



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

MB



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411300348161

Fecha: 18-03-2014

Página 1 de 1

Bogotá,

Doctora

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

Honorable Corte Constitucional

Calle 12 No. 7-65 Piso 2 Palacio de Justicia

Bogotá D.C



OR: A7

REFERENCIA: Auto 278 de 2013 Sentencia T 760 de 2008 Expediente T -
1.281.247 ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY
OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS.

Respetada doctora Martha Victoria:

Anexo a la presente carta se remite el informe de calidad correspondiente al numeral 12 del Auto 278 de 2013.

Este informe es remitido en cumplimiento del Auto 016 de 2014 mediante el cual se negó la ampliación del plazo para presentar el informe de calidad. Dicha solicitud había sido elevada debido a que muchas de las fuentes de información se encuentran culminando el período de recolección de datos o se encuentran consolidando los recaudados.

Si bien esta solicitud fue reiterada a la Sala Especial de Seguimiento, el Ministerio ha elaborado un informe con los datos preliminares, que aun cuando debe ser leído con las salvedades y advertencias que se consignan en el texto, ofrece un panorama tentativo de lo que ocurrió en el régimen subsidiado durante 2013.

Cordialmente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

Cra. 13 No. 32-76 Bogotá D.C

PBX: (57-1) 3305000 - Línea gratuita: 018000-910097 Fax: (57-1) 3305050 www.minsalud.gov.co

4

1

2

3



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**REPORTE SOBRE LA CALIDAD EN
LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

2013



Lista de Acrónimos:

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EPS-S	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
AHRQ	Agencia de Investigación en Salud y Calidad- Agency of Healthcare Research and Quality
TAR	Tratamiento Antirretroviral
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
SIVIGILA	Registro de casos de Notificación Obligatoria
RUAF-ND	Registro único de Afiliados, Módulo de Nacimientos y Defunciones
INCAS	Primer Informe Nacional de Calidad en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
ONS	Observatorio Nacional en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
SIC	Sistema de Información para la calidad
DSS	Determinantes Sociales en Salud



PRESENTACIÓN

El seguimiento a las condiciones de calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia se realiza principalmente en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), establecido en el decreto 1011 de 2006. El Ministerio de Salud y Protección Social ha tomado distintas medidas que han permitido consolidar los diferentes componentes de este sistema, entre los que están el sistema de información para la calidad que permite realizar un seguimiento a las condiciones de calidad de la atención y que cubre a las EPS de ambos regímenes y a todas las IPS del país.

Con base en los avances realizados en el SOGC y otras fuentes de información, este reporte define un grupo de indicadores trazadores que permite describir la calidad de la prestación de servicios de salud del régimen subsidiado en ámbitos centrales, tales como el embarazo y los cuidados del recién nacido, la atención en sífilis y VIH sida, las enfermedades transmitidas por vectores, las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, y otras enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, la atención intrahospitalaria y los tiempos de espera. Si bien estos indicadores son recaudados de manera rutinaria por el Ministerio de Salud y Protección Social para cumplir con los objetivos de protección, el presente reporte responde a la orden 21-22 del Auto 278 de 2013, emitido por la Honorable Corte Constitucional.

Por último es importante resaltar que este tipo de informes contribuye al mejoramiento del desempeño de los actores del sistema, para el caso especial, las EPS del régimen subsidiado, y sirve de guía para monitorizar el grado de avance en las dimensiones de efectividad, seguridad y atención en salud centrada en el usuario del régimen subsidiado.



Contenido

PRESENTACIÓN.....	3
Contenido	4
1 INTRODUCCIÓN	10
2 MARCO CONCEPTUAL.....	13
3 METODOLOGÍA DEL REPORTE	17
3.1 Selección de Indicadores	18
3.1.1 Indicadores de efectividad de la atención en salud	18
3.1.2 Indicadores de seguridad de la atención en salud	20
3.1.3 Indicadores para la Atención centrada en el usuario	21
4 ACERCAMIENTO A LAS CONDICIONES DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA.....	22
4.1 Caracterización sociodemográfica, económica y territorial.....	23
4.2 Descripción de algunos determinantes sociales de la salud	26
4.2.1 Pobreza	26
4.2.2 Educación.....	28
4.2.3 Condiciones de la vivienda	28
4.2.4 Viviendas con acceso a servicios	29
4.2.5 Sistema General de Seguridad Social	31
4.3 Análisis de los efectos de salud:	32
4.3.1 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.....	32
5 DESCRIPCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	39
6 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....	41
6.1 Dimensión: Efectividad de la atención	41
6.1.1 Dominio: Atención materno–infantil.....	41
Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:.....	46
6.1.2 Dominio: Atención en Sífilis y VIH-Sida	73
6.1.3 Dominio: Enfermedades transmitidas por vectores.....	82
6.1.4 Dominio: Enfermedades Crónicas No Transmisibles:.....	84
6.2 Dimensión: Seguridad de la atención	88
6.2.1 Dominio: Gestión del riesgo	88



6.2.2	Dominio: Gestión del evento adverso	106
6.3	Dimensión: Experiencia de la atención:	108
6.3.1	Dominio: Oportunidad de la atención en salud	108
7	CONCLUSIONES.....	130
8	BIBLIOGRAFIA	133
9	ANEXO No. 1: Fichas de Indicadores	134
10	ANEXOS No. 2: Análisis de concentración intra-departamental en Colombia, 2014	135



INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide Poblacional	25
Gráfico 2. Afiliados al SGSSS	39
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal. Régimen Subsidiado-Departamentos.....	42
Gráfico 4. Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal-EPSS.	43
Gráfico 5. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.....	46
Gráfico 6. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer-EPSS.....	47
Gráfico 7. Razón de mortalidad materna por 100.000 Nacidos Vivos-Régimen Subsidiado-Departamentos.....	52
Gráfico 8. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos: EPSS.....	53
Gráfico 9. Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 Nacidos Vivos.	55
Gráfico 10. Tasa de mortalidad perinatal: EPSS	55
Gráfico 11. Tasa de Mortalidad infantil en menores de 1 año por 1.000 Nacidos Vivos-.....	61
Gráfico 12. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 menores de cinco años	67
Gráfico 13. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 menores de cinco años	68
Gráfico 14. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años....	72
Gráfico 15. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años-EPSS	73
Gráfico 16. Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional Régimen Subsidiado-Departamentos.	74
Gráfico 17. Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional-EPSS.	75
Gráfico 18. Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico	76
Gráfico 19. Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico – EPSS.	77
Gráfico 20. Tasa de Incidencia Sífilis Congénita	78
Gráfico 21. Tasa de Incidencia Sífilis Congénita – EPSS.....	79
Gráfico 22. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral –.....	81
Gráfico 23. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral - EPSS.	81
Gráfico 24. Letalidad por Dengue-Departamentos. Régimen Subsidiado.	83
Gráfico 25. Letalidad por Dengue-EPSS.....	84
Gráfico 26. Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadío 5 – Departamentos.	87



Gráfico 27. Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 – EPSS.....	87
Gráfico 28. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud.....	90
Gráfico 29. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud -EPSS.....	90
Gráfico 30. Porcentaje de partos por cesárea.....	92
Gráfico 31. Porcentaje de partos por cesárea - EPSS.....	92
Gráfico 32. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.....	94
Gráfico 33. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales - EPSS.....	95
Gráfico 34. Porcentaje de tamización para VIH en gestantes.....	96
Gráfico 35. Porcentaje de tamización para VIH en gestantes - EPSS.....	97
Gráfico 36 Captación de pacientes con Diabetes Mellitus.....	99
Gráfico 37. Captación de pacientes con Diabetes Mellitus – EPSS.....	100
Gráfico 38. Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.....	101
Gráfico 39. Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas - EPSS.....	102
Gráfico 40. Captación de pacientes con Hipertensión Arterial.....	104
Gráfico 41. Captación de pacientes con Hipertensión Arterial – EPSS.....	104
Gráfico 42. Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas.....	105
Gráfico 43. Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas - EPSS.....	106
Gráfico 44. Tasa de infección intrahospitalaria.....	107
Gráfico 45. Tasa de infección intrahospitalaria – EPSS.....	108
Gráfico 46. Tiempo de espera en consulta médica general.....	109
Gráfico 47. Tiempo de espera en consulta médica general - EPSS.....	110
Gráfico 48. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada - Medicina Interna.....	111
Gráfico 49. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada - Medicina Interna – EPSS.....	112
Gráfico 50. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología.....	113
Gráfico 51. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología – EPSS.....	114
Gráfico 52. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia.....	115
Gráfico 53. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia - EPSS.....	116
Gráfico 54. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría.....	117
Gráfico 55. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría – EPSS.....	118
Gráfico 56. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General.....	119
Gráfico 57. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General – EPSS.....	120
Gráfico 58. Tiempo de consulta Odontología General.....	121
Gráfico 59. Tiempo de consulta Odontología General – EPSS.....	122
Gráfico 60. Tiempo de espera de servicios de Imagenología general Radiología Simple.....	123
Gráfico 61. Tiempo de espera de servicios de imagenología general Radiología Simple – EPSS.....	124
Gráfico 62. Tiempo de espera de servicios de Imagenología Especializado-TAC.....	125
Gráfico 63. Tiempo de espera de servicios de Imagenología Especializado-TAC – EPSS.....	126
Gráfico 64. Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico.....	127
Gráfico 65. Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico – EPSS.....	127
Gráfico 66. Tiempo de espera Cirugía Programada.....	129



Gráfico 67. Tiempo de espera Cirugía Programada – EPSS 129

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Marco conceptual propuesto por OCDE-Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención..... 14
Ilustración 2. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Dimensión-Finalidad-Dominios 16
Ilustración 3. Etapas y pasos de la metodología para el reporte 17

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de Calidad seleccionados -Dimensión de Efectividad 18
Tabla 2. Indicadores de calidad seleccionados-Dimensión: Seguridad de la Atención..... 20
Tabla 3. Indicadores seleccionados Dimensión: Atención centrada en el Usuario 21
Tabla 4. Acceso a servicios públicos, privados o comunales, según área. Colombia 2011 31
Tabla 5. Población afiliada al régimen subsidiado-Departamentos 39
Tabla 6. Porcentaje de participación EPS Régimen Subsidiado..... 40
Tabla 7. Clasificación Muerte Materna. Instituto Nacional de Salud, 2011 47
Tabla 8. Enfermedades transmitidas por vectores. Colombia, 2008-2010 82

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Índice de Pobreza por Departamentos .Colombia, 2009-2011 26
Figura 2. Índice Gini por Departamentos. Colombia, 2009-2011..... 27
Figura 3. Tasa de Analfabetismo en personas de 15 y 24 años y en personas mayores de 15 años. Colombia, 2002-2010 28
Figura 4. Condiciones inapropiadas de la vivienda. Colombia, 2011 29
Figura 5. Servicios inadecuados Colombia, 2011 30
Figura 6. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud. Colombia, 2012..... 32
Figura 7. Proporción de Nacidos Vivos en mujeres menores de 26 años. Colombia, 2005-2010..... 34
Figura 8. Esperanza de vida total y por sexos. Colombia, 1985-2020 36
Figura 9. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010..... 44
Figura 10. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010..... 44
Figura 11. Mortalidad materna, según regiones. Colombia, 2005-2010 48
Figura 12. Mortalidad Materna Tardía, según regiones. Colombia, 2005-2010 48
Figura 13. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con NBI. Colombia, 2010..... 49



Figura 14. Razón de mortalidad materna departamental según NBI. Colombia, 2010	51
Figura 15. Mortalidad por afecciones del período perinatal. Colombia, 2005-2011	54
Figura 16. Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos. Colombia, 2005-2010	56
Figura 17. Mortalidad infantil por sexo, según grupo de edad de la madre. Colombia, 2010.....	57
Figura 18. Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, según regiones. Colombia, 2005-2010	57
Figura 19. Tasa de mortalidad en menores de un año, según NBI, según regiones. Colombia, 2010	58
Figura 20. Curva de concentración, mortalidad infantil relacionada con NBI. Colombia, 2010	58
Figura 21. Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Colombia 2005-2010.....	62
Figura 22. Mortalidad en menores de cinco años por EDA, según regiones. Colombia, 2005-2010.	63
Figura 23. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según porcentaje de personas que habitan viviendas inadecuadas. Colombia, 2010	63
Figura 24. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según porcentaje viviendas con servicios inadecuados. Colombia, 2010	64
Figura 25. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población con servicios inadecuados*. Colombia, 2010.....	64
Figura 26. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según inasistencia escolar. Colombia, 2010.....	65
Figura 27. Mortalidad por IRA en menores de cinco años. Colombia, 2005-2010.....	69
Figura 28. Mortalidad por IRA en menores de cinco años, según regiones. Colombia, 2005-2010 ..	69
Figura 29. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Colombia, 2008-2011	80
Figura 30. Distribución de casos según estadio. Colombia	85
Figura 31. Personas con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, según grupos de edad y sexo. Colombia, 2012.....	85
Figura 32. Prevalencia de enfermedad renal crónica estadio 5, por 100.000 afiliados, según régimen. Colombia, 2008-2012.	86
Figura 33. Cobertura de atención institucional del parto, según regiones. Colombia, 2005 y 2010.	88
Figura 34. Cobertura de atención institucional del parto, según nivel educativo. Colombia, 2010.	89
Figura 35. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, según regiones. Colombia, 2005 y 2010	93
Figura 36. Porcentaje de población afiliada mayor de 45 años con Hipertensión Arterial ó Diabetes Mellitus. Colombia, Junio 2012	98
Figura 37. Distribución de casos de Diabetes Mellitus según régimen de afiliación y sexo. Colombia	98
Figura 38. Distribución de casos de Hipertensión Arterial según régimen de afiliación y sexo. Colombia.....	103



1 INTRODUCCIÓN

Antes de presentar los resultados es necesario realizar un especial llamado de atención sobre las fuentes de información utilizadas y las limitaciones que se derivan para el presente informe del estado de consolidación de las mismas.

En el año 2006¹ se definieron las bases del Sistema de Información para la Calidad (SIC), que en conjunto con habilitación, auditoría y acreditación conforman los cuatro componentes del SOGC. El SIC reúne un conjunto de indicadores para IPS y EPS en aspectos relevantes de la calidad de la atención en salud y permite realizar descripciones semestrales y anuales². Esta información es pública y está discriminada por Departamento, EPS e IPS y es la principal fuente para monitorizar la calidad de la atención en salud. No obstante, esta información es enviada al Ministerio de manera semestral por lo que los datos correspondiente al periodo junio-diciembre de 2013, aún están en proceso de recolección y consolidación, de modo que no hay siquiera una versión preliminar disponible en este momento.

En vista de la solicitud de la Honorable Corte Constitucional de entregar un reporte de la calidad de la prestación de servicios de salud en el régimen subsidiado para el periodo comprendido entre el 1 de enero al 30 de noviembre del año 2013, se había planteado la posibilidad de contar con un plazo adicional para tener la oportunidad de utilizar todas las fuentes de información relevantes³ y en especial el SIC. Sin embargo, dada la decisión de no conceder el término adicional solicitado, este reporte utiliza como fuentes de información el sistema de indicadores de Alertas Tempranas y otras fuentes adicionales que se listan a continuación:

1. Registro de casos de Notificación Obligatoria –SIVIGILA
2. Registro único de Afiliados, Módulo de Nacimientos y Defunciones–RUAFND
3. Registro de actividades de protección específica para detección temprana- *Resolución 4505 de 2012*
4. Registro Individual de Prestación de Servicios-RIPS
5. Registro de Enfermedad Renal Crónica-*Resolución 4700 de 2008*
6. Registro de pacientes VIH- *Resolución 4725 de 2011*
7. Reporte de EPS Indicadores Alerta Temprana- *Sistema de Inteligencia de Negocios - Circular Única Archivo 120 Superintendencia Nacional de Salud.*

Sobre estas fuentes es necesario tener en cuenta que las mismas están sujetas a procesos técnicos de consolidación, que involucran a este Ministerio y otras entidades, y que como consecuencia de ello muchos de los resultados de este informe son preliminares y podrían cambiar a medida que avance el proceso de consolidación.

¹ Expedición del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución reglamentaria No. 1446

² Los objetivos del sistema de información para la calidad descritos en la citada reglamentación son: (i) hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS (ii) contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad (iii) contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios. (iv) apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos. Las fechas de reporte semestrales son 31 julio y 25 febrero.

³ Otras fuentes relevantes de información: Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS del año 2013, cuyos resultados estarán listos antes del primer trimestre 2014. Indicadores establecidos en la Resolución 1446 de 2006, reportados por las EPS a la Supersalud el 25 de Febrero de 2014 y consolidados en el primer trimestre 2014.



En primer lugar, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), es un sistema dinámico, para el cual las Entidades Territoriales tienen plazo hasta el 31 de marzo de 2014 para hacer ajustes y cerrar sus bases de la vigencia 2013. A diferencia de lo señalado con el SIC, actualmente existen datos preliminares que permiten hacer los análisis de calidad que son incluidos en el presente informe. No obstante, es posible que algunos de estos indicadores se transformen a medida que se consolide la información de manera definitiva.

En segundo lugar, la información entregada con fuente RUAF-ND es preliminar, ya que la última información oficial entregada por el DANE corresponde al año 2011, teniendo en cuenta un rezago de 18 meses en el proceso de emisión de datos oficiales por parte del DANE. Sin embargo, para dar respuesta al requerimiento se analizaron los datos disponibles para 2013. En este caso los procesos de consolidación se escapan del ámbito de competencia del Ministerio y al igual que lo señalado antes, es posible que a medida que avance el proceso de consolidación algunos de estos datos sufran modificaciones.

En cuanto a la Resolución 4505 es aún más importante que la información sea tomada con precaución. Esta es una fuente nueva y en proceso de consolidación, la cual al momento de generar los indicadores contaba con dos cargues de la información vigencia 2013. Esta Resolución introdujo cambios sustanciales a la manera en que se recaudan datos sobre calidad y al tipo de datos de calidad que se recaudan. Por ejemplo, esta Resolución implementa una transición de indicadores globales a indicadores nominales, en los que se deben individualizar las intervenciones que se reportan como realizadas una a una, en lugar de presentar cifras globales como se hacía en muchos casos en el pasado. Estos implican retos importantes en el reporte especialmente para los departamentos con menor capacidad técnica, por lo que el proceso de consolidación ha sido más largo y más complejo.

La información de Enfermedad Renal Crónica y VIH, por su parte, corresponde a datos del año 2012, ya que el año 2013 todavía se encuentra en proceso de auditoría por parte de la Cuenta de Alto Costo. Estos datos, si cuentan con un proceso de consolidación agotado y en principio corresponden a los resultados definitivos.

Finalmente, desde el año 2009 la Superintendencia Nacional de Salud puso en marcha la Circular Única, la cual definió los Indicadores de Alerta Temprana con el objetivo de complementar la información semestral reportada por las entidades y contar con elementos para una intervención más inmediata.

Las observaciones realizadas a cada una de las fuentes, demandan precaución en la lectura de los resultados que se incluyen en el presente informe pues éstos son susceptibles de ajustes según el comportamiento final de las bases de datos y según otros indicadores que estarán disponibles una vez se agote el proceso de consolidación de la información.

Los indicadores también dan cuenta y representan mediciones relacionadas a grupos etarios de la población, partiendo desde la etapa preconcepcional, los primeros años de vida entre los 1 a 5 años, el grupo de población de 5-14 años, la población mayor de 14 años, una categoría especial para las mujeres entre los 24 a 69 años y por último un grupo objetivo en materia de salud pública:



las gestantes. A su vez existen indicadores trazadores que fueron seleccionados, dada su relevancia, y que dentro de este conjunto constituyen una medición para el total de la población puesto que las enfermedades estudiadas no se encuentran asociadas a una edad específica.

Este reporte está compuesto por diez secciones de las cuales la primera es esta introducción. En la segunda sección se presenta el marco conceptual utilizado. En la tercera se detalla la metodología empleada para la identificación de las dimensiones en la prestación de servicios de salud y los indicadores de calidad seleccionados. En la cuarta sección se presenta un acercamiento a las condiciones de la población colombiana. En la quinta se hace una descripción del régimen subsidiado y las EPS que hacen parte de este análisis. La sexta sección presenta los indicadores de calidad seleccionados, con un marco conceptual previo y los resultados diferenciados por departamento y EPS. La séptima sección despliega las principales conclusiones de este informe, en la octava se presenta la bibliografía y la novena y décima son los anexos de las fichas técnicas de cada uno de los indicadores y el análisis de concentración intra-departamental de acuerdo a 8 indicadores de resultados en salud y dos determinantes sociales.



2 MARCO CONCEPTUAL

El Ministerio de Salud y Protección Social realizó un trabajo conceptual el cual se presenta a continuación, que permitió definir los ámbitos y dimensiones que tratará el reporte. Es importante anotar que este trabajo parte de los trabajos previos realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la materia.

En el año 2006 la Organización Mundial de la Salud sugirió seis áreas o dimensiones de la calidad, en las que se debería concentrar un sistema de salud:

1. *Efectividad*: entregando el cuidado médico adherido a una base de evidencia científica y a resultados en mejoramiento de la salud para los individuos y las comunidades según sus necesidades.
2. *Eficiencia*: entregando el cuidado médico de forma que se maximice el uso del recurso y se eviten desperdicios.
3. *Accesibilidad*: entregando el cuidado médico de manera oportuna, geográficamente razonable, y con un ajuste en habilidades y recursos para la necesidad médica.
4. *Atención centrada en el paciente*: entregando el cuidado médico que se requiera, a las preferencias y aspiraciones de los usuarios de servicios individuales, y a las culturas de sus comunidades.
5. *Equidad*: entregando el cuidado médico que no varíe en calidad debido a características personales tales como género, raza, pertenencia étnica, localización geográfica, o estado socioeconómico.
6. *Seguridad*: entregando el cuidado médico que reduzca al mínimo riesgos y daño a los usuarios de servicios.(OMS, 2006)

En este sentido el Ministerio de Salud y Protección Social expidió el Decreto 1011 de 2006, en el cual definió la calidad de la atención incluyendo estos elementos: *"...provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios."*

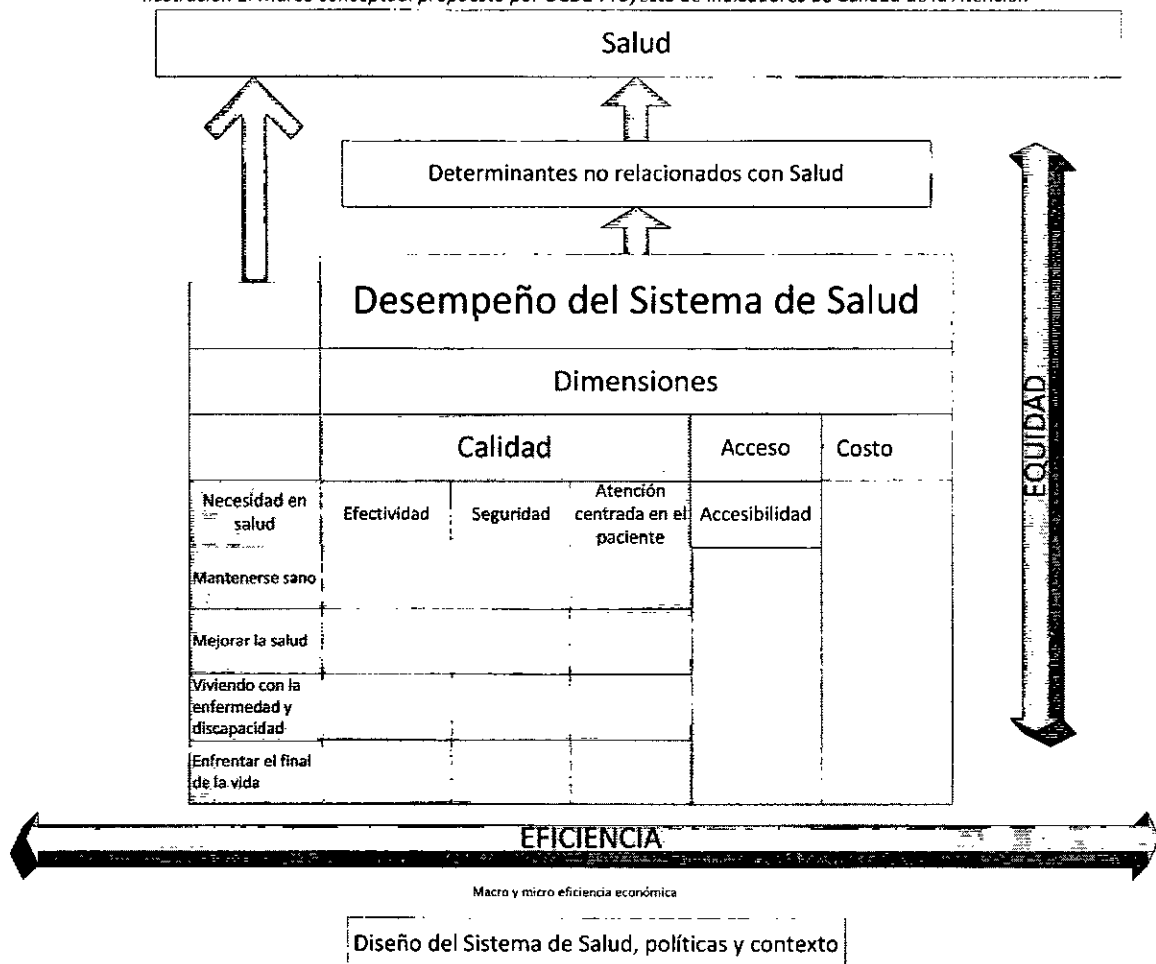
Esta concepción de la calidad parte del supuesto que la salud es el resultado de la interacción de condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad y en ese sentido los resultados en salud no son sólo una consecuencia de las acciones adoptadas por los agentes del sistema sino también de otros factores externos al sistema de salud. En esta línea, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha tratado de superar la visión medicalizada de la salud que separa lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo e impide comprender que la salud no es el producto solamente de lo que hace el sector salud, mucho menos de lo que hacen los servicios. El objetivo es avanzar hacia el reconocimiento de que la salud es el resultado de lo que hace el conjunto de la sociedad, sus instituciones públicas y privadas y los ciudadanos con un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y debe ser gestionada con una visión amplia intra y extra sectorial e intra y extraservicios. Esta visión es, por ejemplo, la que está plasmada en forma explícita en el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021.





