establecido es de hasta 30 días, las Eps que lideran el Ranking obtuvieron un promedio de 11,25 días para la asignación de cita con esta especialidad y la Eps que mayor tiempo de espera tuvo fue Compensar con 18,6 días, lo anterior permite sugerir la disminución de la meta para lograr una exigencia mayor alcanzando una mejor oportunidad para así buscar una mejora continua en el Sistema de Salud, con el fin de disminuir los días de espera y ofrecer a los afiliados una mayor oportunidad en el acceso a los especialistas.

En diferentes indicadores como el de Oportunidad de asignación de Consulta de Pediatría, Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General, Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año, Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo, Razón de Mortalidad Materna y Tasa de Satisfacción Global, se observa un incumplimiento persistente en el estándar, con base en la Resolución 1446 de 2006, puesto que se debe realizar el reporte a la Supersalud de manera semestral para el respectivo control y

seguimiento de los indicadores de calidad, además de ello se debe realizar un plan de acción para el mejoramiento de estos indicadores en el caso del incumplimiento. Dado lo anterior se muestra que falta mayor control a las EAPB y asignación de penalidad en caso de una persistencia en el incumplimiento de los indicadores para que se genere un compromiso real con el mejoramiento de la Calidad.

Por lo anterior se determina importante que las EPS hagan un seguimiento más frecuente a los indicadores que directamente calculan y los calculados por las IPS de la red integrada, con el fin de contar con información más confiable y más actualizada que permita tomar decisiones y no ser tan correctivos como a la fecha lo son.

Otro componente que se debe actualizar son las metas establecidas en la normatividad colombiana vigente y la periodicidad de reporte, lo que obliga a las EPS y su red prestadora a generar reporte y a analizar de una manera más eficiente y oportuna los resultados del desempeño de la atención de los usuarios, llevándolos a generar acciones de mejoramiento con mayor rigurosidad favoreciendo a la eficiencia de los procesos y a la calidad de la atención, llevando a los atributos de calidad a niveles de estándares superiores de calidad.

Además, en el nivel estatal se deben aplicar programas de excelencia operativa en procesos clínicos, disminuyendo los costos y aprovechando los ahorros en proyectos que mejoren la calidad en la prestación manteniendo a los pacientes en unos estándares de mejor salud; adicional a la excelencia operativa se debe incentivar a que las instituciones trabajen en los estándares de acreditación lo que permitirá contar con una atención con estándares de excelencia logrando equipararse con instituciones a nivel nacional e internacional que cuentan actualmente con reconocimientos en la prestación del servicio, estos incentivos deben estar en marcados en la

consecución de contratos, mejores tarifas, mejores opciones financieras con las entidades bancarias y mayor participación en las modificaciones del modelo de salud en Colombia.

Por último, un componente importante que el estado debe modificar es la Resolución 2003 de 2014 donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, las modificaciones deben estar relacionadas con generar estándares superiores a los existentes con talento humano, dotación, infraestructura, dispositivos médicos y medicamentos, procesos prioritarios, registros clínicos; lo anterior permitirá a las EPS y su red de atención a dar cumplimiento a estándares más exigentes alcanzando un nivel de atención superior donde el beneficiado sea el usuario.

## **5. Conclusiones**

Respondiendo al objetivo de esta investigación, luego de estudiar los aspectos normativos relacionados con la calidad en la atención en salud y determinar el desempeño de las Eps más significativas en el país, se obtienen las siguientes conclusiones:

La evolución en la normatividad conexas con la calidad en salud representa una serie de mejoras en la implementación de herramientas como los mecanismos de auditoría para garantizar la atención en salud de los usuarios.

EL SGSSS presenta un desafío frente a su sistema de calidad con respecto a la diferenciación entre cobertura del aseguramiento de la población colombiana y el servicio, es decir, entre derecho y atención.

Con el fin de garantizar la atención digna a la población colombiana, acorde con los derechos fundamentales de la Constitución Nacional, se hace necesario eliminar la desigualdad de la prestación de servicios y conlleva a inconformidad de los afiliados, como es el caso de aclarar tratamientos médicos y/o farmacológicos que pertenecen o No al Plan Obligatorio de Salud.

El comportamiento de los 19 indicadores analizados, permite observar que su desempeño no cumple con la meta establecida por el Ministerio en la mayoría de los indicadores. De lo anterior, se concluye que las Eps no son efectivas y carecen de una supervisión estricta por parte del ente regulador.