En este contexto, con la finalidad de presentar los indicadores de calidad de las EPS del régimen subsidiado, al conjunto de cualidades o atributos que se encuentran inmersas en un proceso de atención se les ha llamado dimensiones o dominios de la calidad. Existen múltiples enfoques para definir estas dimensiones, y el tema es una discusión que aún no ha terminado. Sin embargo, algunos de estos enfoques tienen un uso más extendido y una mayor aceptación entre las organizaciones internacionales de derechos humanos. Por esta razón, revisando las experiencias nacionales e internacionales, se decidió optar por el modelo presentado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y acogido por este Ministerio en el Primer Informe Nacional de la Calidad de la Atención en Salud-INCAS 2009, en el que se definen cinco dimensiones para observar el desempeño de un sistema de salud: Equidad, Eficiencia, Acceso, Costo y Calidad, tal como se aprecia en la ilustración 1.

Ilustración 1. Marco conceptual propuesto por OCDE-Proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención



Fuente: INCAS 2009: Kelley, Hurst, J. (2006) Health care quality indicators protect. Conceptual framework (OCDE) Health working papers No. 23). Paris - France. OECD



Haciendo referencia al mismo marco conceptual, las dimensiones que la OCDE seleccionó para evaluar la calidad de en la prestación de los servicios (resaltadas en la ilustración 1) fueron: (i) Efectividad, (ii) Seguridad y (iii) Atención centrada en el paciente por tanto y dado el alcance de la solicitud de la Honorable Corte, este informe se centrará en dichas dimensiones de la calidad. Este esquema simplemente es un criterio de organización de los indicadores, pero en todo caso estos informan sobre las otras dimensiones de la calidad: la eficiencia y la equidad.

Esto se puede constatar en la definición del alcance teórico de estas dimensiones. En primer lugar, la efectividad fue definida por Avedis Donabedian⁴ en 1990 como “el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables.” refiriéndose así a los resultados deseables en salud. En segundo lugar, la seguridad se refiere al conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006). Finalmente, la atención centrada en el paciente se concentra en la atención pronta, inmediata en situaciones de urgencia y espera razonable para los casos que no sean urgencia.

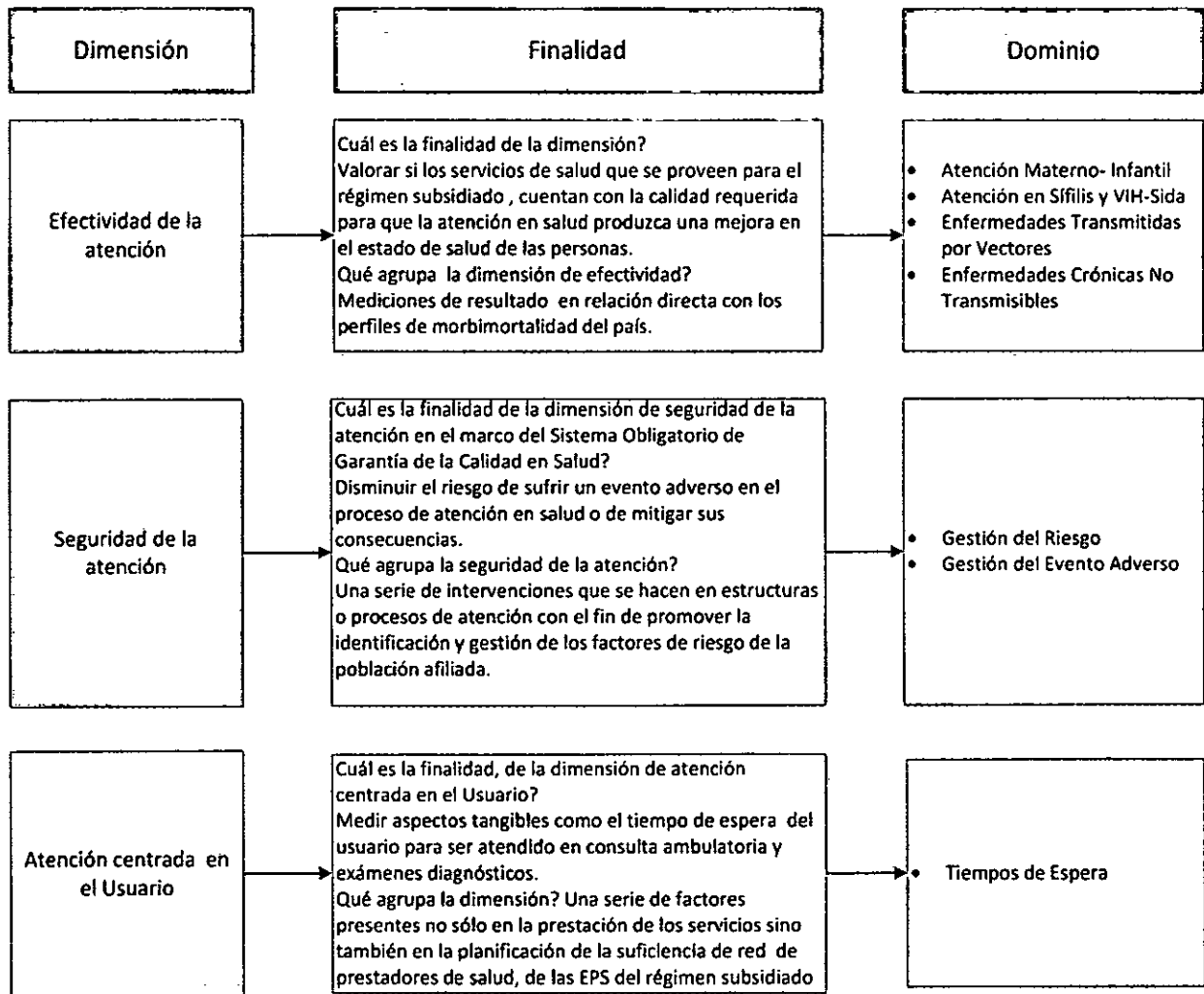
En desarrollo de lo anterior, con la ilustración 2 se explica cada una de las dimensiones de la calidad, describiendo su finalidad, es decir qué aspectos permite evaluar, y qué tipo de mediciones incluye, así como también los dominios en los que se clasifican los indicadores de calidad trazadores, que reflejan temas prioritarios para la calidad de la prestación de los servicios del régimen subsidiado.

El detalle de los indicadores utilizados en cada una de las dimensiones, así como las fichas técnicas de los mismos, pueden ser consultadas en el anexo No. 1.

⁴ Avedis Donabedian nació en Beirut de 1919, conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad.



Ilustración 2. Evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Dimensión-Finalidad-Dominios



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social



3 METODOLOGÍA DEL REPORTE

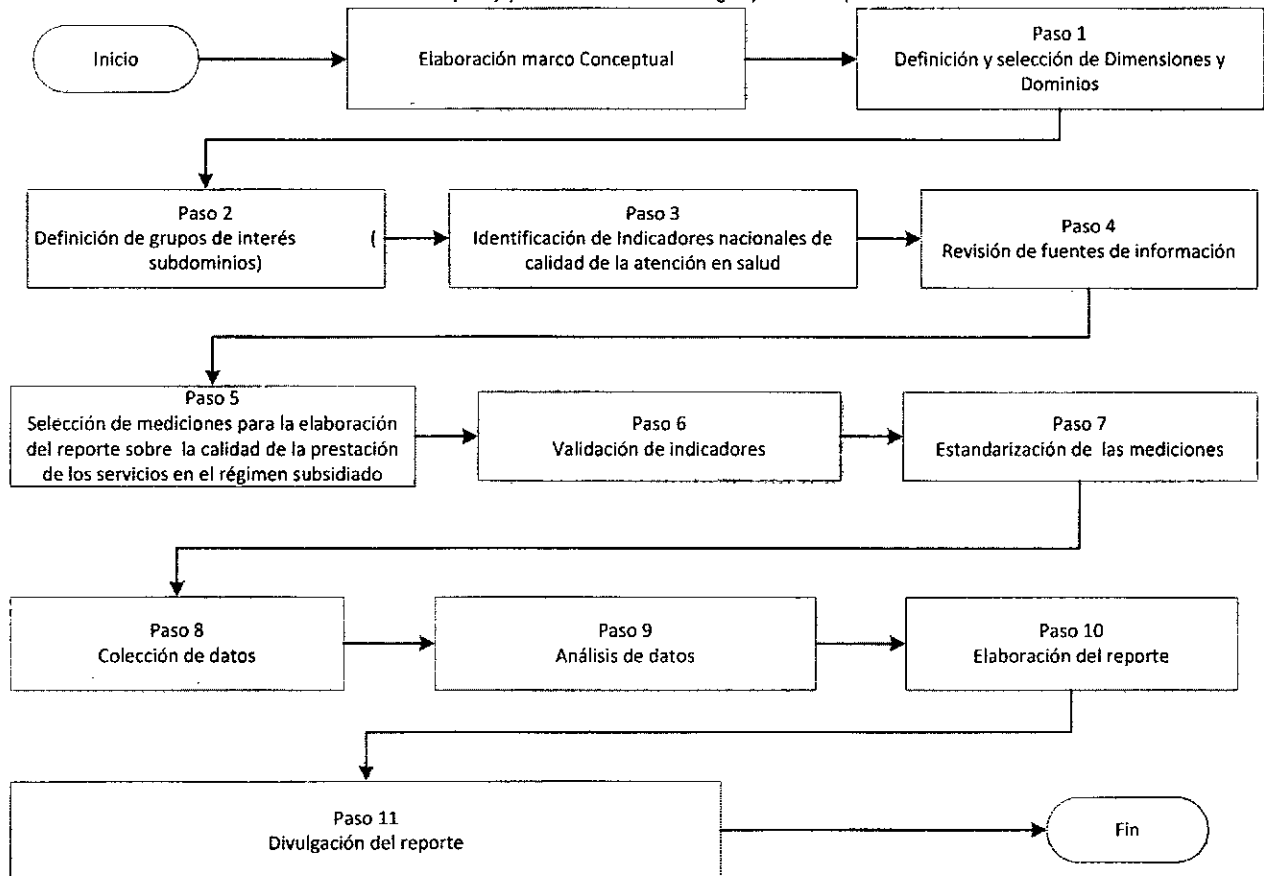
Para seleccionar los indicadores que permiten evaluar la calidad de la prestación de los servicios en el régimen subsidiado en Colombia, se realizó una revisión de informes nacionales de calidad en salud, normas, principios y fundamentos del SGSSS y del SOGC. El diseño metodológico se realizó en 3 etapas y 11 pasos secuenciales:

Etapa I: Revisión del conjunto total nacional de indicadores que permiten medir puntos críticos de la calidad de la atención en salud, especificados por dominios y subdominios.

Etapa II: Definición del conjunto específico de indicadores que conformarían el reporte sobre la calidad en la prestación de los servicios del régimen subsidiado.

Etapa III: Elaboración del reporte "calidad en la prestación de los servicios del régimen subsidiado".

Ilustración 3. Etapas y pasos de la metodología para el reporte



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

10



3.1 Selección de Indicadores

3.1.1 Indicadores de efectividad de la atención en salud

En el desarrollo del marco conceptual de referencia se logró una aproximación a los tres dominios de la calidad de la atención que tienen el potencial para agrupar las cualidades en la que debe llevarse a cabo la prestación de los servicios en términos de efectividad de la atención. El análisis de esta dimensión tiene como finalidad valorar si los servicios prestados por el régimen subsidiado cuentan con la calidad necesaria para que la atención en salud produzca un resultado que impacte en las necesidades de sus afiliados.

Esta dimensión agrupa dominios que permiten valorar la efectividad de las acciones sobre los temas prioritarios en atención materno-infantil, VIH-Sida y Sífilis, enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades crónicas no transmisibles, los cuales cumplen con el propósito de mejorar la salud de los individuos y las comunidades.

Tabla 1. Indicadores de Calidad seleccionados -Dimensión de Efectividad

DIMENSIÓN	DOMINIO	SUBDOMINIO	INDICADOR
Efectividad de la atención en salud	Atención Materno-Infantil	Calidad de la atención en el embarazo	E-01 Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal
			E-02 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
			E-03 Razón de Mortalidad materna
			E-04 Tasa de mortalidad perinatal
		Calidad de la atención en niños	E-05 Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año
			E-06 Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarréica Aguda) en menores de 5 años
			E-07 Tasa de mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menores de 5 años
			E-08 Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional
	Atención en Sífilis y VIH Sida	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida	E-09 Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico
			E-10 Tasa de Incidencia Sífilis Congénita
			E-11 Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que
	Enfermedades transmitidas por vectores	Calidad de la atención a enfermedades transmitidas por vectores	E-12 Letalidad por Dengue
	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Calidad de la atención en Enfermedades cardiovasculares y metabólicas	E-13 Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Antes de identificar las mediciones fue necesario contar con un nivel adicional de desagregación para la dimensión de efectividad, que permitió guiar los aspectos relevantes dentro de los grupos de interés para la prestación de los servicios del régimen subsidiado.

En este contexto, los subdominios a tratar para la dimensión de efectividad se reúnen en cinco temas prioritarios de la calidad de la atención en el embarazo, niñez, sífilis y VIH-Sida, enfermedades transmitidas por vectores y enfermedades de origen cardiovascular y metabólico. En este sentido, las mediciones aquí incluidas están directamente relacionadas con algunas de las enfermedades que representan un peso importante en el perfil de morbilidad de Colombia.

Los indicadores de efectividad de la atención son 13 mediciones que tienen como propósito disponer y divulgar información sobre la efectividad de la atención en el régimen subsidiado, evaluando su comportamiento y evolución en el período solicitado.

11



3.1.2 Indicadores de seguridad de la atención en salud

La efectividad en la prestación de los servicios de salud debe ser trabajada simultáneamente con la mayor seguridad posible, para obtener los mejores resultados en salud para los individuos y la población.

Antes de identificar las mediciones fue necesario contar con un nivel adicional de desagregación para esta dimensión, que permitió guiar los aspectos relevantes en seguridad de la atención para la prestación de los servicios del régimen subsidiado.

Los subdominios seleccionados dan cuenta de algunas mediciones que permiten valorar las actuaciones seguras en la prestación de los servicios de salud.

Tabla 2. Indicadores de calidad seleccionados-Dimensión: Seguridad de la Atención

DIMENSIÓN	DOMINIO	SUBDOMINIO	INDICADOR
Seguridad de la atención	Gestión del riesgo	Calidad de la atención obstétrica	S-01 Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud
			S-02 Porcentaje de partos por cesárea
			S-03 Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales
			S-04 Porcentaje de tamización para VIH en gestantes
		Calidad de la atención en el paciente hipertenso y diabético	S-05 Captación de pacientes con Diabetes Mellitus.
			S-06 Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.
			S-07 Captación de pacientes con Hipertensión Arterial.
			S-08 Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas.
	Gestión del Evento Adverso	Calidad de la atención intrahospitalaria	S-09 Tasa de infección intrahospitalaria

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

En este contexto, para la dimensión de seguridad de la atención se incluyó la gestión del riesgo que realizan las EPS-S sobre la calidad de la prestación para las pacientes obstétricas y el paciente hipertenso y diabético. A su vez, se consideró la importancia de la gestión del evento adverso que realizan las EPS-S en el tema específico de infecciones intrahospitalarias.

Los indicadores de seguridad de la atención son 9 mediciones que tienen como propósito disponer y divulgar información sobre la seguridad con la que se prestan los servicios del régimen subsidiado, evaluando su comportamiento y evolución en el período solicitado.



3.1.3 Indicadores para la Atención centrada en el usuario

Finalmente, en relación con la dimensión de atención centrada en el usuario, se estimó que los tiempos de espera para los servicios médicos constituyen una forma de medición adecuada, dado que proporcionan información sobre el grado de implementación de los procesos de agendamiento, y estimación de capacidad instalada.

Tabla 3. Indicadores seleccionados Dimensión: Atención centrada en el Usuario

Atención centrada en el usuario	Tiempos de Espera	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos	A-01 Tiempo de espera en consulta médica general.
			A-02 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Medicina Interna
			A-03 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología.
			A-04 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia.
			A-05 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría.
			A-06 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General.
			A-07 Tiempo de consulta Odontología General.
			A-08 Tiempo de espera de servicios de imagenología general Radiología Simple.
			A-09 Tiempo de espera de servicios de imagenología Especializado-TAC.
			A-10 Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico
			A-11 Tiempo de espera Cirugía Programada

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Las mediciones seleccionadas se centraron exclusivamente en los tiempos de espera reportados por las EPS-S a la Superintendencia Nacional de Salud, para el período contemplado entre el 1 de enero a 30 de septiembre de 2013. A pesar de que se trata de un auto-reporte, algunas de las características de los datos indican que estos tienen credibilidad. En todo caso el Ministerio cuenta con una importante fuente de contraste que es la encuesta de satisfacción que se realiza a los usuarios del sistema, lo mismo que las encuestas de Calidad de Vida del DANE, no obstante estas se encuentran en proceso de consolidación y depuración y aún no están disponibles.

En esta dimensión se incluyeron mediciones que dan cuenta de la espera de los usuarios desde el momento en que solicitan la cita para ser atendidos en consulta ambulatoria general y especializada hasta el momento de ser atendidos por el profesional de la salud, así como también se consideraron los tiempos de espera para los procedimientos diagnósticos los cuales impactan en la oportunidad de las definiciones de conducta médica y tratamiento, para la población subsidiada. Los indicadores de esta dimensión son 11 mediciones que tienen como propósito disponer y divulgar información sobre la calidad de la atención centrada en el usuario, evaluando su comportamiento y evolución en el período solicitado.

12



4 ACERCAMIENTO A LAS CONDICIONES DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA

Con el objeto de contextualizar el análisis del reporte sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado para el año 2013, en el presente capítulo se incluyen los resultados del análisis de situación de salud, presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo el título: “Análisis de Situación de Salud según regiones. Colombia, 2012” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

La importancia de este contexto es que permite poner en perspectiva algunos de los resultados de los indicadores de calidad, bajo la consideración de que los resultados en salud son consecuencia también de un conjunto de condiciones externas a los sistemas de salud que además escapan de la competencia del sector. Como precisó la Comisión de los determinantes sociales en salud de la OMS “Tradicionalmente, la sociedad ha esperado del sector sanitario que se ocupe de las cuestiones que afectan a la salud y de las enfermedades. Indiscutiblemente, la mala distribución de la atención de salud - el hecho de no prestar asistencia sanitaria a quienes más lo necesitan - es uno de los determinantes sociales de la salud. Pero la elevada carga de morbilidad causante de índices de mortalidad prematura terriblemente elevados se debe en gran parte a las condiciones en que muchas personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. A su vez, la deficiencia y la disparidad en las condiciones de vida son consecuencia de políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política” (Comisión de los Determinantes Sociales en Salud, 2008). Como se verá en detalle en el desarrollo de este informe, en concordancia con lo explicado por la OMS, es común el patrón de encontrar que aquellas EPS que prestan sus servicios en los departamentos más pobres y vulnerables en muchos casos presentan indicadores más negativos. En ese sentido, los peores resultados en salud coinciden, al menos en parte, con aquellos departamentos con mayores índices de pobreza (Chocó), con mayor desigualdad (Chocó, Guajira), peores condiciones de vivienda (Vichada, La Guajira y Córdoba) y sin acceso a servicios – agua y sanitario – (Chocó, Vichada, y Guainía). Este patrón se reitera también en los departamentos con mayor dispersión poblacional en los que el acceso a servicios enfrenta mayores barreras geográficas (Amazonas, Vaupés, Guaviare, Guainía y Vichada).

Este análisis no pretende llevar a cabo una revisión exhaustiva de los indicadores existentes para la medición, sino mostrar una aproximación a las condiciones de la población colombiana. Por otra parte se constituye en un marco de análisis previo, al análisis descriptivo de los resultados de los indicadores seleccionados, para la evaluación de la calidad de la prestación de los servicios de salud del régimen subsidiado.

Del documento mencionado se seleccionaron apartes que describen las condiciones de la población colombiana, a través de (i) características socio demográficas, económicas y territoriales, (ii) descripción de algunos determinantes de la salud: pobreza, educación, condiciones de la vivienda, acceso a servicios, cobertura de seguridad social, y finalmente el (iii) análisis de los efectos en la salud los cuales hacen referencia a los resultados de la interacción de los determinantes sociales sobre la salud por las dimensiones de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.



4.1 Caracterización sociodemográfica, económica y territorial.

La región de América Latina y el Caribe ha entrado en una etapa de transición demográfica; los países que la componen están experimentando cambios en las estructuras poblacionales por edad, evidenciándose principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. En la región, se estima que la tasa global de fecundidad habrá pasado de 5,9 hijos por cada mujer en el quinquenio 1950-1955 a 1,9 en el quinquenio 2045-2050; además, se estima que para el mismo periodo la esperanza de vida habrá pasado de 51,8 años a 79,6, y que la mortalidad infantil habrá pasado de 127,7 muertes a 7,9 por cada 1.000 nacidos vivos. Se proyecta que la población entre 0 y 14 años se reducirá en un 22%, que la población entre 15 y 59 años aumentará en un 4% y que la población mayor de 60 años aumentará en un 18%. (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe, 2008)

En el año 2012, Colombia conforma un país de 46'581.823 habitantes; un 7,92% (3'693.231 habitantes) más poblado que en el año 2005; el 49,36% (22'997.087) de la población son mujeres y el 50,63% (23'584.736) son hombres. El 75,95% de la población habita en el área urbana, y en el área rural el 24,05% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2012).

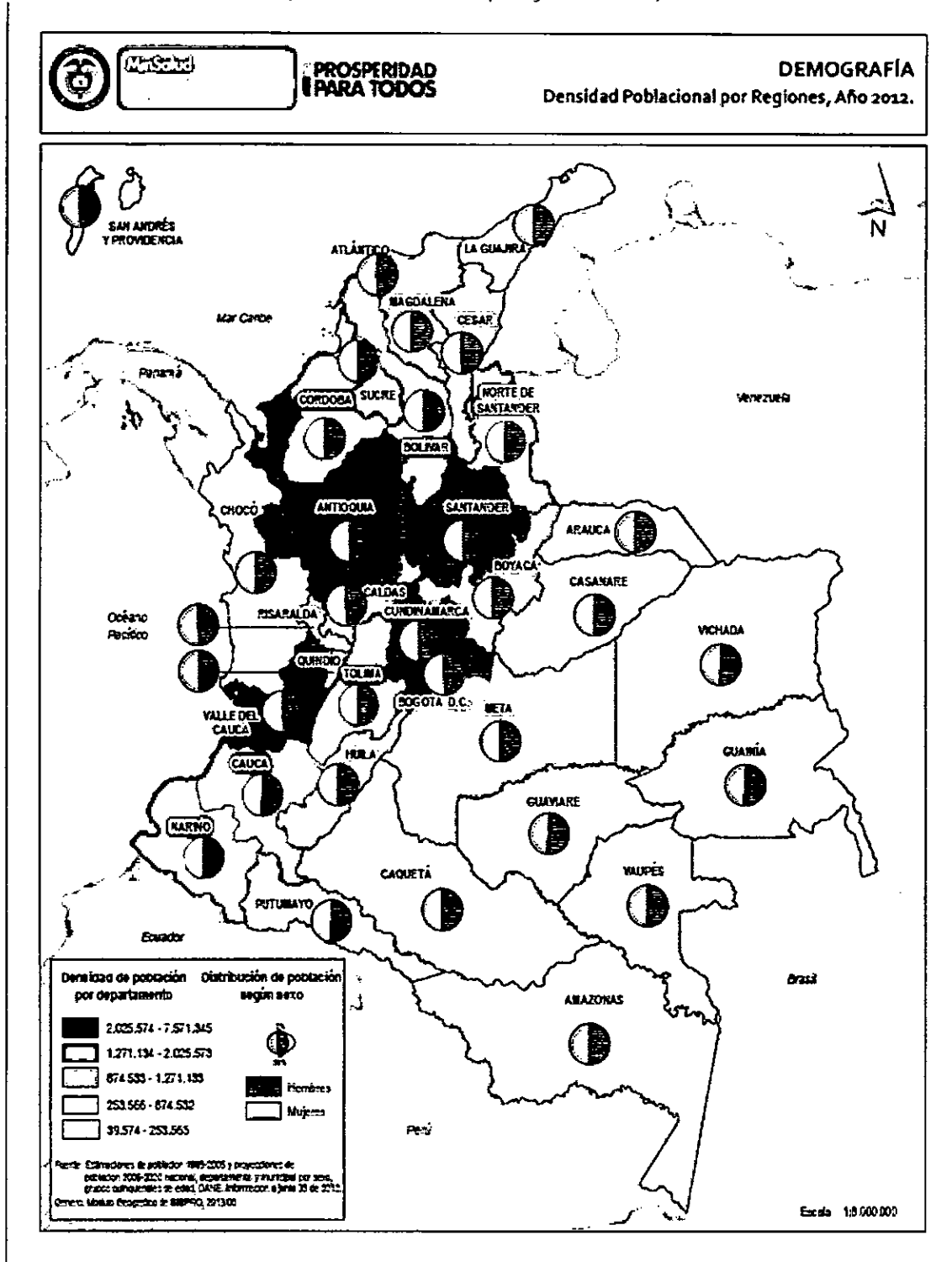
Colombia está dividida políticamente en 1.126 municipios, cuatro distritos y 32 departamentos. Se han conformado seis regiones, así:

(i)Región Caribe e insular: Atlántico, Cesar, Córdoba, Bolívar, Magdalena, La Guajira, San Andrés Islas y Sucre; (ii)Región Central: Antioquia, Caquetá, Caldas, Huila, Tolima, Risaralda y Quindío; (iii)Región Bogotá-Cundinamarca: Bogotá D.C. y Cundinamarca; (iv)Región Oriental: Arauca, Boyacá, Casanare, Meta, Norte de Santander, Santander y Vichada; (v)Región del Pacífico: Chocó, Cauca, Valle del Cauca y Nariño y (vi)Región Amazonía-Orinoquia: Amazonas, Vaupés, Guaviare, Putumayo y Guainía.

Cada región muestra una dinámica demográfica diferente, influenciada por factores propios del territorio, como las características climáticas, políticas, organizativas, las oportunidades educativas y laborales, entre otras. La región más poblada es Bogotá-Cundinamarca, seguida de la región Caribe, mientras que la menos poblada es la región Amazonía-Orinoquia (Mapa 1).



Mapa 1. Densidad Poblacional por regiones. Colombia, 2012



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal, por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

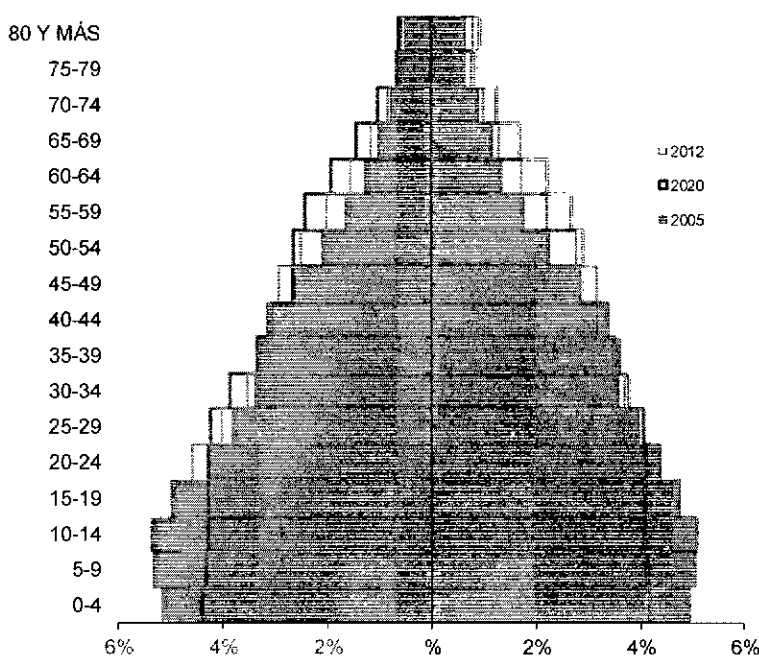


Colombia, como el resto de los países de la región, experimenta la misma transición demográfica, con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. Para el año 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) había 38,03 niños entre 0 y 4 años; para el año 2012 esta cifra descendió a 34,78. Para el año 2012 la población menor de 15 años corresponde al 27,74% de toda la población, un 3,27% menos que para el año 2005, cuando aportaba el 31,01% del total. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7% de toda la población, mostrando un incremento del 0,75% con respecto al año 2005, cuando aportaba el 6,25%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos siete años. En el 2005, de cada 100 personas entre 15 y 64 años dependían 59,41 personas menores de 15 años o mayores de 65 años; en el año 2012, el número de dependientes es de 53,23. Mientras que el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el año 2005 a 42,51 en el año 2012, el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en el año 2005 a 10,72 en el año 2012. Se estima que por un periodo de 44 años, comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas (Comisión Económica y Social para América Latina y el Caribe, 2008).

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva, e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad, con un estrechamiento en su base para el año 2012 comparado con el año 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que se avanza, se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad.

Gráfico 1. Pirámide Poblacional



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

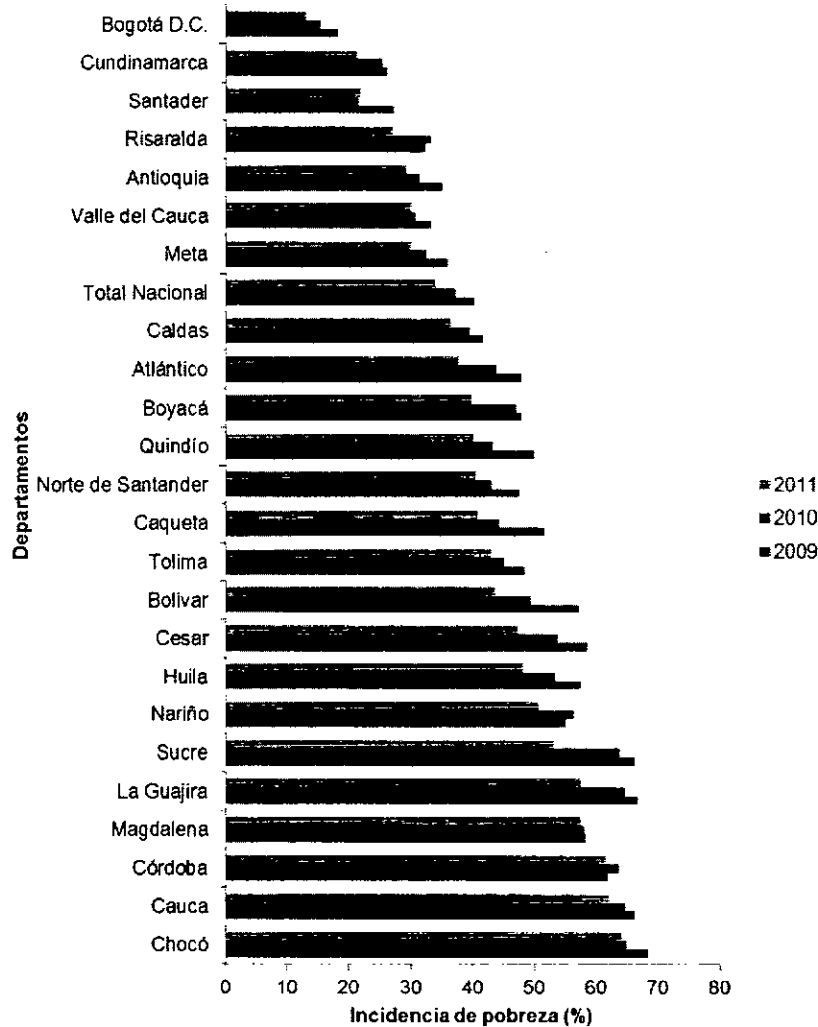


4.2 Descripción de algunos determinantes sociales de la salud

4.2.1 Pobreza

La incidencia de pobreza en Colombia para el año 2011 fue de 34,1%, un 6,2% menos que en el año 2009. Se evidencian grandes diferencias entre los departamentos; Chocó es el departamento que presenta mayor pobreza, con un 64%, y casi quintuplica al distrito capital, que representa la entidad territorial con menor pobreza, con un 13,1%. En todos los departamentos se evidencia que la pobreza ha disminuido entre los años 2009 y 2010 (Figura 1). El departamento de Bolívar redujo la pobreza en un 13,5%, pasando de 57,1% a 43,7%, y fue el que mayor disminución experimentó en el trienio, seguido de Sucre, con un 13,1%, y Cesar, con un 11,4%. Los departamentos donde menos reducción de pobreza hubo fueron Córdoba y Magdalena, con un 0,3% y 0,8%, respectivamente. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011)

Figura 1. Índice de Pobreza por Departamentos . Colombia, 2009-2011



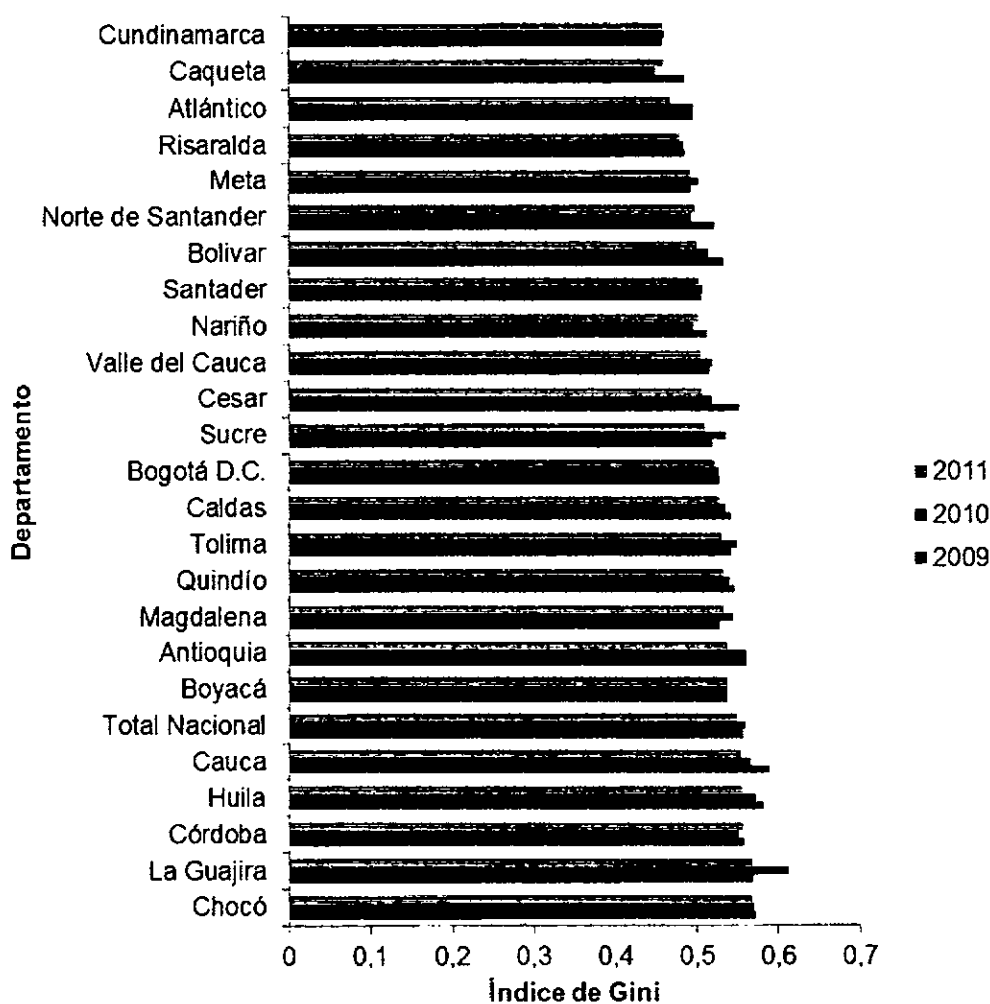
Fuente: DANE, Datos de pobreza monetaria generados con base en Encuesta Continua de Hogares - ECH y Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH.



En cuanto a la desigualdad de ingresos, el índice de Gini para Colombia en el año 2011 fue de 0,548, con una reducción de 0,009 puntos con respecto al año 2009; en general se observa una tendencia constante a través del tiempo. Por departamentos se observa que las diferencias son menos marcadas que lo descrito en pobreza (Figura 2).

Los departamentos con mayor desigualdad para el año 2011 fueron Chocó, La Guajira, Córdoba, Huila y Cauca, cuyos índices oscilaron entre 0,554 y 0,567. Los departamentos con menor desigualdad fueron Cundinamarca, Caquetá, Atlántico, Risaralda y Meta, con índices entre 0,458 y 0,492. Los departamentos que mayor reducción de desigualdad presentaron entre los años 2009 y 2010 fueron Cesar, Cauca y Bolívar, con una reducción de 0,047, 0,035 y 0,033 puntos respectivamente. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011)

Figura 2. Índice Gini por Departamentos. Colombia, 2009-2011



Fuente: DANE, Datos de pobreza monetaria generados con base en Encuesta Continua de Hogares - ECH y Gran Encuesta Integrada de Hogares - GEIH.

15

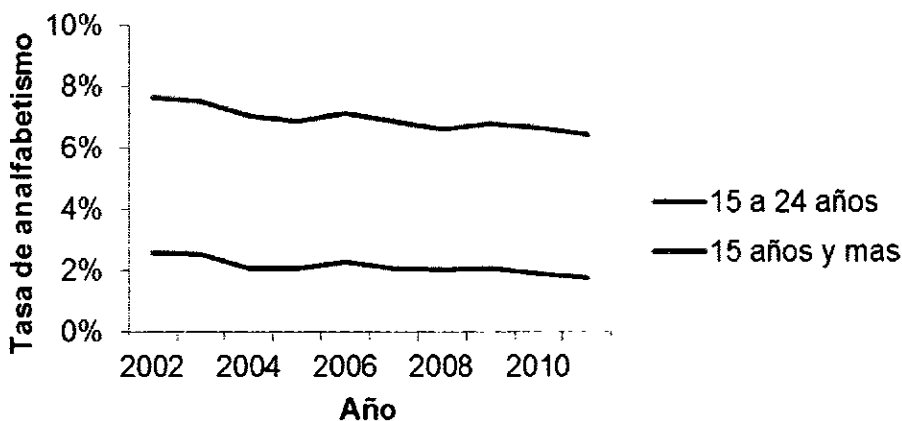


4.2.2 Educación

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, para el año 2011 la proporción de analfabetismo en las personas mayores de 15 años ha disminuido en Colombia un 0,5%, pasando de 6,3% a 5,8%. Se observan grandes diferencias entre las cabeceras municipales y el resto de los territorios; el porcentaje de analfabetismo en mayores de 15 años es casi 4 veces mayor en el resto del territorio que en las cabeceras municipales y entre los años 2010 y 2011 disminuyó un 0,3%, mientras que en las cabeceras municipales disminuyó un 0,6% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011).

De acuerdo con los datos de la Encuesta Continua de Hogares y de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (DANE) que usa el Ministerio de Educación Nacional, entre los años 2002 y 2010 la tasa de analfabetismo ha descendido un 0,80% en la población entre 15 y 24 años y un 1,20% en los mayores de 15 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2010) (Figura 3).

Figura 3. Tasa de Analfabetismo en personas de 15 y 24 años y en personas mayores de 15 años. Colombia, 2002-2010



Fuente: DANE, Encuesta Continua de Hogares y Gran Encuesta Integrada de Hogares –publicada en la página web del Ministerio de Educación Nacional

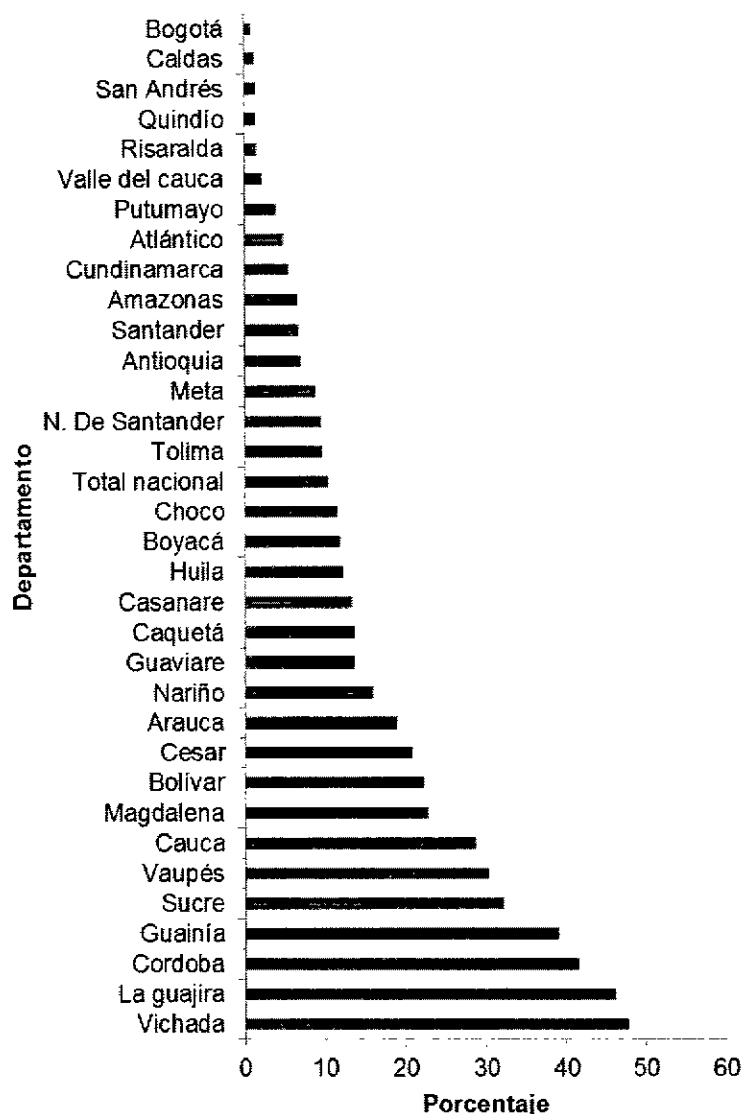
4.2.3 Condiciones de la vivienda

De acuerdo con la definición del DANE, con las condiciones de la vivienda se hace referencia a las condiciones físicas que poseen las viviendas que habitan las personas. Se consideran inapropiadas aquellas viviendas móviles o ubicadas en refugios naturales o bajo puentes, o sin paredes o con paredes de tela o de materiales de desecho, o con pisos de tierra (en las zonas rurales el piso de tierra asociado a paredes de material semipermanente o perecedero).

Según el censo del año 2005, para ese año en Colombia el 10,4% de la población habitaba una vivienda inadecuada. El porcentaje de población que vivía en esas condiciones varía en todos los departamentos, siendo mayor en Vichada, La Guajira y Córdoba, con un 47,74%, un 46,26% y un 41,56%, respectivamente. Así mismo, los departamentos con menor porcentaje de personas que habitaban viviendas inadecuadas son Bogotá, Caldas, San Andrés y Quindío, donde el porcentaje no supera el 1,5%. (Figura 4).



Figura 4. Condiciones inapropiadas de la vivienda. Colombia, 2011



Fuente: DANE. Censo 2005, Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012.

4.2.4 Viviendas con acceso a servicios

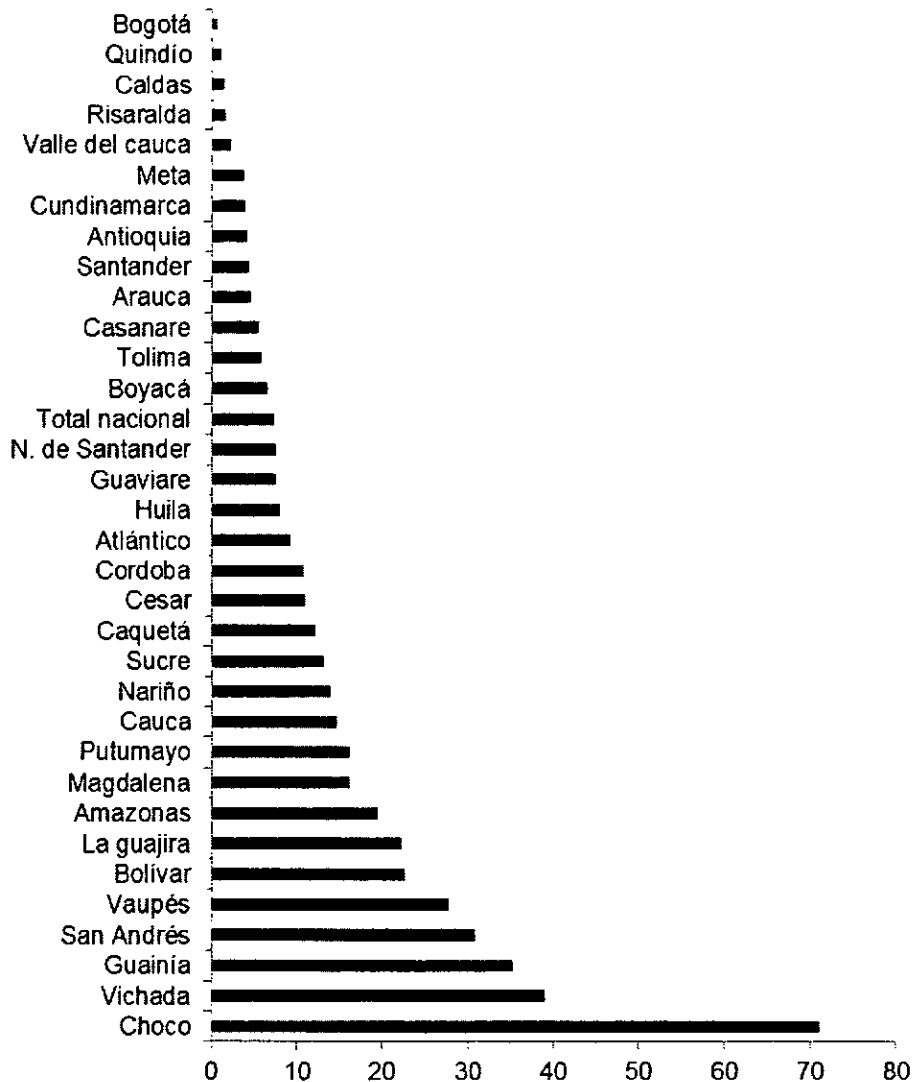
De acuerdo con la definición del DANE, el porcentaje de personas que viven con servicios inadecuados se refiere a su falta de acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas. En las cabeceras municipales, comprende las viviendas sin sanitario o que careciendo de acueducto se proveen de agua en río, nacimiento, carrotanque o de la lluvia. En el resto, dadas las condiciones



del medio rural, se incluyen las viviendas que carezcan de sanitario y acueducto y que se aprovisionen de agua en río, nacimiento o de la lluvia.

Según el censo del año 2005, para ese año en Colombia el 7,4% de la población habitaba una vivienda con servicios inadecuados. El porcentaje que vive con estas condiciones varía entre los departamentos, siendo mayor en Chocó, Vichada, y Guainía, con un 71,13%, un 39,14% y un 35,34%, respectivamente. Así mismo, los departamentos con menor porcentaje de personas que no tienen acceso a servicios adecuados son Bogotá, Quindío, y Caldas, donde el porcentaje no supera el 1,5%. (Figura 5).

Figura 5. Servicios inadecuados Colombia, 2011



Fuente: DANE, Datos de Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012. DANE

*Censo 2005.



De acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida para el año 2011, en Colombia el 87,3% de la población tiene acceso a acueducto y el 72,3% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. (Tabla 4).