Con base en los hallazgos, se identifica que la oportunidad en la consulta de medicina interna cumple con el estándar establecido de 30 días, por otra parte, se evidencia comportamiento deficiente en oportunidad de asignación de consulta de pediatría y de odontología general, en los esquemas de vacunación en niños menores de un año, tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo y tasa de satisfacción global, observando un incumplimiento sistemático.

Se presenta un incremento sustancial, en las acciones de tutela interpuestas por los afiliados para exigir el cumplimiento de la atención brindada por las Eps, debido a la ineficiencia administrativa de éstas últimas.

La ausencia de un estándar meta, en el establecimiento de fichas técnicas de los indicadores afecta el servicio brindado por las EAPB, debido al margen de maniobra que se les otorga.

## 6. Recomendaciones

El establecimiento de metas más estrictas en el SOGCS es pertinente con el fin de exigir a las Eps el cumplimiento en la atención en salud que brindan a sus afiliados.

Para generar un compromiso con el mejoramiento de la Calidad, es necesario incrementar el control a las EAPB y robustecer las sanciones en caso de una persistencia en el incumplimiento de los indicadores.

Con el objetivo de contribuir al cumplimiento de un nivel de atención superior por parte de las EAPB, en el cual se propenda por el beneficio del usuario, es necesario que se modifique la Resolución 2003 de 2014 relacionada con la generación de estándares superiores a los existentes los cuales hacen referencia al talento humano, dotación, medicamentos, procesos prioritarios.

La implementación de modelos de gestión regional, es fundamental para garantizar igual de el trato y atención de calidad a la población afiliada, puesto que la atención en los lugares de residencia cercana y la promoción de la prevención de la enfermedad reduce la frecuencia de consulta y costos.

## 7. Bibliografía

- Bardey, D., Meléndez, M., & Maldonado, D. &. (2012). *El mercado de aseguramiento en salud en Colombia*. Bogotá, DC: SIC.
- Bardey, D., Meléndez, M., Maldonado, D., & Ramírez, M. (Diciembre de 2013). Competencia en el sector salud: énfasis en el caso colombiano. *Coyuntura económica: investigación económica y social*, XLIII - No.2, 17-52.
- Bernal, O., & Gutiérrez, C. (2012). *La Salud en Colombia Logros, Retos y Recomendaciones*. Universidad de los Andes. Bogotá D.C.
- Bonet Morón, J., & Guzmán Finol, K. (2015). *Un análisis regional de la salud en Colombia*. Cartagena.
- Bunge, M. (1981). *La ciencia. Su método y su filosofía*.
- Caballer Tarazona, M. (s.f.). *Análisis y evaluación económica de sistemas desalud: logro en salud, desempeño y aspectos organizativos*. Valencia.
- Castañeda, C., Fonseca, M., Nuñez, J., & Ramirez, J. &. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-*. Bogotá, DC, Colombia: La Imprenta.
- Castañeda, C., Fonseca, M., Ramirez, J., Nuñez, J., & Zapata, J. G. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano -Dinámica del Gasto y Principales Retos de Cara al Futuro*. Bogotá, DC, Colombia: La Imprenta Editores S.A.
- Castro Hoyos, C. E. (2012). Salud y seguridad social: un breve comparativo de cinco países de América Latina. *FESCOL*, 1-34.
- Circular 056 (Superintendencia Nacional de Salud de Colombia 06 de Octubre de 2009).
- Congreso de la República. (23 de Diciembre de 1993). Ley 100.

Decreto 1011 (Presidente de la República de Colombia 03 de Abril de 2006).

Decreto 780 (Presidente de la República de Colombia 06 de Mayo de 2016).

Decreto 903 (Presidente de la República de Colombia 13 de Mayo de 2014).

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. I). Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. Obtenido de quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan.

Duque Roldán, M. I., Gómez Montoya, L. F., & Osorio Agudelo, J. A. (2009). Análisis de los sistemas de costos utilizados en las entidades del Sector Salud en Colombia y su utilidad para la toma de decisiones. *Revista del Instituto Internacional de Costos*(5), 495-525.

Forissier, A. (2016). Suiza: un sistema de salud discutible. *Le Journal International*.