Tabla 4. Acceso a servicios públicos, privados o comunales, según área. Colombia 2011

Servicio	Cabecera	Resto	Total
Energía eléctrica	99,5	89,9	97,4
Gas natural	65,6	4,0	52,1
Acueducto	96,0	56,3	87,3
Alcantarillado	89,1	12,3	72,3
Recolección de basuras	97,2	18,3	80,0
Teléfono	46,2	3,3	36,9
Ningún servicio	0,1	8,2	1,9

Fuente DAN
E ECV 2010 – ECV 2011

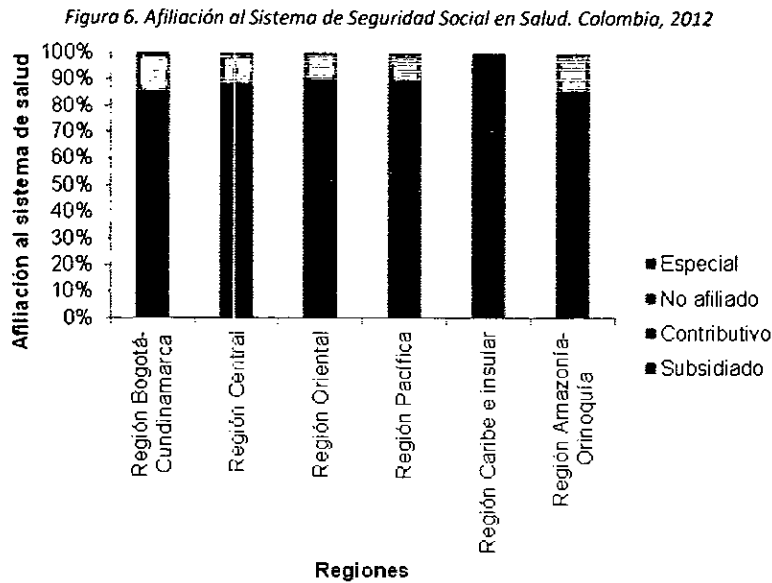
4.2.5 Sistema General de Seguridad Social

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados BDU (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), el 92,02% de la población colombiana se encuentra afiliado al sistema. El 48,34% pertenece al régimen subsidiado, el 42,84% se encuentra afiliado al régimen contributivo, el 0,83% pertenece al régimen especial y el restante 7,98% de la población no se encuentra afiliada.

Al discriminar la cobertura del aseguramiento por región se observa que: el porcentaje de afiliación de la región Caribe es del 100%. Alrededor del 70% de la población está afiliada al régimen subsidiado, cerca del 29% al contributivo y el 0,58% al especial. En la región central el porcentaje de afiliación al sistema es del 89,48%. El 44,43% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 43,92% al contributivo, el 1,12% al especial y el restante 10,52% no está afiliado al sistema.

En la región Bogotá-Cundinamarca el porcentaje de afiliación al sistema es del 86,41%. El 21,54% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 64,39% al contributivo, el 0,48% al especial y el restante 13,59% no está afiliado al sistema. En la región oriental el porcentaje de afiliación al sistema es del 91,73%. El 51,60% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 38,80% al contributivo, el 1,33% al especial y el restante 8,27% no está afiliado al sistema.

En la región del Pacífico el porcentaje de afiliación al sistema es del 90,69%. El 54,42% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 35,51% al contributivo, el 0,76% al especial y el restante 9,31% no está afiliado al sistema. En la región Amazonia-Orinoquia el porcentaje de afiliación al sistema es del 87,50%. El 73,85% de la población está afiliada al régimen subsidiado, el 12,13% al contributivo, el 1,51% al especial y el restante 12,50% no está afiliado al sistema (Figura 6).



Fuente: Base de Datos Única de Afiliados BDUA dispuestos en la ficha de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Distrito Capital tiene la mayor cantidad de personas afiliadas al régimen contributivo en todo el país, con un 72,5%, seguido del departamento de Antioquia, con el 51,8%. Los departamentos donde menos del 10% de su población está afiliada al régimen contributivo son Vaupés, Guainía y Vichada. Los departamentos donde la proporción de afiliación al régimen subsidiado es superior al 90% son Vichada, Sucre y Guainía.

4.3 Análisis de los efectos de salud:

Tal como se mencionó anteriormente, en este punto se describe la interacción de los determinantes sociales sobre la salud.

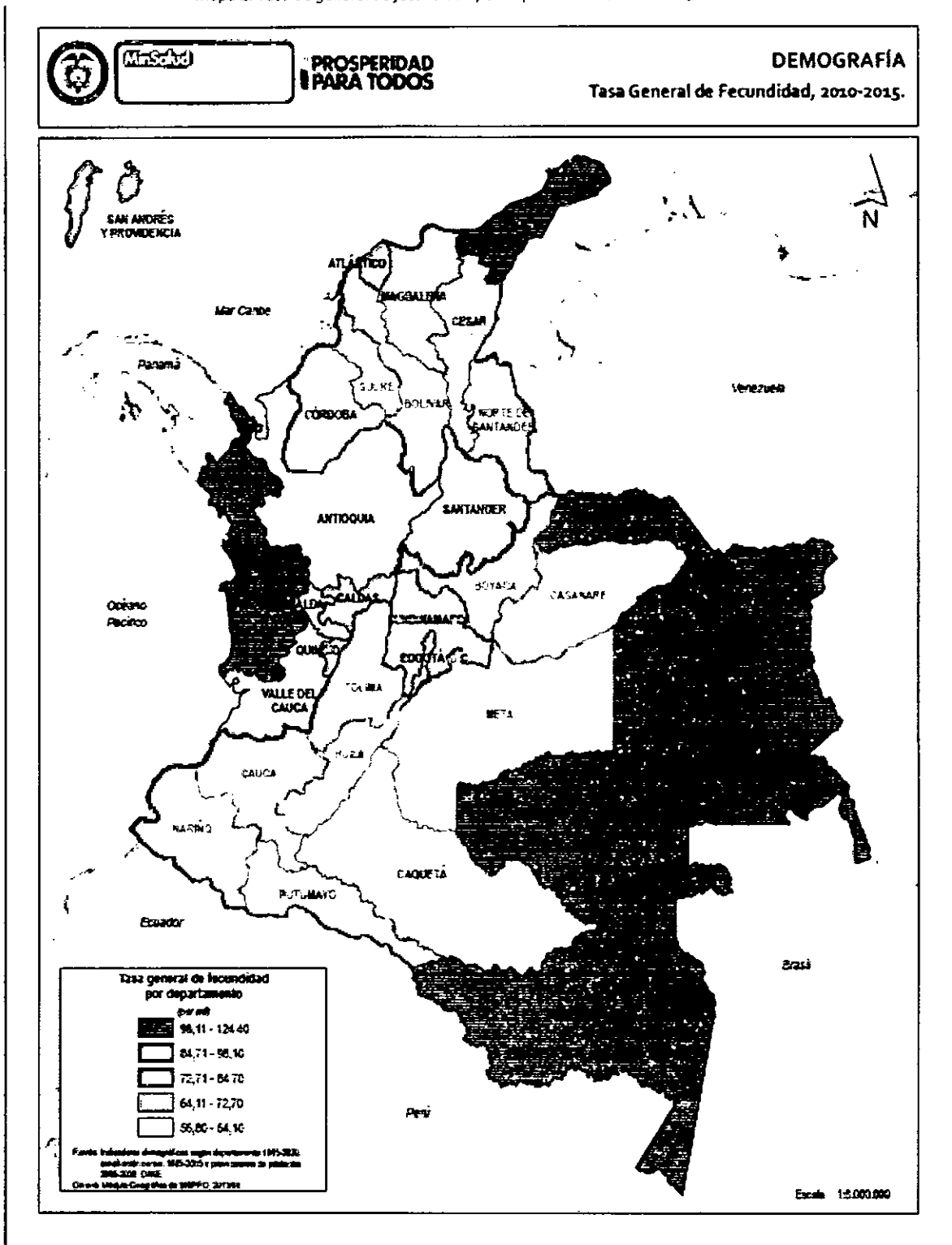
4.3.1 Dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

4.3.1.1 Fecundidad

Se estima que en Colombia durante el quinquenio 2010-2015 cada mujer tendrá alrededor de 2 hijos y habrá un total de 71,5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 49 años. En este periodo, en la región Caribe, el departamento de La Guajira aportará la mayor cantidad de nacimientos: 117 por cada mil mujeres de 15 a 49 años. En la región Central se presentarán entre 63 y 98 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva. En la región Bogotá-Cundinamarca, en el Distrito se espera la tasa global de fecundidad más baja del país, con 57 nacimientos por cada mil mujeres en edad reproductiva. En la región Oriental sobresale el departamento de Arauca, y en la región del Pacífico el departamento del Chocó, por sus altas tasas generales de fecundidad: 117 y 122 respectivamente. En la región Amazonia-Orinoquia, la tasa general del departamento de Putumayo será de 98 y en el resto de la región estará alrededor de 124 nacimientos por cada mil mujeres (Mapa 2).



Mapa 2. Tasa de general de fecundidad por Departamentos. Colombia, 2010-2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020, Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

18

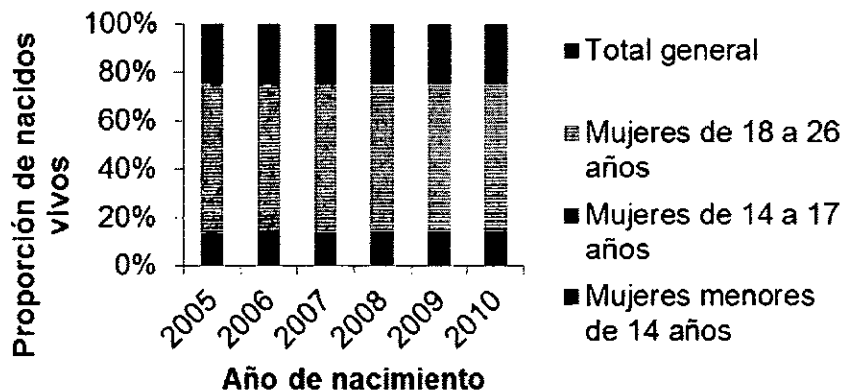


4.3.1.2 Natalidad

La tendencia de la natalidad en Colombia ha sido decreciente, pasando de una tasa bruta de 28,80 en el quinquenio 1985-1990 a una tasa estimada de 18,88 en el quinquenio 2010-2015.

Durante los años 2005 y 2010, alrededor del 62% de los nacimientos ocurrieron en mujeres menores de 26 años. La proporción de nacimientos en mujeres menores de 14 años es del 0,2%; en mujeres de 14 y 17 años es del 11%; y en mujeres de 18 a 26 años está alrededor del 51% (Figura 7).

Figura 7. Proporción de Nacidos Vivos en mujeres menores de 26 años. Colombia, 2005-2010

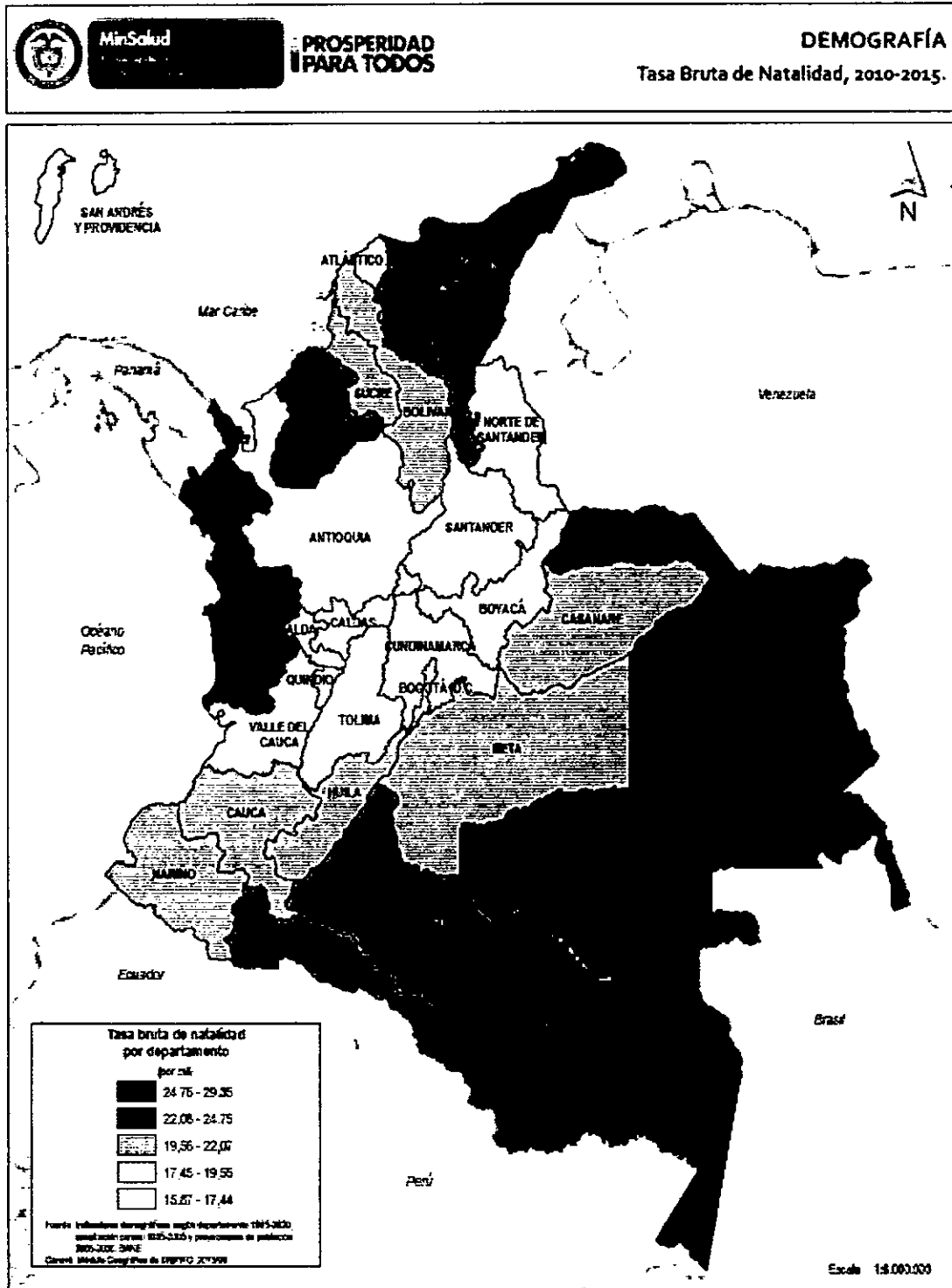


Fuente: DANE, Sistema Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, Cubo de indicadores. 2005 a 2010

Por departamentos se espera que entre 2010 y 2015 la tasa bruta de natalidad oscile entre 15,87 y 29,35 nacidos vivos por cada mil habitantes, siendo más alta en departamentos como Chocó, La Guajira, Arauca y en el grupo Amazonia, y más baja en departamentos del interior, como Caldas, Quindío, Risaralda, Santander, Antioquia y Valle del Cauca (ver Mapa 3).



Mapa 3. Tasa bruta de natalidad por departamento. Colombia, 2010-2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE, indicadores demográficos según departamento 1985-2020, Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

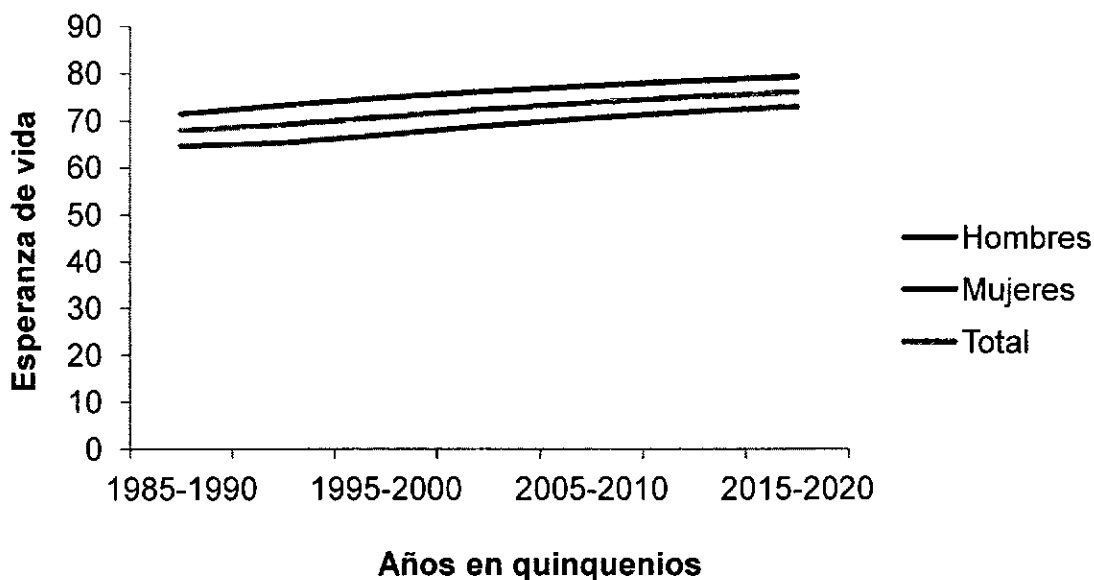
19



4.3.1.3 Esperanza de vida

En Colombia la esperanza de vida se ha incrementado de manera sostenida, pasando de un estimado de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2010 y 2015 se espera un incremento de 1,22 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior. Por sexos se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres; para los años 2010- 2015 se espera un incremento de 1,03 en las mujeres y 1,40 años en los hombres, con una ganancia media anual de 0,21 años y 0,28 años, respectivamente (Figura 8).

Figura 8. Esperanza de vida total y por sexos. Colombia, 1985-2020

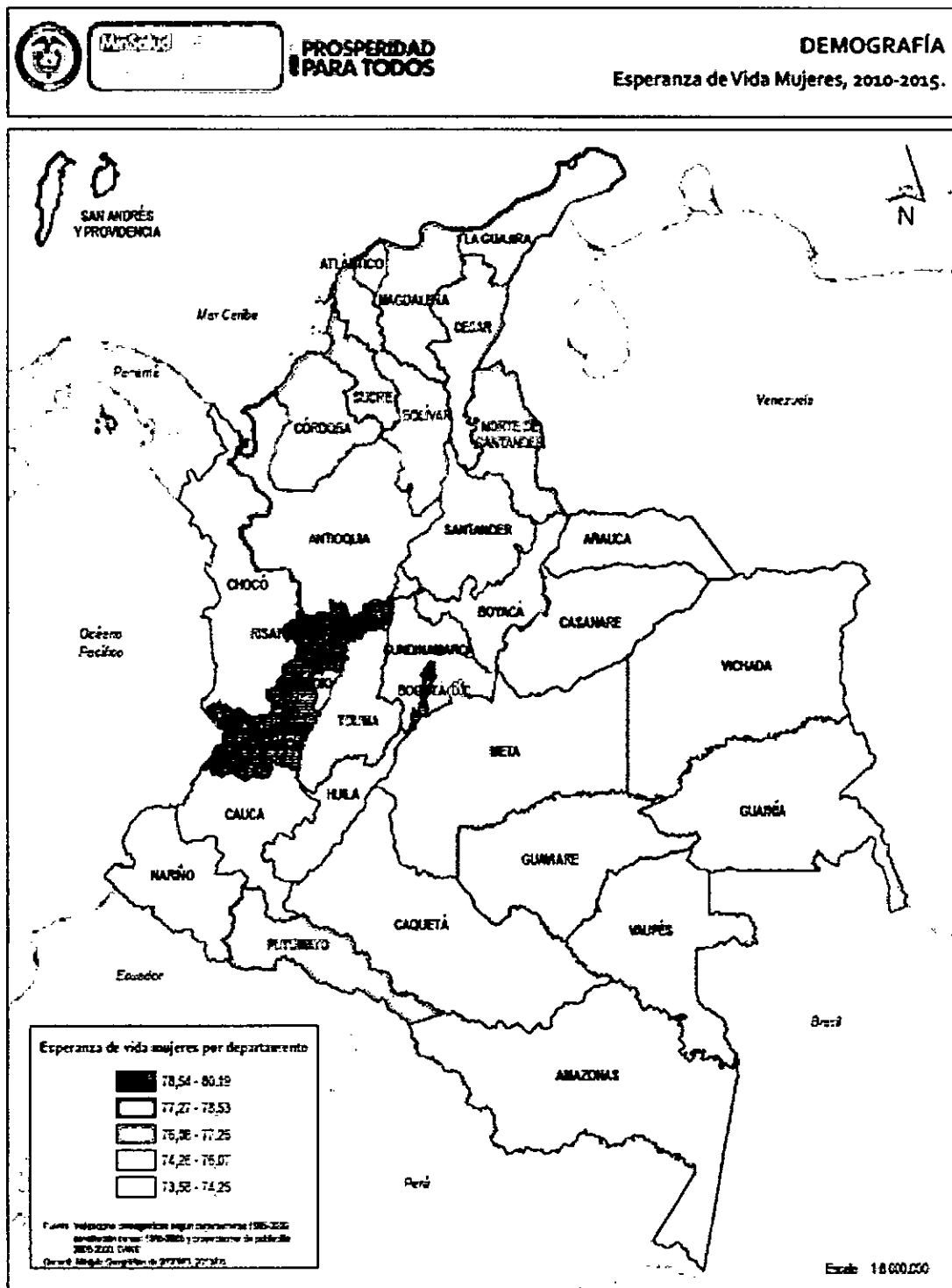


Fuente: DANE. Indicadores demográficos según departamento 1985-2020. Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

Para el quinquenio 2010-2015 se estima que en el Distrito de Bogotá la esperanza de vida en los hombres sea de 75,94 años, y que represente la más alta del país, seguida de los departamentos de Atlántico y Boyacá, con 72,82 y 72,72 años, respectivamente (Mapas 4 y 5). En las mujeres, el Distrito de Bogotá también tiene la esperanza de vida más alta del país, siendo esta de 80,19 años, seguida de los departamentos de Valle del Cauca y Caldas, con 79,96 y 79,29 años, respectivamente (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2012).



Mapa 4. Esperanza de vida en mujeres por departamentos. Colombia, 2010-2015

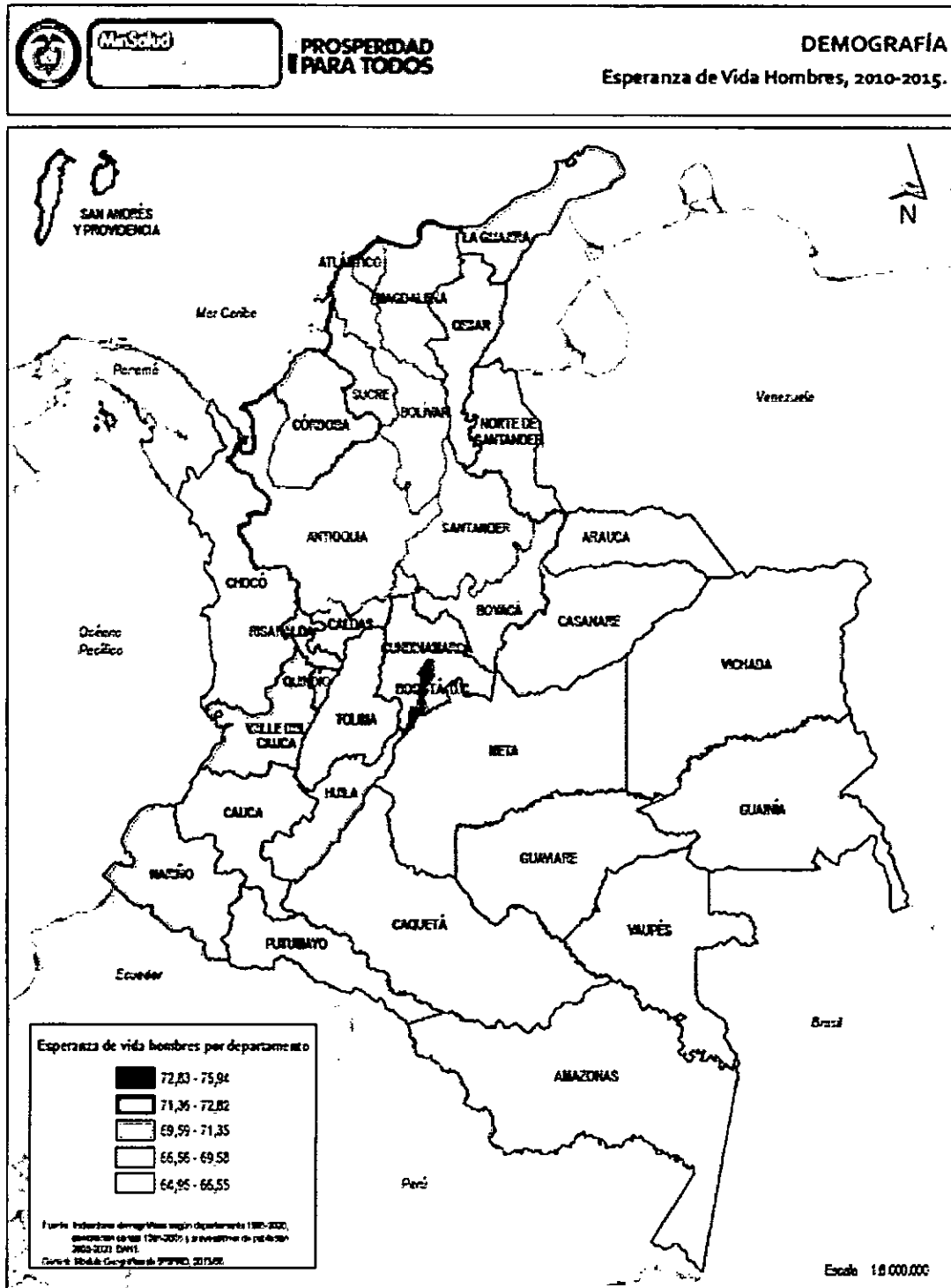


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020, Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

20



Mapa 5. Esperanza de vida en hombres por departamentos. Colombia, 2010-2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE, Indicadores demográficos según departamento 1985-2020, Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.



Tabla 6. Porcentaje de participación EPS Régimen Subsidiado

Cod. EPS	Nombre EPS	% participación
CCF002	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	7,51%
CCF007	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	1,05%
CCF009	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACA COMFABOY	0,48%
CCF015	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	2,49%
CCF018	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	0,84%
CCF023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	0,57%
CCF024	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	2,36%
CCF027	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO"	0,76%
CCF033	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	0,44%
CCF045	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER "COMFANORTE"	0,26%
CCF049	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	0,52%
CCF053	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	0,41%
CCF055	CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	2,23%
CCF101	COLSUBSIDIO	0,39%
CCF102	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO	0,37%
EPS020	CAPRECOM EPS	15,47%
EPS022	EPS CONVIDA	1,60%
EPS025	CAPRESOCA EPS	0,65%
EPS030	E.P.S. CONDOR S.A.	0,00%
EPS031	SELVASALUD S.A. E.P.S	0,00%
EPSI01	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	1,08%
EPSI02	MANEXKA EPSI	1,01%
EPSI03	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	1,85%
EPSI04	ANASWAYUU	0,52%
EPSI05	MALLAMAS	1,22%
EPSI06	PIJAMOS SALUD EPSI	0,36%
EPSS03	CAFESALUD E.P.S. S.A.	4,48%
EPSS14	HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	0,00%
EPSS26	SOLSALUD E.P.S. S.A	0,00%
EPSS33	SALUDVIDA S.A .E.P.S	5,51%
EPSS34	CAPITAL SALUD	4,58%
ESS002	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	2,08%
ESS024	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA	7,06%
ESS062	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	7,32%
ESS076	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.	3,68%
ESS091	ENTIDAD COOPERATIVA SOL DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS	1,38%
ESS118	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	7,44%
ESS133	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	7,09%
ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	4,93%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

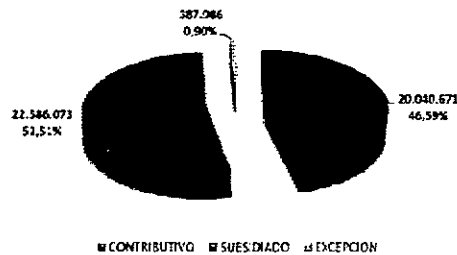
De estas 39 EPS, 3 se encuentran en proceso de liquidación: E.P.S. CONDOR S.A., HUMANA VIVIR S.A. E.P.S. y SOLSALUD E.P.S. S.A, por esto su participación en el régimen subsidiado es de 0%, pues mientras para enero el total de afiliados de estas 3 EPS ascendía a 1'731.261, para el mes de noviembre se redujo a 33 personas. A partir del 2013 inicia operaciones la EPS SAVIASALUD bajo el mismo código de la EPS COMFAMA.



5 DESCRIPCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

El número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud para el mes de Noviembre del año 2013 ascendía a 43'014.730, lo que representa una cobertura de afiliación de 91,3% de acuerdo a las proyecciones de población del DANE para el año 2013 (47'121.089 habitantes). Del total de afiliados, el 46,6% pertenecen al Régimen Contributivo, el 52,5% al Régimen Subsidiado y el 0,9% restante a los regímenes especiales.⁵ La distribución de los afiliados por departamento se presenta en la tabla 5.

Gráfico 2. Afiliados al SGSSS



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-BDUA Noviembre 2013

Tabla 5. Población afiliada al régimen subsidiado-Departamentos

Departamento	Afiliados Régimen Subsidiado
AMAZONAS	51.201
ANTIOQUIA	2.375.122
ARAUCA	182.275
ATLANTICO	1.274.979
BOGOTA D.C.	1.250.641
BOLIVAR	1.360.636
BOYACA	677.824
CALDAS	452.818
CAQUETA	296.688
CASANARE	199.634
CAUCA	961.904
CESAR	803.208
CHOCO	397.601
CÓRDOBA	1.307.612
CUNDINAMARCA	917.278
GUAINIA	37.023
GUAVIARE	61.596
HUILA	740.340
LA GUAJIRA	693.817
MAGDALENA	923.079
META	401.181
NARINO	1.134.145
NORTE DE SANTANDER	808.774
PUTUMAYO	240.650
QUINDIO	244.822
RISARALDA	368.146
SAN ANDRES	19.783
SANTANDER	834.061
SUCRE	797.083
TOLIMA	729.682
VALLE	1.828.009
VAUPES	26.716
VICHADA	71.022

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social-BDUA Noviembre 2013

Las EPS que prestaron servicios en este régimen en el periodo comprendido entre Enero y Noviembre del año 2013 fueron 39. (Tabla 6)

⁵ Datos auto reportados por las EPS a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.



6 DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta sección se describen para cada una de las tres dimensiones los resultados de los indicadores seleccionados. Para cada indicador se explica por qué el indicador seleccionado es una medida relevante para analizar la calidad de la prestación del servicio de salud, se realiza una descripción nacional del indicador y luego una desagregación por EPS-S. Como se mencionó en la introducción se utilizan indicadores que aportan información de varios grupos etarios.

Este reporte presenta algunas restricciones que merecen especial consideración y que ya fueron anunciadas en la introducción. Estas están relacionadas con el hecho de que los sistemas de información, y por ende las fuentes utilizadas, presentan limitaciones frente a la disponibilidad de los datos pues muchas de ellas se encuentran aún en período de recaudo y consolidación en relación con el período solicitado por la Corte Constitucional. Por esta razón, muchos de los datos incluidos en el análisis tienen carácter preliminar y pueden variar a medida que se profundice el período de consolidación.

Asimismo, el análisis por indicadores brinda información de tipo descriptivo de la calidad de la prestación de los servicios del régimen subsidiado, por consiguiente dicho análisis no permite conocer los factores que determinan el comportamiento de dichos indicadores. No obstante, es importante tener en cuenta el contexto de los determinantes sociales que ha sido ampliamente reconocido por la OMS como uno de los factores que inciden en los resultados en salud, el cual es mucho más acentuado en el presente caso en el que se analizan los resultados de la población más pobre y vulnerable del país, conforme se indicó antes.

6.1 Dimensión: Efectividad de la atención

6.1.1 Dominio: Atención materno-infantil

6.1.1.1 Subdominio: Calidad de la atención en el embarazo

E-01 Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo de las gestantes y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. La atención prenatal es un indicador de acceso y uso de la asistencia sanitaria durante el embarazo, mediante un trabajo coordinado y articulado entre la entidad territorial, el asegurador y el prestador.

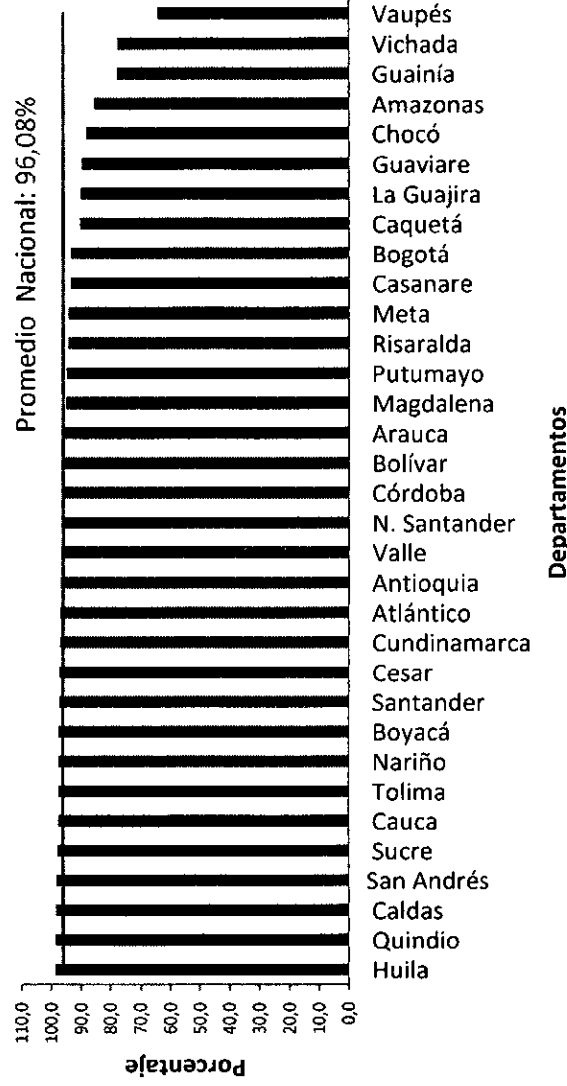
La OMS recomienda recibir atención prenatal al menos cuatro veces, pero dada la disponibilidad de información, para este reporte se presenta el porcentaje de mujeres en estado de gestación con una consulta de primera vez por control prenatal, en el periodo analizado. Esto no significa que estas mujeres no hayan recibido controles prenatales adicionales, pero la información que permita conocer con certeza cuántos recibieron será conocida una vez agotado el período de consolidación. Para el indicador, se construye el cociente entre el total de consultas de control



prenatal de primera vez y el total de mujeres en estado de gestación en un periodo y territorio determinado. La fuente de información para este indicador es RUAF-ND.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:
Revisando el comportamiento nacional del régimen subsidiado (Gráfico 3), el porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal es del 96,1%, con valor mínimo de 64,3% y máximo de 98,7%. Se destacan los departamentos de Huila, Quindío, Caldas, San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Por su parte los departamentos con los valores más bajos para este indicador son Guainía, Vichada y Vaupés, con valores inferiores a 85%.

Gráfico 3. Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal. Régimen Subsidiado-Departamentos
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013

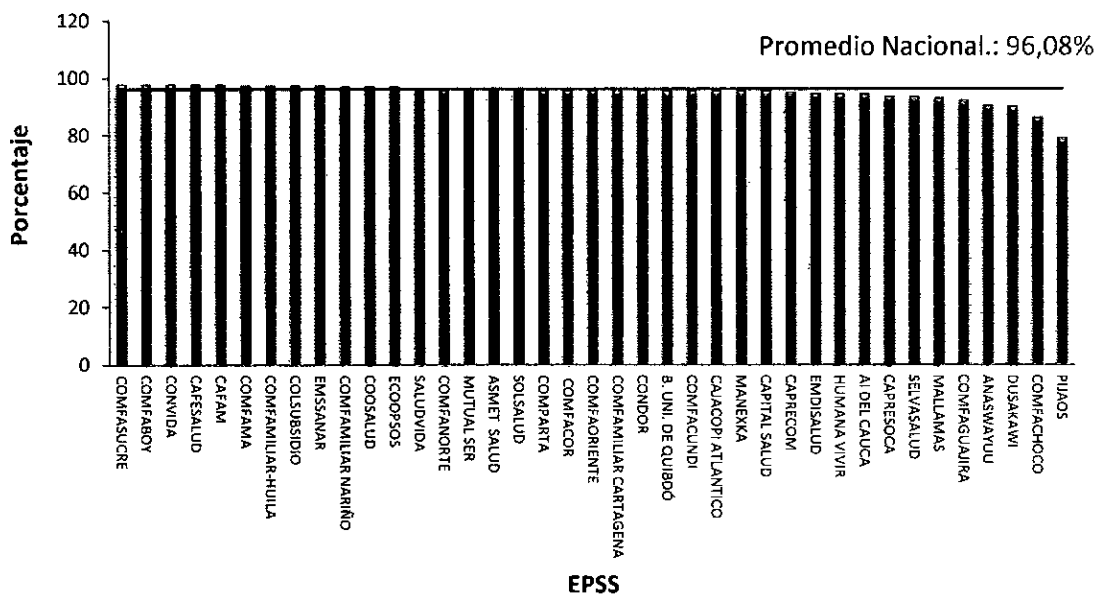


Fuente: RUAF- ND Preliminar

En el análisis de 39 EPS-S se observa que 19 de estas superan la media nacional (96,1%). Por su parte COMFACHOCO y PIJAOS presentan los más bajos porcentajes de mujeres con al menos una consulta de control prenatal (Gráfico 4). Las cifras absolutas que explican estos porcentajes son 742 consultas de control prenatal para 860 nacidos vivos en el caso de COMFACHOCO y para el caso de PIJAOS son 838 consultas de control prenatal para 1061 nacidos vivos.



Gráfico 4. Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal-EPSS.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: RUAF –ND Preliminar

E-02 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El bajo peso al nacer (BPN) es la proporción de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos al momento del nacimiento. Los niños con un bajo peso son más vulnerables a las enfermedades en etapas posteriores de su vida y a menudo sufren trastornos del desarrollo cognitivo.

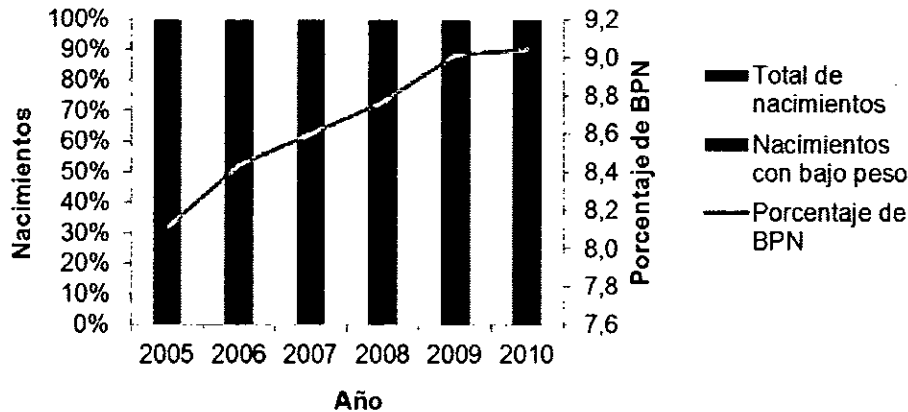
Este indicador expresa la proporción BPN al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, por cada 100 nacidos vivos. La fuente de información es el módulo de nacimientos y defunciones del Registro único de afiliados (RUAF-ND).

La prevalencia de bajo peso al nacer constituye uno de los principales factores de riesgo de mortalidad neonatal. En Colombia ha tenido una tendencia constante al aumento durante el quinquenio 2005-2010. Alrededor del 9% de los niños nacen con un peso inferior a 2.500 gramos (Figura 9).

28



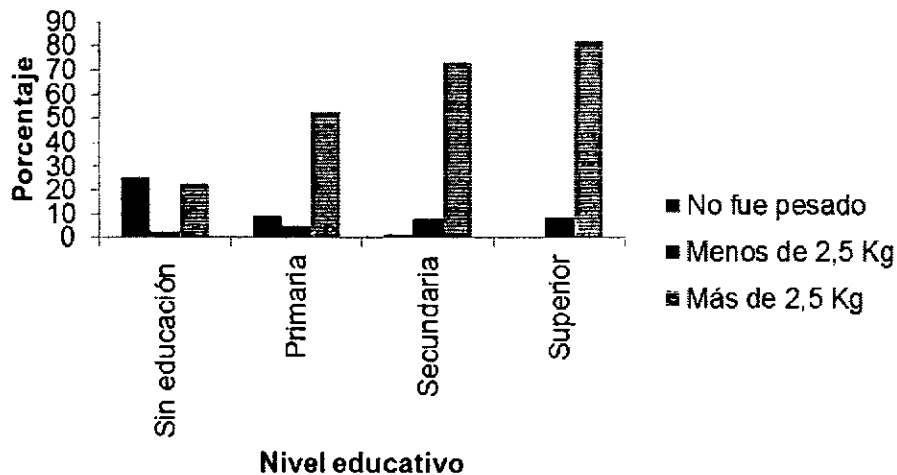
Figura 9. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE y SISPRO, Cubo de indicadores

La pobreza es determinante del bajo peso al nacer. En Colombia el 80% de la población más pobre concentra el 76% del bajo peso al nacer, con un índice de concentración de 0,096. De acuerdo con los datos de la ENDS 2010, el bajo peso al nacer es más frecuente en los hijos de mujeres con nivel educativo superior. No obstante, este es el grupo de mujeres en el que se pesa con mayor frecuencia a los nacidos; entre las mujeres sin educación el 25,3% manifiesta que sus hijos no fueron pesados al nacer (Figura 10).

Figura 10. Porcentaje de bajo peso al nacer. Colombia, 2005-2010

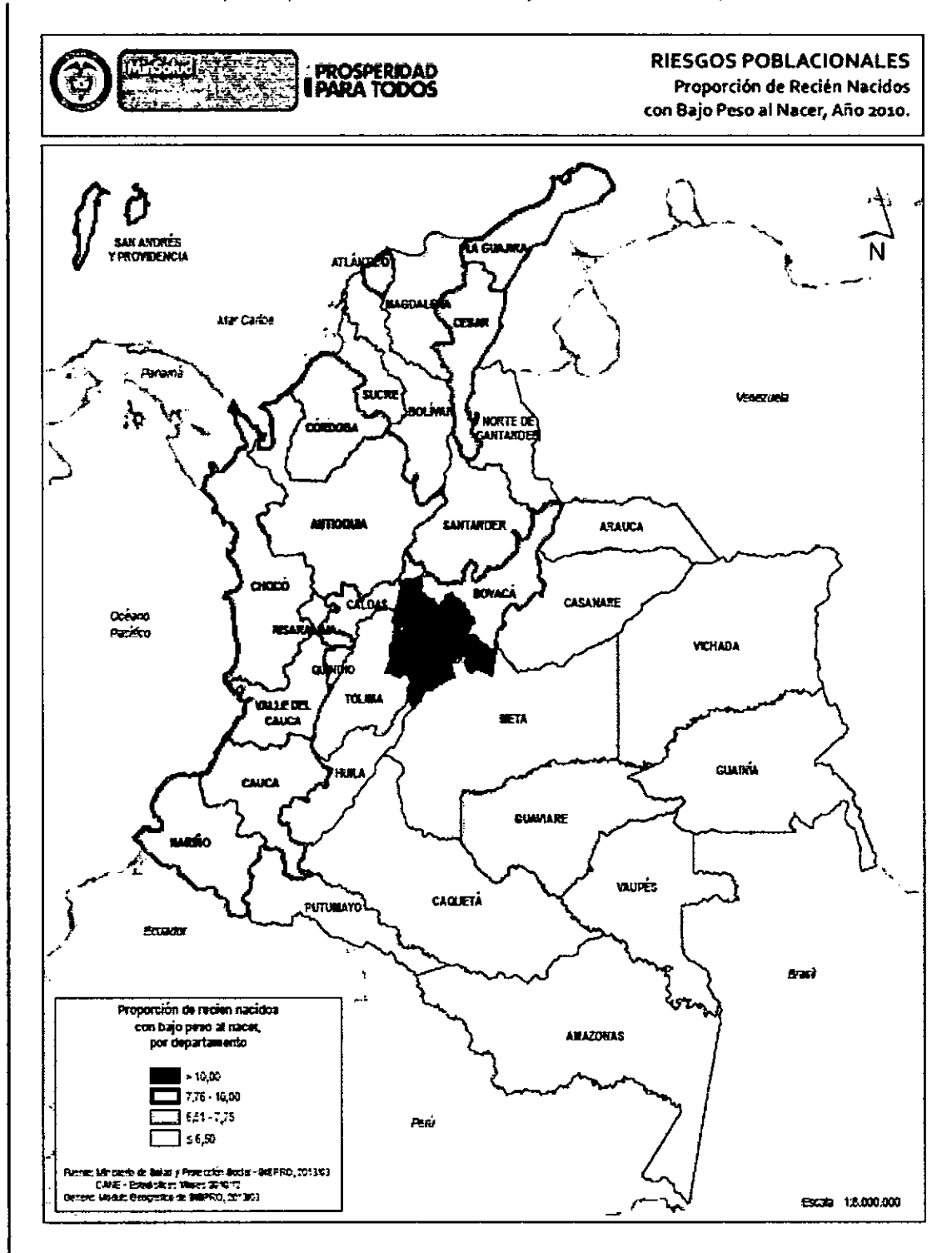


Fuente Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

El bajo peso al nacer es el 43% más alto en el distrito de Bogotá comparado con el indicador nacional, el 18% más alto en el departamento de Cundinamarca y el 0,8% más alto en el departamento de Chocó (Mapa 6).



Mapa 6. Proporción de Recién Nacidos con Bajo Peso al Nacer. Colombia, 2010

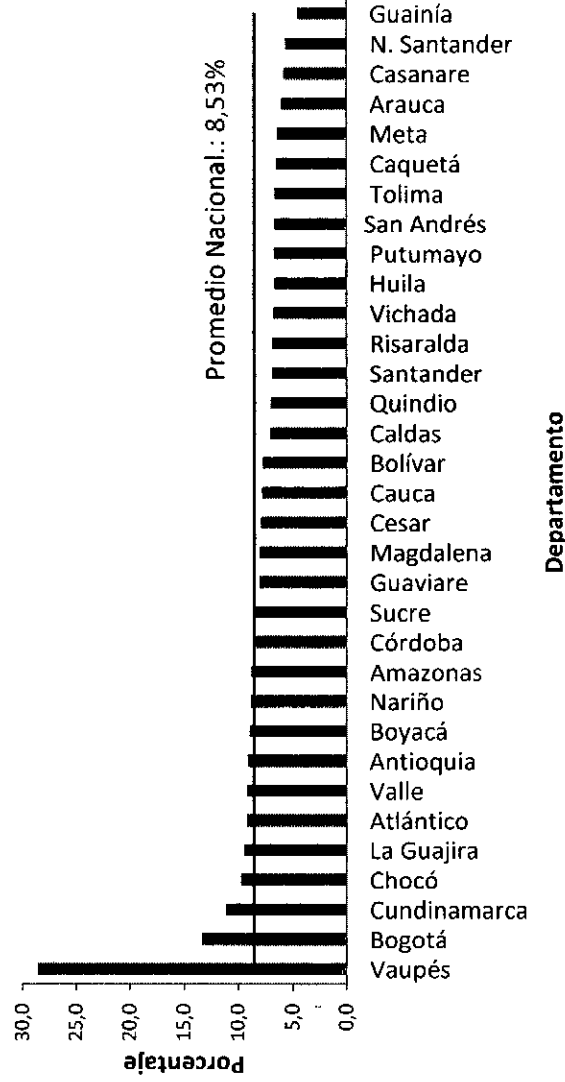




Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Los datos del régimen subsidiado a nivel nacional (Gráfico 5) muestran que la proporción de nacidos vivos con bajo peso es del 8,5%. Este indicador presenta poca variabilidad, sin embargo se destaca Vaupés con el 28,6% de sus recién nacidos con bajo peso. En este caso este alto porcentaje se explica en parte por el hecho de que el denominador corresponde a una cifra muy baja de nacimientos que es mucho más sensible a cualquier evento. Las cifras absolutas que explican este porcentaje son 4 recién nacidos con bajo peso de 14 recién nacidos vivos. En este caso, como se ha explicado ya antes, el peso ponderado de estos cuatro nacimientos con bajo peso puede cambiar a medida que se consoliden los datos de nacidos vivos y el denominador sea mayor.

*Gráfico 5. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer.
Régimen Subsidiado- Departamento
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013*

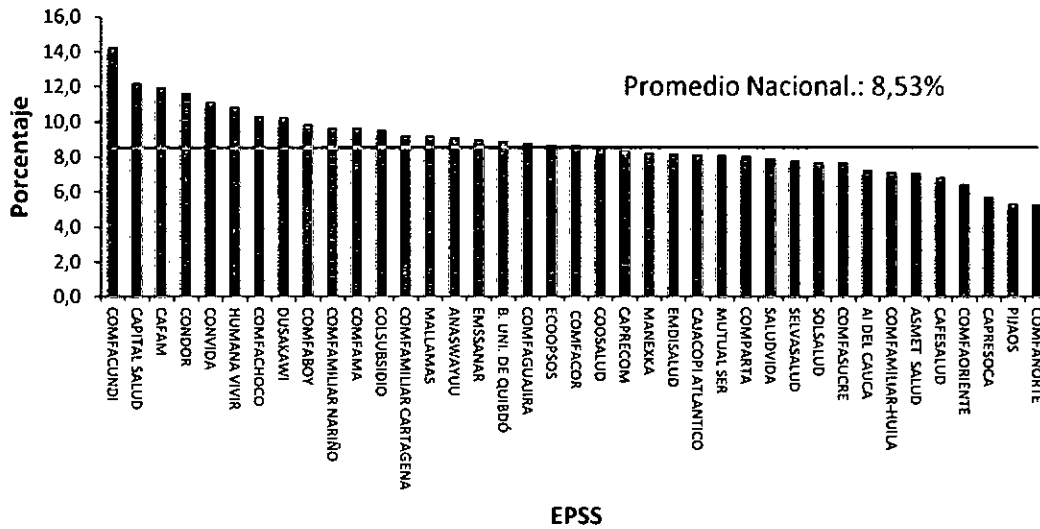


Fuente: RUAF-ND Preliminar

Al evaluar el indicador por EPS-S (Gráfico 6), persiste la poca variabilidad entre los datos. Se observa que COMFACUNDI registra el mayor porcentaje con 14,3%, es decir 161 recién nacidos con bajo peso a partir de 1127 recién nacidos vivos, frente a COMFANORTE con el más bajo porcentaje (5,3%).