Fundación Avendis Donabedian. (2017). *Profesor Avendis Donabedian*. Obtenido de [www.fadq.org: http://www.fadq.org/?page\\_id=1887](http://www.fadq.org/?page_id=1887)

Girón Daviña, P. (2010). *Los determinantes de la salud percibida en España*. Madrid.

Hospital Universitario del Valle. (2010). *Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios*. Cali.

Jiménez Esguerra, N. C. (2013). *Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública*. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Ley 100 (Congreso de la República de Colombia 23 de Diciembre de 1993).

Ley 1122 (El Congreso de la República de Colombia 09 de Enero de 2007).

Ley 1438 (El Congreso de la República de Colombia 19 de Enero de 2011).

Ley 1751 (El Congreso de la República de Colombia 16 de Febrero de 2015).

Ley 715 (Congreso de la Republica de Colombia 21 de Diciembre de 2001).

Martínez, F. (2013). La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? *FEDESALUD*, 1-65. Recuperado el 02 de 10 de 2017

Matajira, C., Barney, E., Bonnet, W., & Escobar, G. (2017). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2017*. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad, Bogotá D.C. Recuperado el 09 de 10 de 2017

Matajira, C., Escobar Morales, G., & Barney, E. (2016). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016*. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Calidad, Bogotá D.C. Recuperado el 09 de 10 de 2017

Maza Ávila, F. J., Vergara Schmalbach, J. C., & Navarro España, J. L. (2011). Eficiencia de la Inversión en el Régimen Subsidiado en Salud en Bolívar - Colombia. *Investigaciones Andina*, 14(24), 130.

Merlano Porras, C. A., & Gorbanev, L. (Enero-junio de 2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 74-86.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2003). *Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud*. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, DC.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud*. Obtenido de [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co):  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia*. . Obtenido de Minsalud:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Naranjo, Z., & Mendoza Bustos, S. (2014). Analizar el Perfil Financiero de las Eps en la ciudad de Santiago de Cali durante los años 2011-2013. *Trabajo de grado Contador Público. Santiago de Cali. Unviersidad Autónoma de Occidente. Departamento de Ciencias Administrativas. Programa de contaduría Pública.*

Olmedo Alguacil, M. M. (2010). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud, en los mayores de 65 años en un entorno multicultural, en la ciudad de Ceuta.* Ceuta: Universidad de Granada.

Presidencia de la República. (28 de Noviembre de 1996). Decreto 2174. Colombia.

Resolución 0256 (El Ministerio de Salud y Protección Social 05 de Febrero de 2016).

Resolución 1441 (El viceministro de Salud Pública y prestación de Servicios encargado de las funciones del despacho del Ministro de Salud y Protección Social de Colombia 21 de Abril de 2016).

Resolución 1446 (Ministerio de la Protección Social 08 de mayo de 2006).

Resolución 2003 (El Ministerio de Salud y Protección Social 24 de Mayo de 2014).

Resolución 2082 (El Ministerio de Salud y Protección Social 29 de Mayo de 2014).

Resolución 429 (El Ministerio de Salud y Protección Social 17 de Febrero de 2016).

Resolución 4343 (El Ministerio de Salud y Protección Social 19 de Diciembre de 2012).

Resolución 6055 (El Ministerio de Salud y Protección Social 06 de Diciembre de 2016).

Revista Dinero. (11 de Octubre de 2016). Las mejores EPS de Colombia en 2016. *Dinero.*

Sánchez, Jorge Enrique. (2012). *Estudios de Mercado. El mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia*. Superintendencia de Industria y Comercio & Delegatura de Protección de la Competencia.

Supersalud. (2011). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. 2011*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (2012). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. 2012*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (01 de febrero de 2012). *Supersalud*. Recuperado el 27 de junio de 2017, de Indicadores de Calidad EPS: <https://www.supersalud.gov.co/en-us/eapb/indicadores-de-calidad>

Supersalud. (2013). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. 2013*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (2014). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. 2014*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (2015). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. I Semestre 2015*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (2015). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS. II Semestre 2015*. Reporte de Indicadores. Recuperado el 24 de agosto de 2017

Supersalud. (febrero de 2017). *Indicadores de afiliación*. Recuperado el 27 de enero de 2018, de [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co): <https://www.supersalud.gov.co/es-co/vigilados/estadisticas/eapb/indicadores-de-afiliacion>