Gráfico 6. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer-EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre ,2013



Fuente: RUA-ND Preliminar

E-03 Razón de Mortalidad materna

Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La muerte materna está definida por el Instituto Nacional de Salud como se ve a continuación en la Tabla 7 (Colombia, Instituto Nacional de Salud, 2011). Este indicador expresa la relación de mujeres que fallecen por causas asociadas a la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos. La fuente de información es SIVIGILA y RUA-ND.

Tabla 7. Clasificación Muerte Materna. Instituto Nacional de Salud, 2011

Tipo de Caso	Características de la clasificación Defunción relacionada con el embarazo
Defunción relacionada con el embarazo	Una defunción relacionada con el embarazo es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la causa de defunción.
Defunción materna tardía	Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

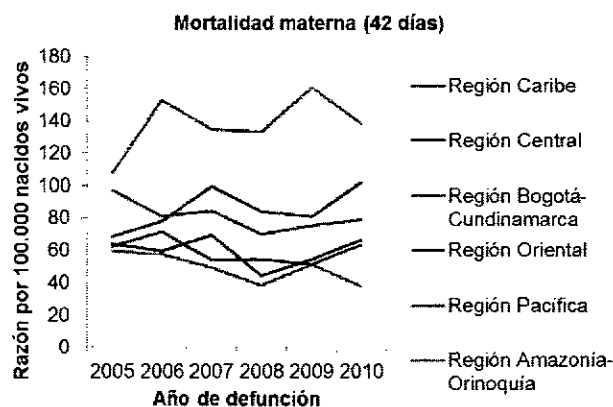
Fuente: Protocolo de VIGILANCIA Y CONTROL DE MORTALIDAD MATERNA. INS, 2011



Actualmente, la reducción de la mortalidad materna es uno de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)” de la ONU, y se espera que para el 2015 el país reduzca la razón de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos. La razón de mortalidad materna es considerada un indicador trazador, ya que refleja las condiciones de vida de una comunidad y la calidad en la atención de los servicios de salud en ese territorio.

La defunción relacionada con el embarazo ó razón de mortalidad materna hasta los 42 días postparto, para el año 2005 fue de 69,73, y su comportamiento tendía al incremento hasta el año 2007, cuando llegó a 71,34; se evidenció una disminución de 10,96 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2008, para luego iniciar un incremento progresivo hasta llegar a 71,64 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2010 (Figura 11).

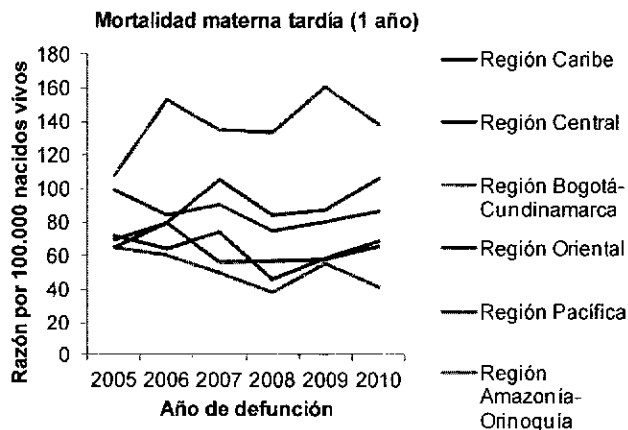
Figura 11. Mortalidad materna, según regiones. Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE, Sistema de Información en Salud del Ministerio de la Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores-2005 a 2010.

La mortalidad materna tardía muestra una tendencia general al incremento; ha pasado de 73,06 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2005, a 75,31 en el año 2010. Se observa un descenso de la razón durante el año 2008, cuando llegó a 62,34; y posteriormente un incremento, que elevó a 75,31 la razón de mortalidad materna para el año 2010 (Figura 12).

Figura 12. Mortalidad Materna Tardía, según regiones. Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE, Sistema de Información en Salud del Ministerio de la Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores-2005 a 2010.

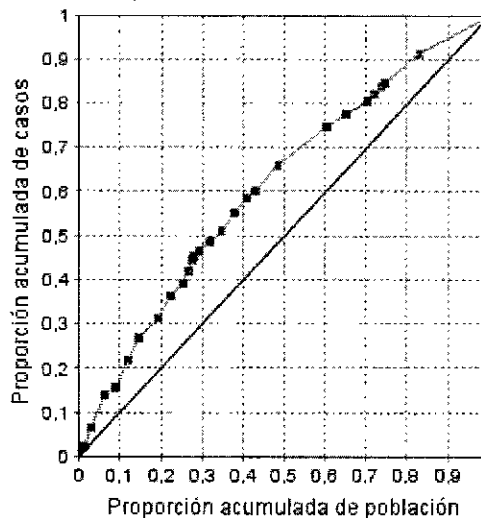


La mortalidad materna hasta los 42 días y la tardía han mostrado un comportamiento similar en todas las regiones. En el caso de la segunda, la región Amazonia-Orinoquia mostró un particular comportamiento durante el periodo 2005 a 2010. En el año 2006 presentó un pico alto, alcanzando una razón de 152,94 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; y otro en el año 2009, subiendo a 160,83 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos; la razón en el año 2010 fue de 138,16. La mortalidad materna en la región Bogotá-Cundinamarca en general ha tendido al descenso aunque se evidencia un incremento en el año 2009, alcanzando una razón de 55,30; es decir, 16,59 muertes maternas más que en el año 2008 y 13,38 menos que en el año 2010).

Durante el año 2010 ocurrieron 485 muertes maternas en el país. El 40,41% (196 muertes) se debió a afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte; el 21,44% (104 muertes) a edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio; y el 16,70% (81 muertes) a complicaciones del trabajo de parto y del parto. (Mapa 7).

En Colombia la pobreza genera desigualdades en la distribución de la mortalidad materna. El 50% de la población más pobre soporta aproximadamente el 69% de la mortalidad, produciendo desigualdad a favor de los más favorecidos en la sociedad, con un índice de concentración de -0,2258 (Figura 13).

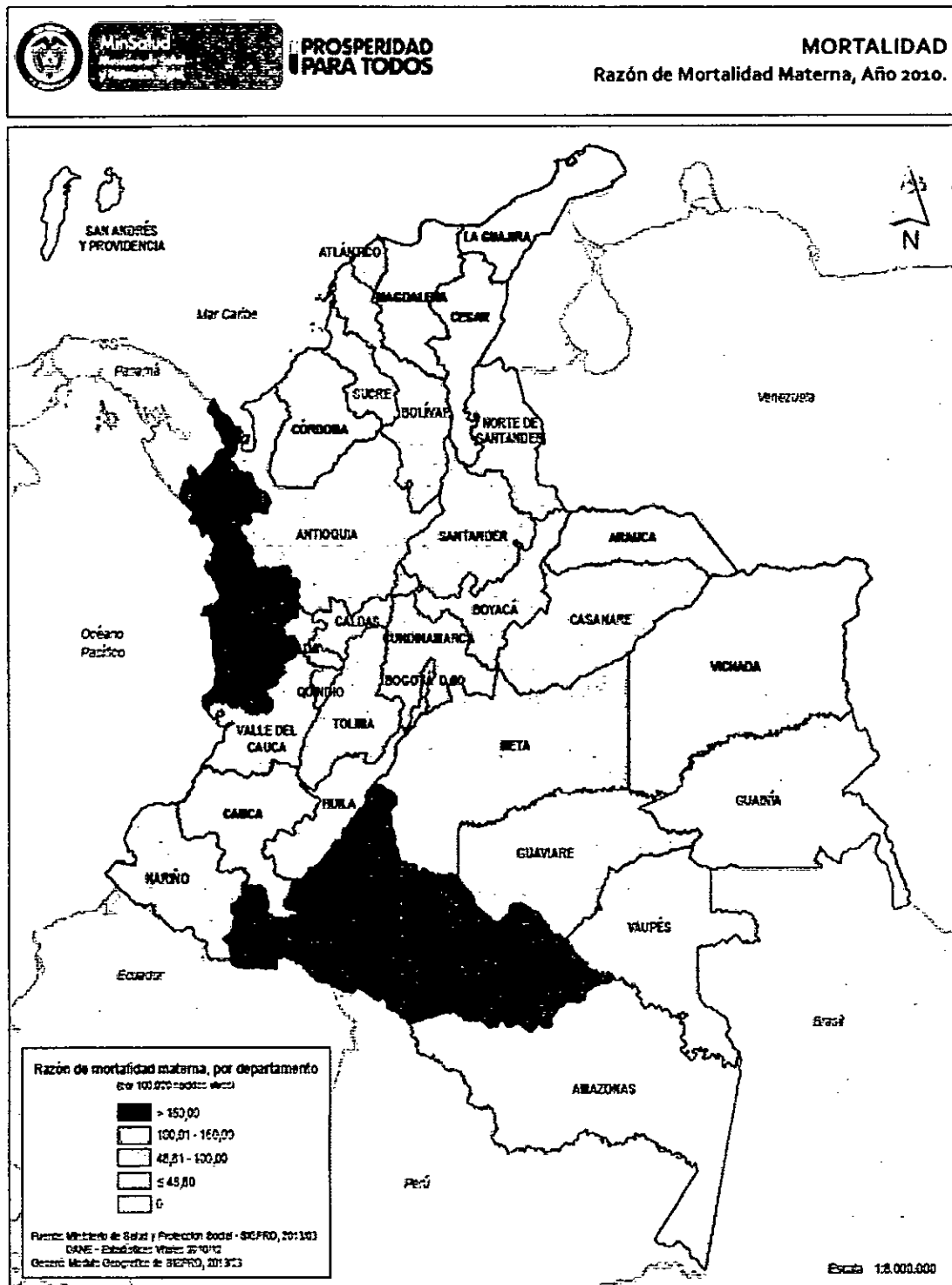
Figura 13. Curva de concentración, mortalidad materna relacionada con NBI. Colombia, 2010



Fuente: Elaborado Ministerio de Salud y Protección Social a partir de los datos DANE y el Sistema de Información del Ministerio de Salud y Protección Social SISPRO. Cubo de indicadores y Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, por Total, Cabecera y resto, según Departamento y Nacional a 30 de junio 2012.



Mapa 7. Razón de Mortalidad Materna. Colombia, 2010

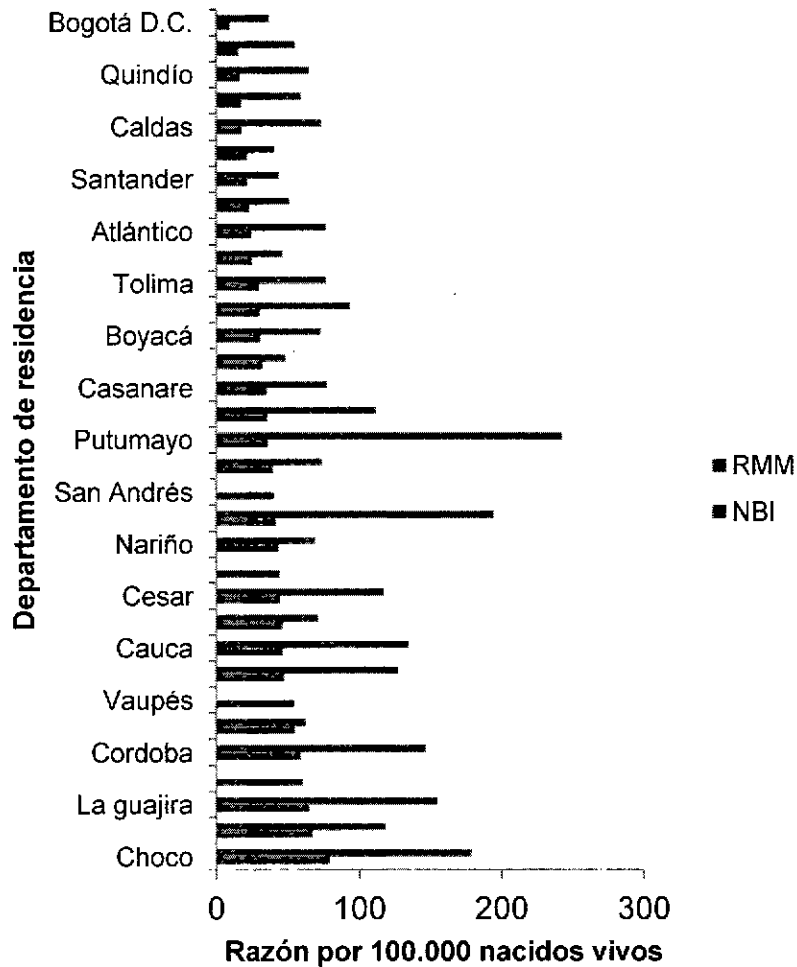


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE dispuestos por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el cubo de indicadores, 2010.



Los departamentos de Chocó, La Guajira y Córdoba están dentro de los que tienen mayor proporción de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas y que a la vez experimentan alta mortalidad materna. En los departamentos de Putumayo y Caquetá, a pesar de que el porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas no es uno de los más altos, las razones de mortalidad materna sí lo son. (Figura 14)

Figura 14. Razón de mortalidad materna departamental según NBI. Colombia, 2010



Fuente: DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012.

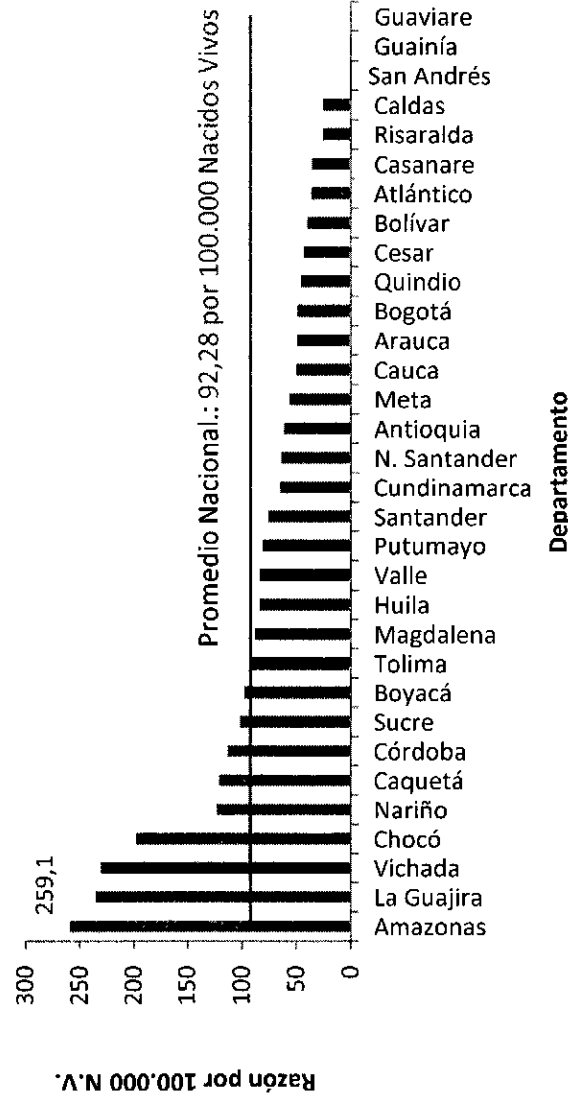
29



- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Revisando el comportamiento nacional del régimen subsidiado (Gráfico 7), la razón de mortalidad materna es de 92,3 casos por 100.000 nacidos vivos. Se observa una alta variabilidad de los datos, con las mayores razones de mortalidad en Amazonas, La Guajira y Vichada. Se aclara que los departamentos de Guaviare, Guaviare y Vaupés no presentaron muertes maternas en el período analizado.

Gráfico 7. Razón de mortalidad materna por 100.000 Nacidos Vivos-Régimen Subsidiado-Departamentos.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013

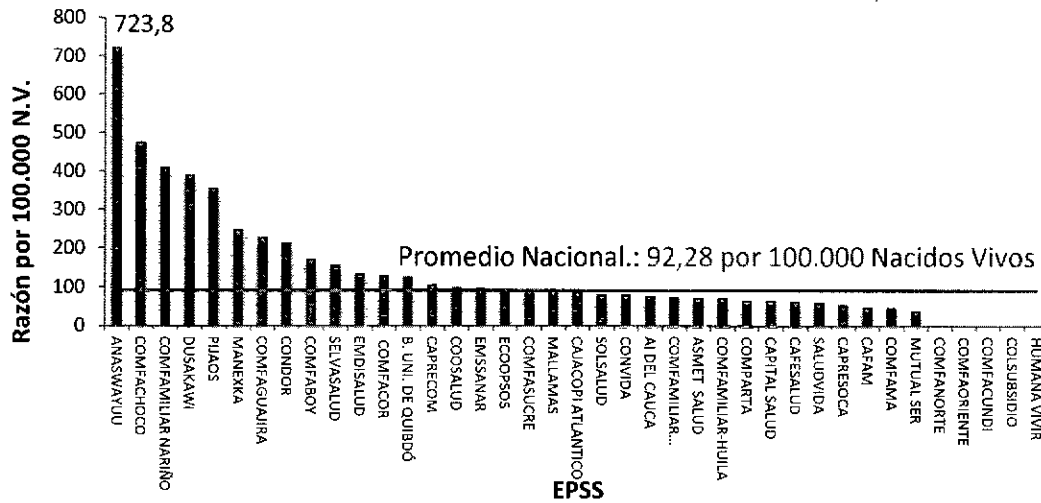


Fuente: SIVIGILA Semana 48, 2013

Al evaluar el indicador por EPS-S, 17 de las 39 analizadas registran valores por encima del promedio nacional, siendo el más alto en ANASWAYUU con 723,8 casos por cada 100.000 nacidos vivos. Las cifras en números absolutos que explican este indicador son 6 muertes maternas a partir de 829 recién nacidos vivos (Gráfico 8). Estas cifras como se ha explicado antes pueden variar a medida que se consoliden los datos y el denominador. En las EPS de COMFANORTE, COMFAORIENTE, COMFACUNDI, COLSUBSIDIO Y HUMANA VIVIR no se presentaron muertes maternas en la población afiliada.



Gráfico 8. Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos: EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: SIVIGILA Semana 48, 2013

E-04 Tasa de mortalidad perinatal

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La mortalidad perinatal incluye las defunciones de fetos de 22 semanas o más de gestación y las ocurridas en nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida.

Este indicador resulta del cociente entre el número de muertes fetales más el número de muertes no fetales de niños antes de los 7 días de edad y el número de nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, por 1.000. La fuente de información es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y el RUAF-ND.

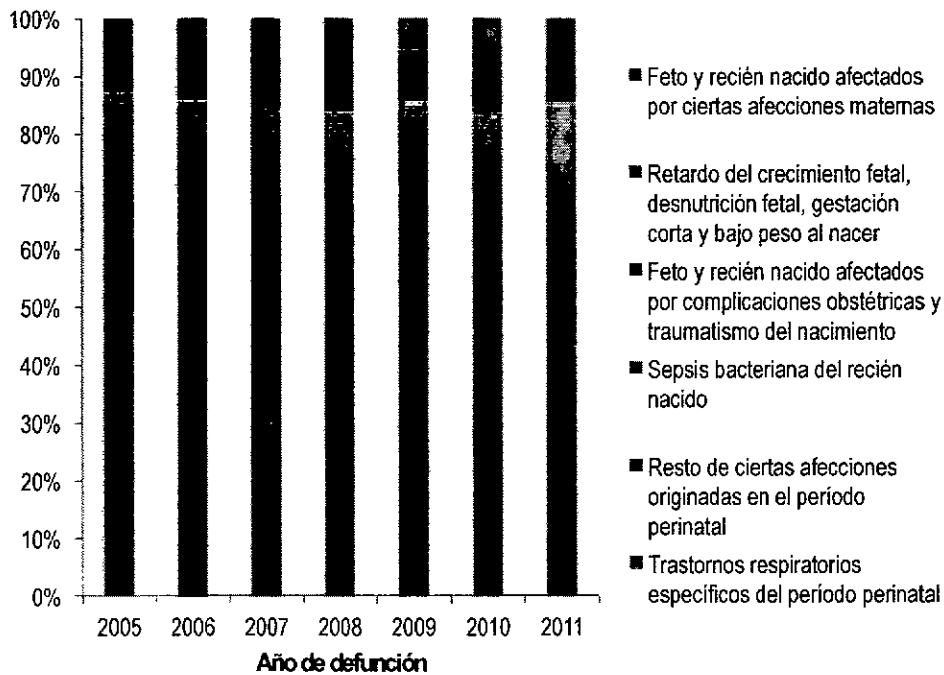
En general la mortalidad por afecciones del periodo perinatal (Figura 15) se ha mantenido baja y constante. Durante los años 2005 a 2011, el 46,97% (16.358) de las muertes en este grupo se atribuyeron al feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas.

El 21,93% (7.638) al feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismo del nacimiento, el 15,82% (5.507) al retardo del crecimiento fetal, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer. El 9,17% (3.194) a los trastornos respiratorios específicos del período perinatal. El 2,99% (1.043) a la sepsis bacteriana del recién nacido. Y el restante 3,12% (1.086) al resto de ciertas afecciones originadas en el período perinatal.

28



Figura 15. Mortalidad por afecciones del período perinatal. Colombia, 2005-2011



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de EEVV del DANE, dispuestos en el cubo de EEVV, defunciones del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Tras observar el comportamiento nacional de este indicador en el régimen subsidiado, la tasa de mortalidad perinatal presenta poca variabilidad entre los departamentos, siendo ésta de 12,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el periodo analizado.

No obstante, Vaupés presenta una tasa de 500 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las cifras absolutas que explican este valor son 6 muertes a partir de 12 recién nacidos vivos (Gráfico 9). Esta cifra puede cambiar en el proceso de consolidación de los datos que pueden llevar a una alteración del denominador del indicador.



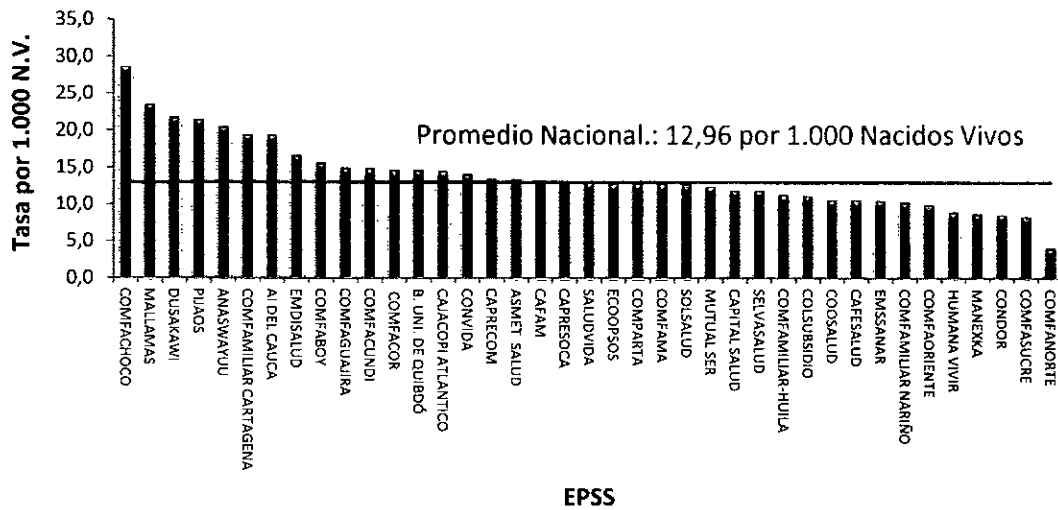
Gráfico 9. Tasa de mortalidad perinatal por 1.000 Nacidos Vivos.
Régimen Subsidiado- Departamentos.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: SIVIGILA Semana 48 y RUAF-ND Preliminar

Al evaluar el indicador por EPS-S persiste la baja variabilidad, con la mayor mortalidad en COMFACHOCO con 18 muertes a partir de 629 recién nacidos vivos. Las más bajas tasas se observan en CONDOR, COMFASUCRE Y COMFANORTE (Gráfico 10).

Gráfico 10. Tasa de mortalidad perinatal: EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: SIVIGILA Semana 48 Y RUAF-ND preliminar



6.1.1.2 Subdominio: Calidad de la atención en niños

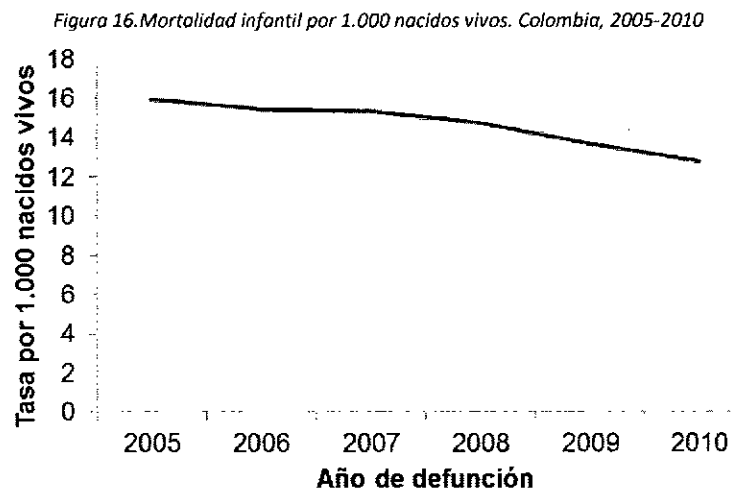
E-05 Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Es un indicador que valora el estado de salud de la población. Es indicativo del nivel de vida y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como de atención. La tasa de mortalidad infantil se define como el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos (fuente RUAF-ND de 2012).

En Colombia, la mortalidad en menores de un año ha tenido una tendencia al descenso entre los años 2005 y 2010, pasando de una tasa de 15,91 a una tasa de 12,76 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual indica una reducción de 3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2010, en comparación con el año 2005.

Dentro de la mortalidad infantil, la mortalidad neonatal ocupa un gran porcentaje: cerca del 63% de los casos se producen durante los primeros 28 días después del nacimiento (Fundación Santafé et al., 2010) (Figura 16).

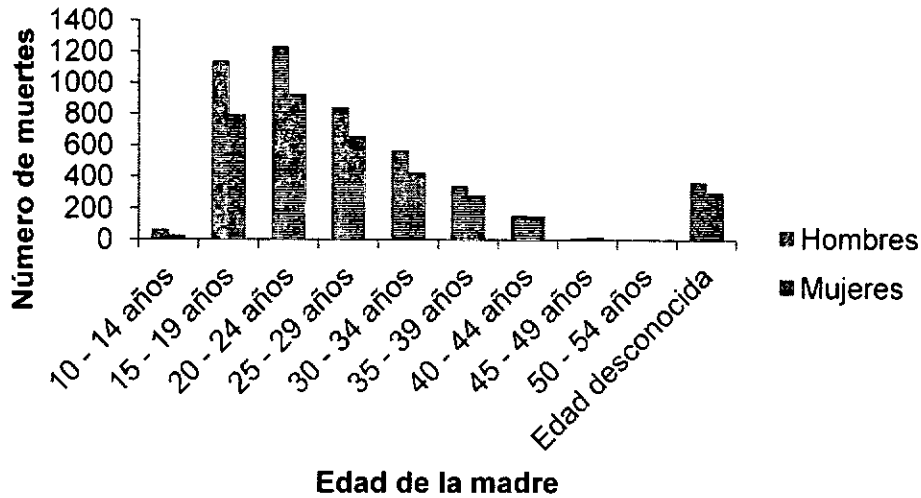


Fuente DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

En el año 2010 se registraron un total de 8.355 muertes de niños menores de un año; el 56,79% (4.745 muertes) eran varones y el 43,17% (3.607 muertes) eran niñas. El 50% de los fallecidos eran hijos de mujeres de 15 a 24 años. Las mujeres menores de 14 años experimentaron el 1,4% de la mortalidad en menores de un año (Figura 17).



Figura 17. Mortalidad infantil por sexo, según grupo de edad de la madre. Colombia, 2010

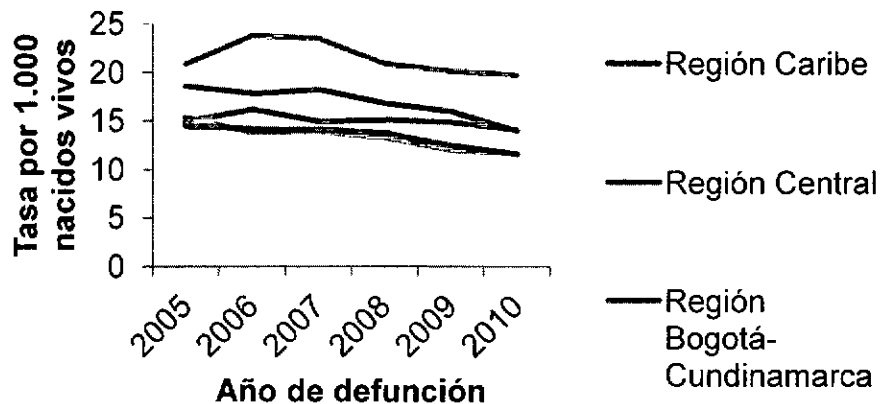


Fuente: DANE. 2010.

Durante el año 2010, el 21,62% (1.806) de las muertes en menores de un año fueron causadas por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal; el 13,23% (1.105 muertes) se debió a malformaciones congénitas del sistema circulatorio; y el 11,84% (989 muertes) a otras malformaciones congénitas, deformidades y anomalías.

Por regiones, la región Amazonia-Orinoquia tiene las tasas más altas de mortalidad en menores de un año; en el año 2005 la tasa fue de 20,85 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; tuvo un incremento en el 2006, cuando alcanzó un valor de 23,76 muertes, para luego seguir un descenso sostenido, hasta llegar a 19,72 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en el año 2010. La región del Pacífico, por su parte, ha tenido una tendencia constante durante el quinquenio analizado, con tasas que se han mantenido alrededor de 15 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las demás regiones siguen un patrón de descenso (Figura 18).

Figura 18. Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos, según regiones. Colombia, 2005-2010



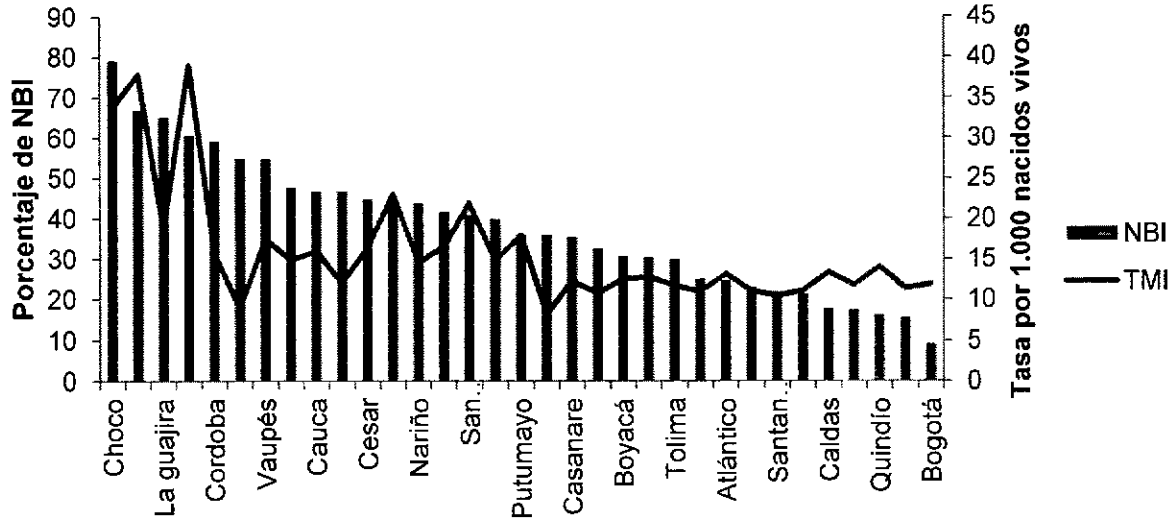
Fuente: DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010

30



Departamentos como Chocó, Vichada y Guainía, con mayor proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas, experimentan mayor mortalidad en menores de un año (Figura 19).

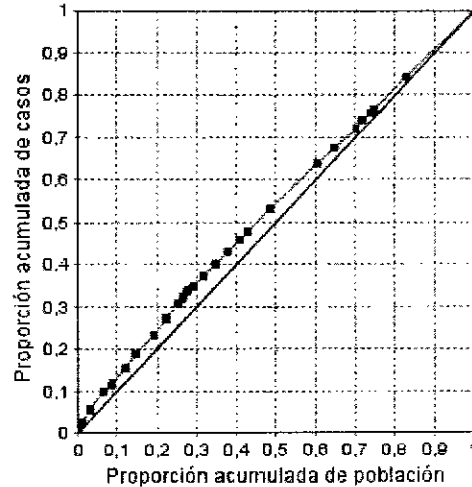
Figura 19. Tasa de mortalidad en menores de un año, según NBI, según regiones. Colombia, 2010



Fuente: elaborada a partir de los datos del DANE y el SISPRO, Necesidades Básicas Insatisfechas NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional, a 30 de junio de 2012.

La pobreza parece no generar grandes desigualdades en la distribución de la mortalidad en menores de un año, a nivel nacional, puesto que solo el 53% de la mortalidad se presenta en la población más pobre, con un índice de concentración de -0,0635. No obstante, cabría decir que el número de muertes esperadas supera a las que se podrían prever en una situación de plena igualdad (Figura 20).

Figura 20. Curva de concentración, mortalidad infantil relacionada con NBI. Colombia, 2010



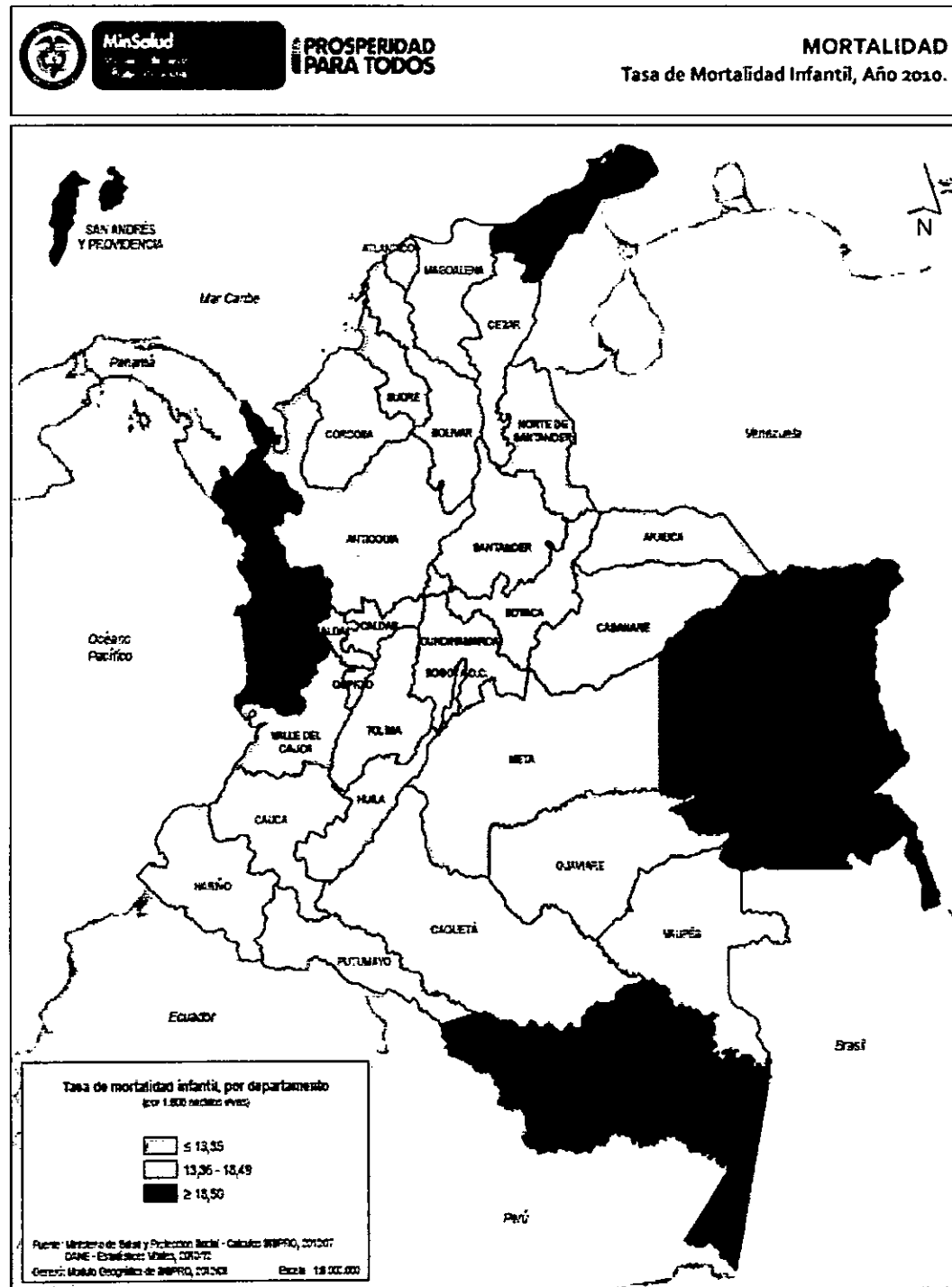
Fuente: DANE y SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 de Junio de 2012.



Por departamentos, la mortalidad en menores de un año es más alta en Guainía, Vichada, Chocó, Amazonas y San Andrés, en donde se producen más de 20 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos; en estos departamentos las tasas de mortalidad son significativamente más altas que la nacional. Las tasas de mortalidad en menores de un año de Guainía y de Amazonas son un 71% y un 80% más altas que las de Colombia, respectivamente. Las tasas de Chocó, Vichada y Guainía son 1,64, 1,97 y 2,05 veces más altas que las de Colombia, respectivamente. Ningún departamento tiene tasas significativamente más bajas que la nacional (ver Mapa 8).



Mapa 8. Tasa de mortalidad en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos, según departamentos. Colombia, 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE dispuestos por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el cubo de indicadores, 2010.



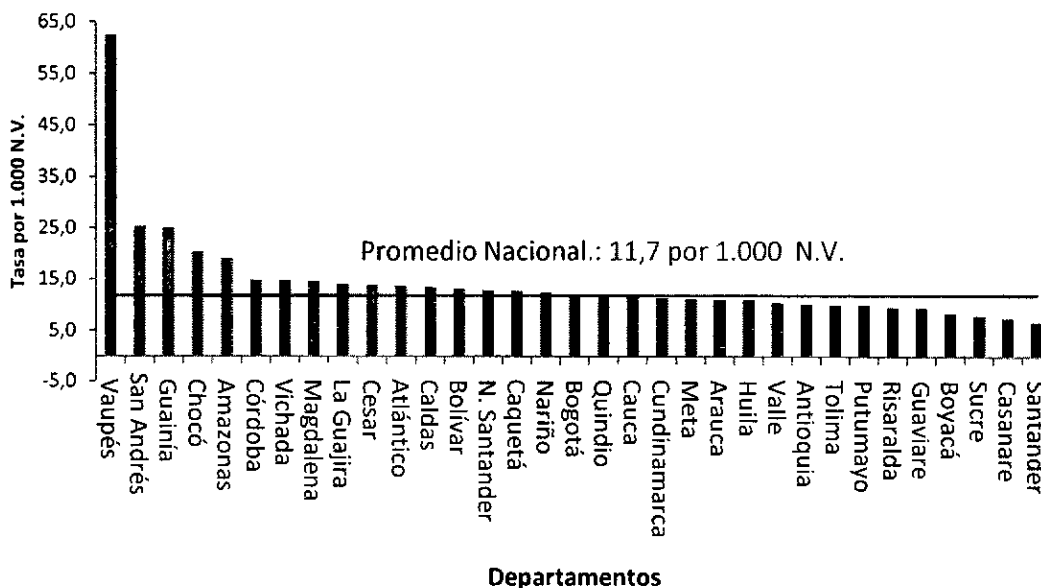
- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

En el régimen subsidiado la tasa de mortalidad en menores de un año es de 11,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos, para el período en estudio (Gráfico 11). No se consideraron las muertes por lesión de causa externa.

No obstante, Vaupés presenta una tasa de 62,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Las cifras absolutas que explican que este valor corresponde a 1 muerte a partir de 16 recién nacidos vivos.

Al revisar el documento del ASIS del Departamento del Vaupés, se informa que al verificar los datos oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE para el año 2010, según la revisión y codificación de certificados de defunción y nacido vivo, se identificó un subregistro de casos. La tasa de mortalidad infantil, para el departamento de Vaupés, durante el año 2010 fue de 9,05 por 1000 nacidos vivos. La mayor tasa se presentó en el corregimiento de Yavaraté con una tasa de 31,25 por 1000 nacidos vivos, seguido del corregimiento de Pacoa con una tasa de 14,49 por 1000 nacidos vivos, datos que son consistentes con los observados a partir de los casos de mortalidad infantil reportados al sistema de vigilancia en salud pública.⁶

Gráfico 11. Tasa de Mortalidad infantil en menores de 1 año por 1.000 Nacidos Vivos- Régimen Subsidiado-Departamentos. Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre ,2013



Fuente: RUAF-ND preliminar

⁶ ASIS Departamento de Vaupés, Secretaría de Salud Departamento del Vaupés, 2013



E-06 Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarreica Aguda) en menores de 5 años

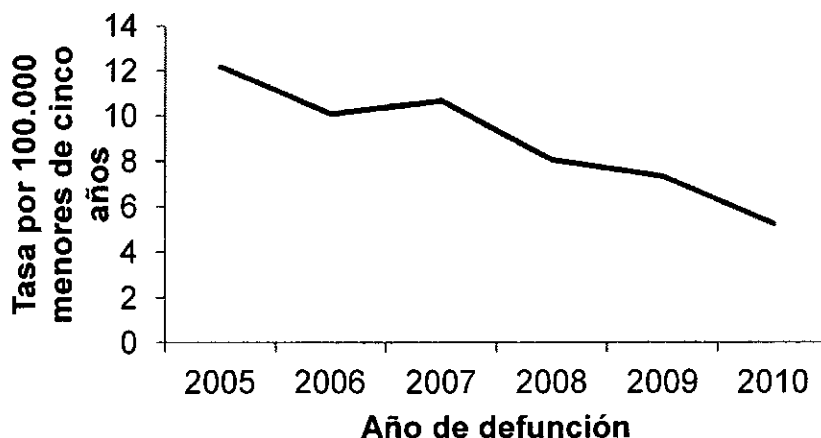
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Se define como el número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 100.000 nacidos vivos para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica, cuya causa básica de muerte seleccionada fue una enfermedad diarreica aguda. Las fuentes de información para este indicador son SIVIGILA y BDUA.

El objetivo para este indicador es monitorizar y analizar esta información, generando alertas para la toma de decisiones en relación a todas las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Mide la capacidad de atención primaria y de control de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años.

La mortalidad por EDA en menores de cinco años ha mostrado una clara tendencia al descenso durante el quinquenio; se observa una elevación en el año 2007, cuando alcanzó una tasa de 10,68 muertes para luego descender sostenidamente. En el año 2010 la tasa es de 5,26 muertes por cada 100.000 menores de cinco años (Figura 21).

Figura 21. Mortalidad por EDA en menores de 5 años. Colombia 2005-2010

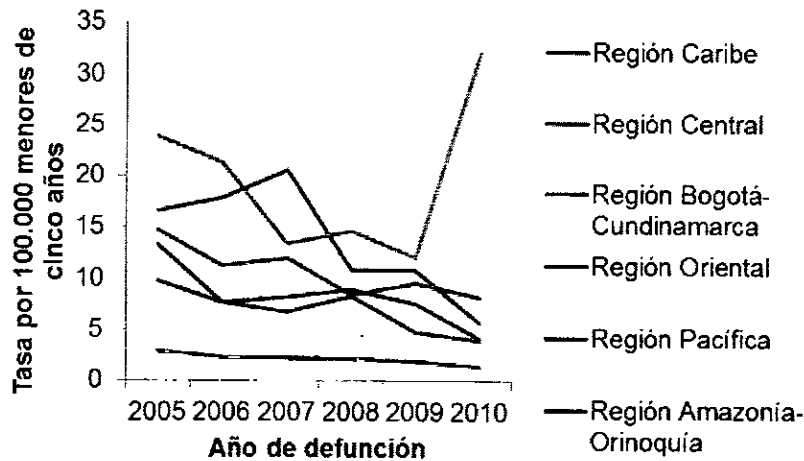


Fuente: DANE y SISPRO Cubo de indicadores- 2005 a 2010

La región Amazonia-Orinoquia mostró un descenso en la mortalidad por EDA durante los años 2005 y 2009; en el año 2010 se evidencia un incremento de 20 muertes por cada 100.000 menores de cinco años, en comparación con el año 2009. En la región Caribe la mortalidad por EDA ha ido en descenso, alcanzando una tasa de 5,78 muertes en el año 2010. Las tasas más bajas de mortalidad por EDA se encuentran en la región Bogotá-Cundinamarca, en donde se ha observado una tendencia constante al descenso, pasando de una tasa de 2,91 muertes en el año 2005 a 1,33 muertes en el año 2010 (Figura 22).



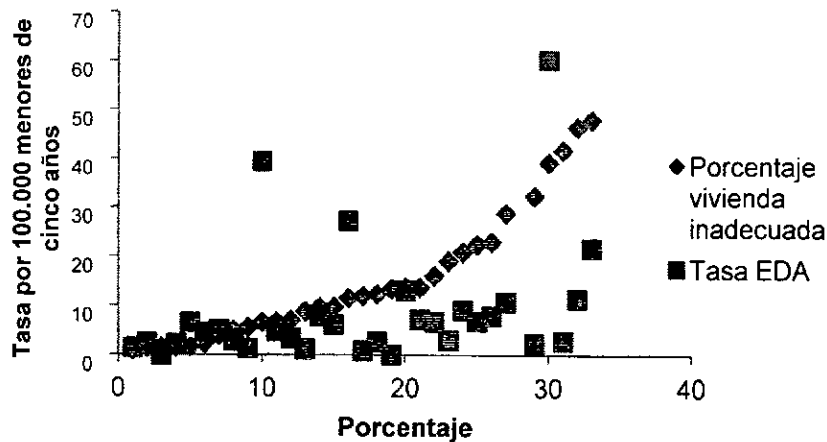
Figura 22. Mortalidad en menores de cinco años por EDA, según regiones. Colombia, 2005-2010



Fuente DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

El estado de las viviendas en donde habitan las personas se comporta como determinante de la mortalidad por EDA en menores de cinco años. Según el censo del año 2005, para ese año el 10,4% de la población colombiana habitaba una vivienda inadecuada para el alojamiento humano. A medida que el porcentaje de personas que habita viviendas inadecuadas aumenta, la tasa de mortalidad por EDA también lo hace en algunos territorios (Figura 23).

Figura 23. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según porcentaje de personas que habitan viviendas inadecuadas. Colombia, 2010



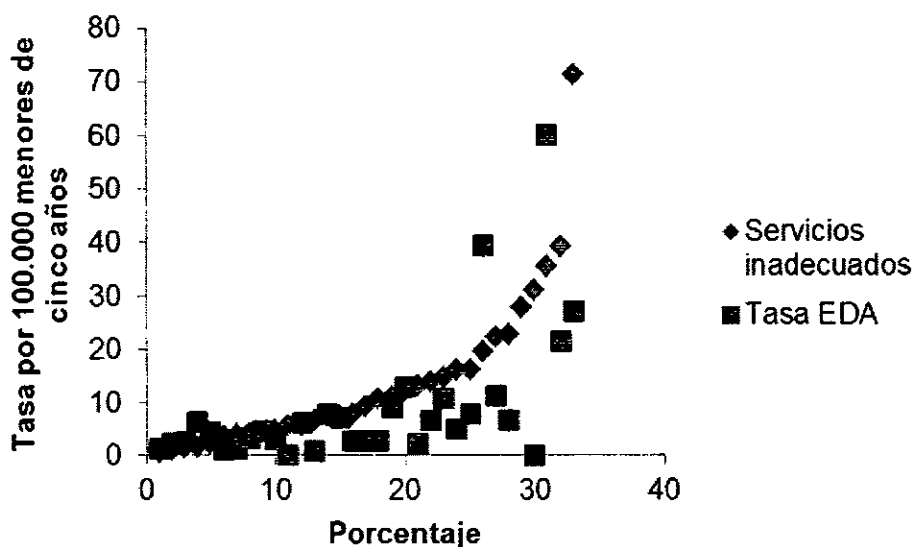
Fuente: DANE, Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO Cubo de indicadores y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012.

De la misma manera, carecer de servicios sanitarios adecuados es un determinante de la mortalidad por EDA; para el año 2005, el 7,36% de la población en Colombia habitaba viviendas con servicios inadecuados. De acuerdo con los anteriores datos censales disponibles, se puede observar que a medida que aumenta el porcentaje de viviendas con servicios inadecuados, aumenta la mortalidad por EDA (Figura 24).

33



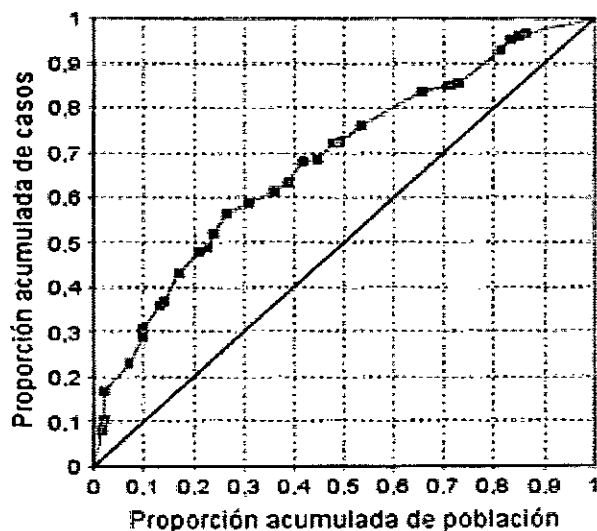
Figura 24. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según porcentaje viviendas con servicios inadecuados. Colombia, 2010



Fuente: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 de junio de 2012.

El 50% de la población que vive con servicios inadecuados soporta el 72% de la mortalidad por EDA, con un índice de concentración de -0,3655 (Figura 25).

Figura 25. Curva de concentración, mortalidad por EDA en menores de cinco años relacionado con porcentaje de población con servicios inadecuados*. Colombia, 2010

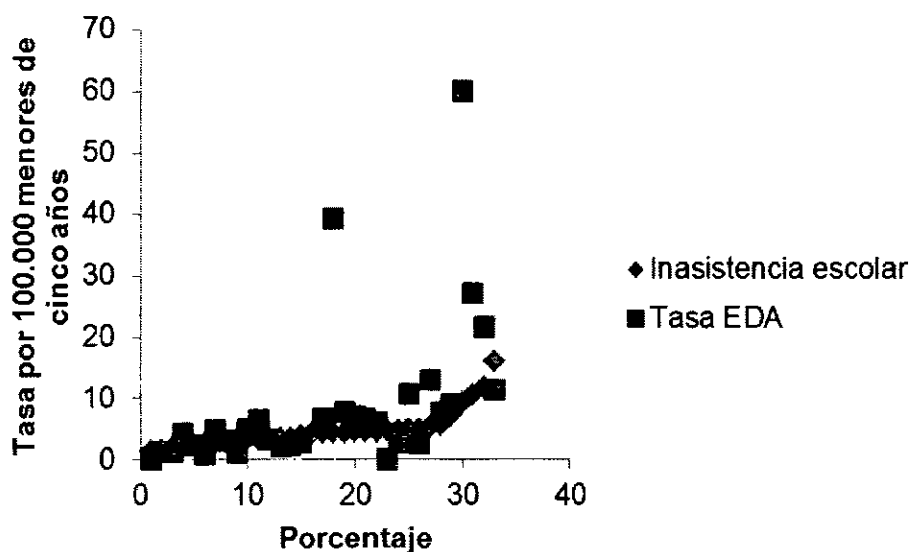


Fuente: DANE y Ministerio de Salud y Protección Social – SISPRO, y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012



La inasistencia educativa de la población de niños de 7 a 11 años también se comporta como determinante de la mortalidad por EDA; a medida que aumenta el porcentaje de inasistencia escolar, la tasa de mortalidad por EDA también lo hace (Figura 26).

Figura 26. Mortalidad por EDA en menores de cinco años según inasistencia escolar. Colombia, 2010



Fuente: DANE y SISPRO, y Necesidades Básicas Insatisfechas - NBI, por Total, Cabecera y Resto, según Departamento y Nacional a 30 Junio de 2012.

Los departamentos con tasas de EDA significativamente más altas que las del país son Vaupés (43,7 veces más alta), Guainía (10,4 veces más alta), Amazonas (6,5 veces más veces más alta), Chocó (4,2 veces más alta), Vichada (3,1 veces más alta), Caquetá (1,5 veces más alta), La Guajira (1,2 veces más alta) y Cauca (una vez más alta que la nacional). De otro lado, Casanare y San Andrés Islas no reportaron casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años durante el año 2010 (Mapa 9).



Mapa 9. Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 menores de cinco años, según departamentos. Colombia, 2010



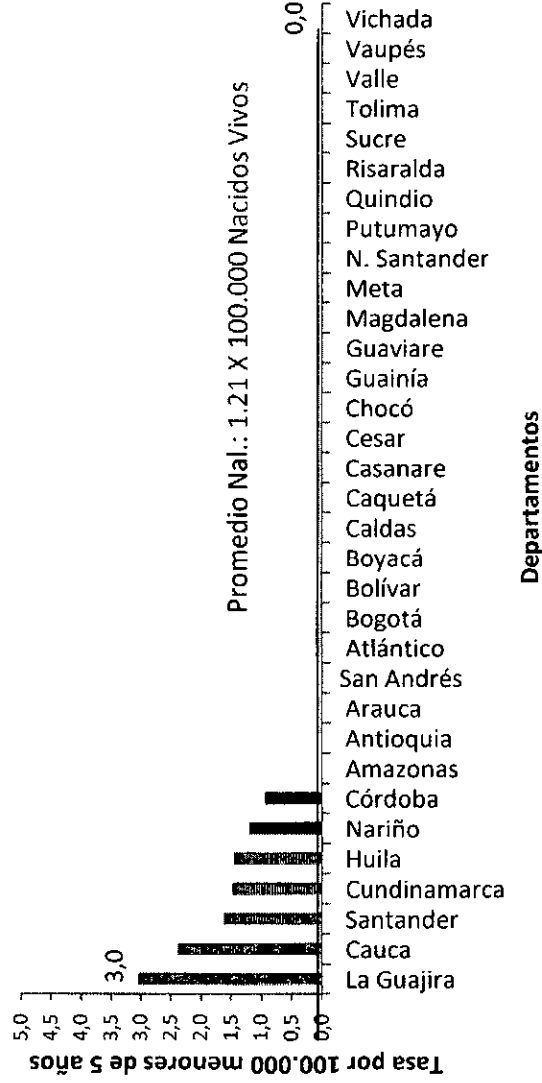
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE dispuestos por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el cubo de indicadores, 2010.



- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

El promedio nacional para el régimen subsidiado, en el período analizado es de 1,2 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en 2013, presentándose para el departamento de la Guajira la mayor tasa de mortalidad por EDA. Sólo se reportaron muertes en menores de 5 años por EDA en los departamentos de Córdoba, Nariño, Huila, Cundinamarca, Santander, Cauca y La Guajira (Gráfico 12).

Gráfico 12. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 menores de cinco años - Régimen Subsidiado-Departamentos. Período analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013

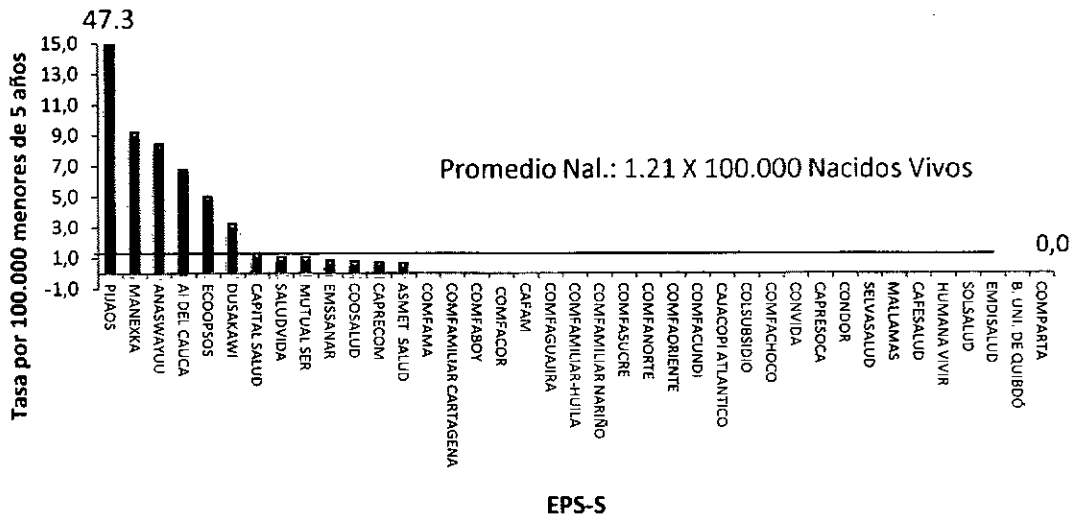


Fuente: RUA-F-ND preliminar

En el análisis por aseguradora, 6 EPS-S presentan tasas superiores al promedio nacional del régimen subsidiado, con la tasa más alta para PIAOS (47,3 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) y MANEXCA (9,24 muertes por cada 100.000 menores de 5 años). En 25 EPS-S no se reportó ninguna muerte por EDA en menores de 5 años (Gráfico 13).



Gráfico 13. Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años por 100.000 menores de cinco años - Régimen Subsidiado-EPS-S
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: RUAF-ND preliminar

E-07 Tasa de mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menores de 5 años

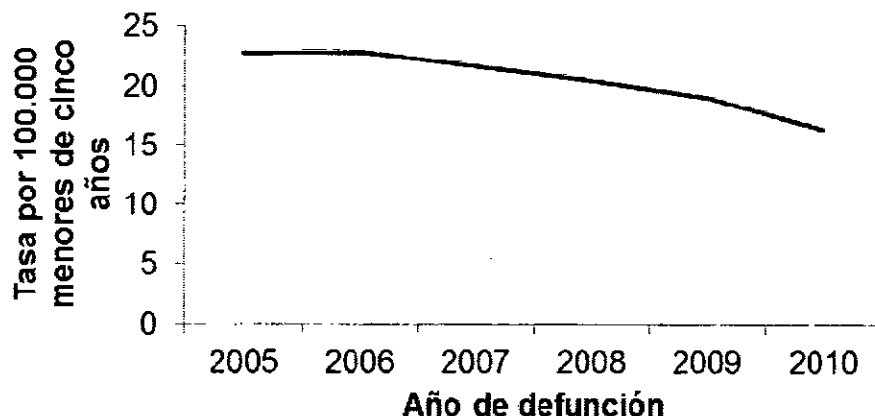
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Este indicador expresa el cociente entre el número de muertes de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Infección Respiratoria Aguda (IRA) y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado país, territorio o área geográfica. Para su cálculo se utilizaron las fuentes de información de SIVIGILA y BDUA.

En Colombia, la tendencia de la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda IRA ha ido descendiendo durante el quinquenio 2005-2010, con una notable aceleración en los últimos dos años. La tasa pasó de 22,81 muertes por cada 100.000 menores de cinco años en el año 2005 a 16,49 en el año 2010. Esto corresponde a una disminución de 6,32 muertes por cada 100.000 menores de cinco años durante el quinquenio (Figura 27).



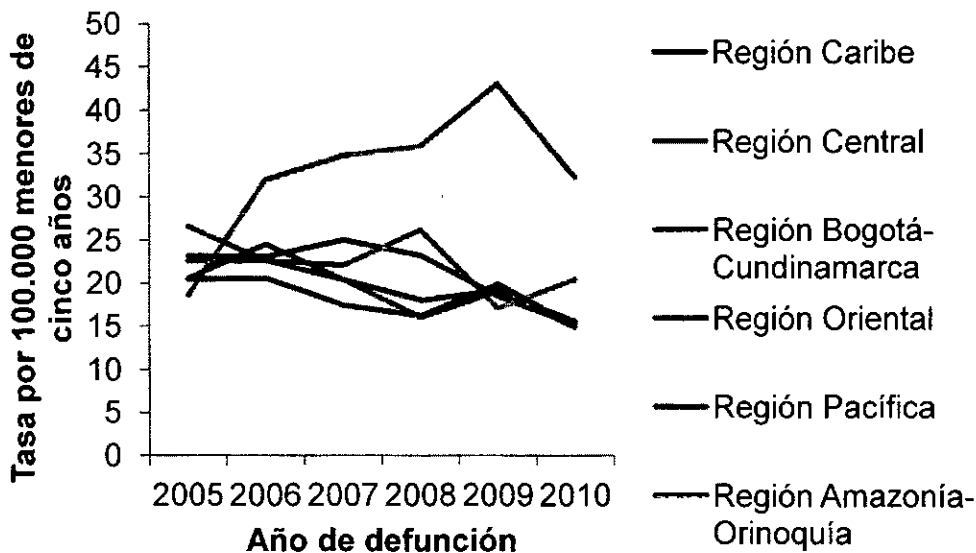
Figura 27. Mortalidad por IRA en menores de cinco años. Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE y SISPRO, cubo de indicadores 2005 a 2010.

La región Amazonia-Orinoquia mostró un incremento constante durante los años 2005 y 2009, cuando alcanzó su pico máximo, con una tasa de 42,91 muertes por cada 100.000 menores de cinco años; en el año 2010 se aprecia un descenso en la mortalidad por IRA en la región, con una tasa de 32,16 muertes. En las demás regiones, la mortalidad por IRA ha tendido al descenso durante el quinquenio (Figura 28).

Figura 28. Mortalidad por IRA en menores de cinco años, según regiones. Colombia, 2005-2010



Fuente: DANE y SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

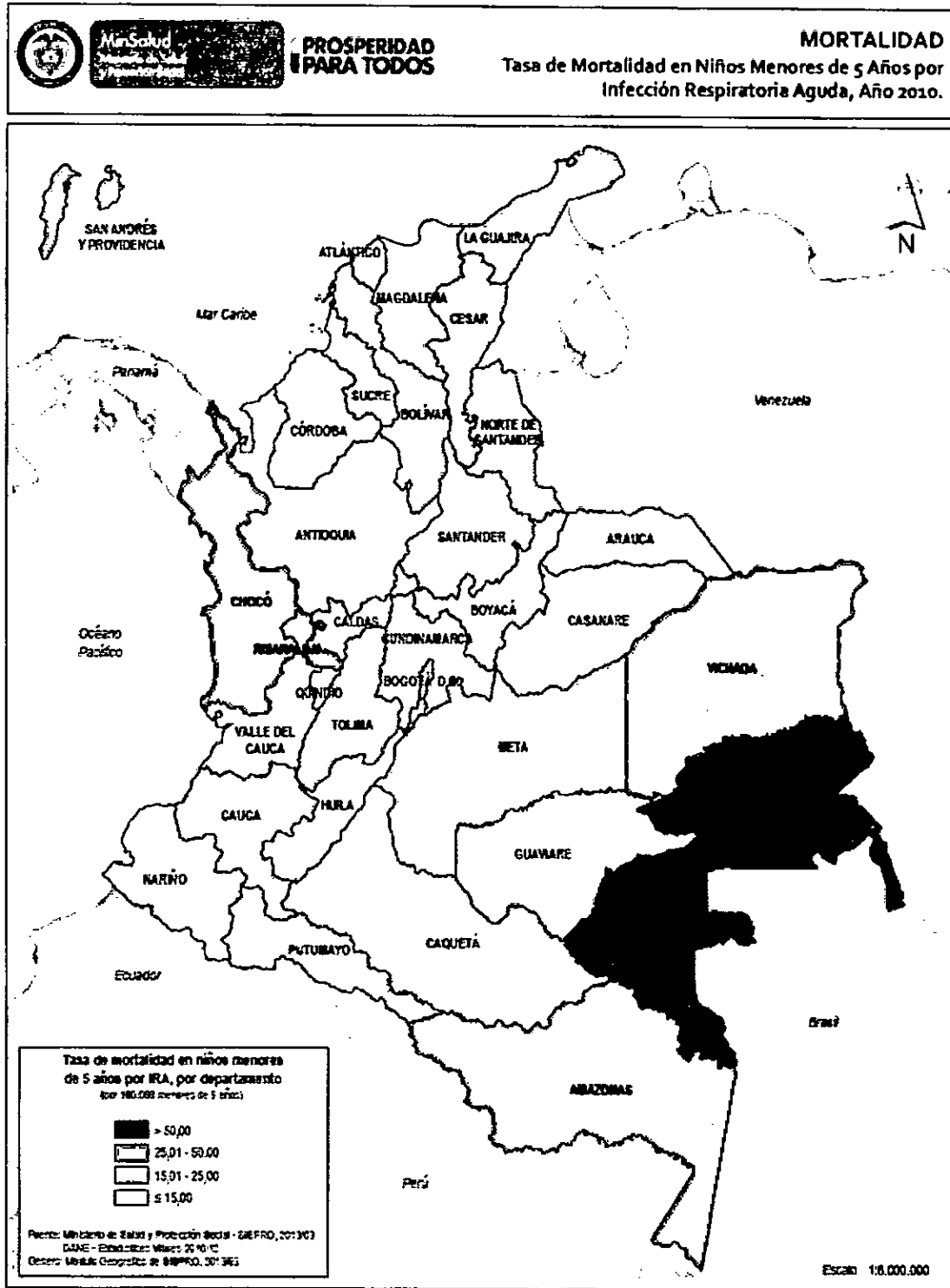
**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Los departamentos con tasas de IRA significativamente más altas que las del país son Guainía (7,49 veces más alta), Vaupés (2,05 veces más alta), Chocó (1,56 veces más alta), Amazonas (1,38 veces más veces más alta), Risaralda y Vichada (97% y 96% más alta que la nacional). De otro lado, Huila, Guaviare, Sucre y Quindío tienen tasas alrededor de un 55% más bajas que la nacional, con un nivel de confianza del 95% (Mapa 10).

A diferencia de lo que ocurre en la mortalidad por EDA en menores de cinco años, la inasistencia escolar, las viviendas con servicios inadecuados y el porcentaje de personas con viviendas inadecuadas no se comportan como determinantes de la mortalidad por IRA en los menores de cinco años.



Mapa 10. Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda. Colombia, 2010



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Elaborado a partir de datos del DANE dispuestos por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el cubo de indicadores, 2010.



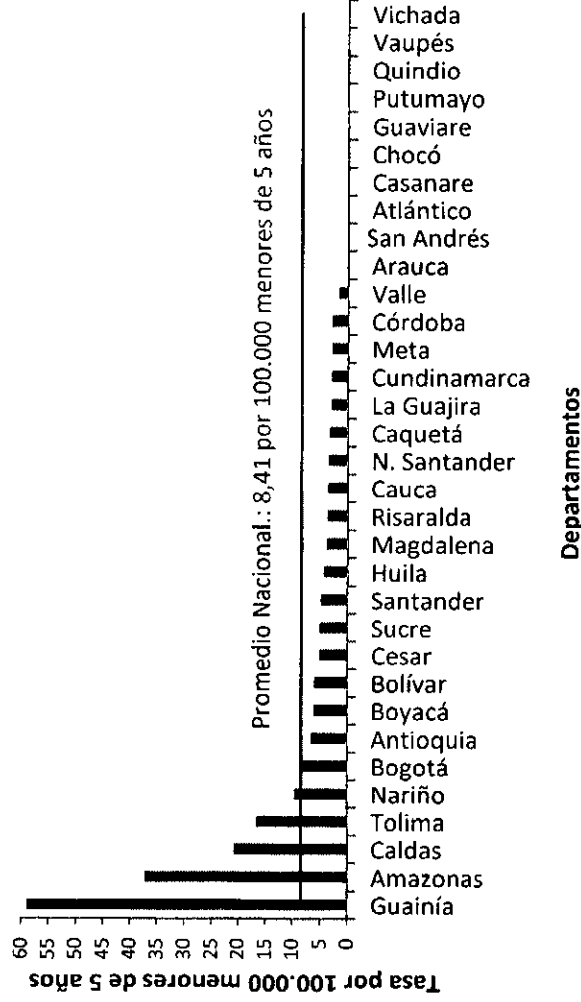
- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

El promedio nacional para el régimen subsidiado, en el período analizado, es de 8,4 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en 2013.

Según la información disponible, los departamentos con la tasa más alta para este indicador en Guainía, con valor de 58,9 muertes por cada 100.000 menores de 5 años. Las cifras absolutas que explican este valor son 2 muertes a partir 3.398 menores de 5 años (Gráfico14). En los departamentos de Arauca, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Atlántico, Casanare, Chocó, Guaviare, Putumayo, Quindío, Vaupés y Vichada no se presentaron muertes en menores de 5 años por IRA.

*Gráfico 14. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años
Régimen Subsidiado-Departamentos.*

Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre ,2013

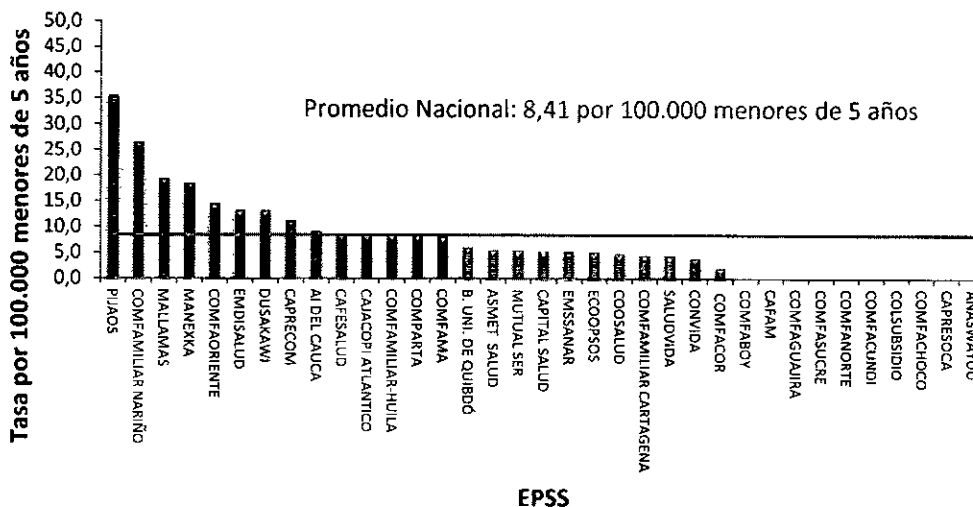


Fuente: SIVIGILA Semana 48-BDUA preliminar

En el análisis por aseguradora, 12 EPS-S presentan tasas superiores al promedio nacional del régimen subsidiado, con la tasa más alta para PIAOS (35,4 muertes por cada 100.000 menores de 5 años) y COMFAMILIAR NARIÑO (26,6 muertes por cada 100.000 menores de 5 años). Gráfico 15.



*Gráfico 15. Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años por 100.000 menores de 5 años-EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013*



Fuente: SIVIGILA Semana 48-BDUA preliminar

Las cifras absolutas que explican estos valores son 3 muertes a partir de 8.455 menores de 5 años (PIJAOS) y 3 muertes a partir de 11.267 menores de 5 años (COMFAMILIAR NARIÑO). Para las EPS COMFABOY, CAFAM, COMFAGUAJIRA, COMFASUCRE, COMFANORTE, COMFACUNDI, COLSUBSIDIO, CAMFACHOCÓ, CAPRESOCA, ANASWAYUU no se presentaron muertes por IRA en menores de 5 años.

6.1.2 Dominio: Atención en Sífilis y VIH-Sida

6.1.2.1 Subdominio: Calidad de la atención en Sífilis y VIH-Sida

E-08 Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El porcentaje de tamización para sífilis gestacional expresa la proporción de mujeres en estado de gestación que tienen toma de serología para sífilis, por 100. La fuente de información para este indicador es la Resolución 4505 de 2012.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevalencia estimada de sífilis en gestantes en América Latina y el Caribe es de 3,1 por cien gestantes evaluadas. ("Protocolo de sífilis congénita y gestacional") En la mayor parte de los casos, la infección es transmitida al feto,



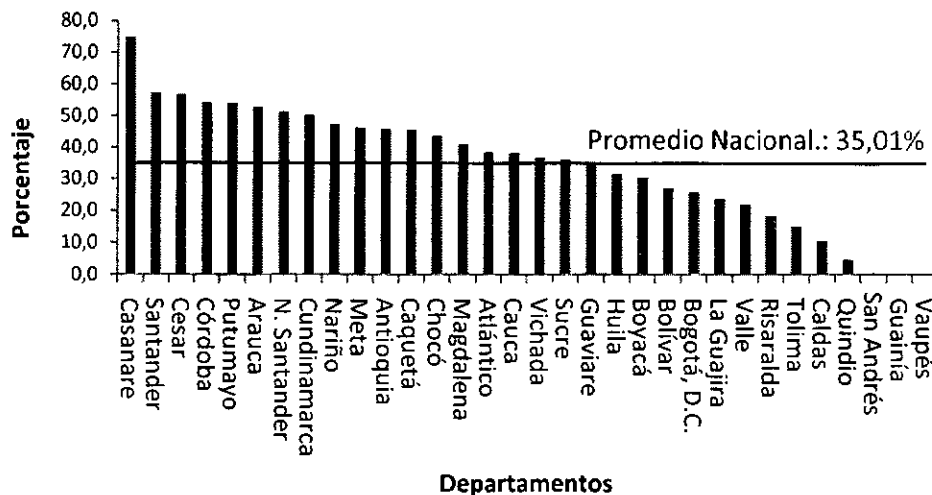
en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo y conlleva un pronóstico fatal en el 30-50% de los casos. ("INCAS Colombia", 2009).

Mediante su medición se busca monitorizar la capacidad de la entidad, territorio o aseguradora para detectar tempranamente a las mujeres con sífilis gestacional, así como la capacidad de dar respuesta oportuna y eficiente al control y eliminación de la enfermedad. No obstante, es importante advertir que la tamización requiere el consentimiento de las mujeres en estado de embarazo y de sus parejas, lo cual en muchas regiones enfrenta numerosas barreras culturales que hacen imposible la aplicación exitosa del procedimiento.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Según la información disponible, en la población colombiana del régimen subsidiado 18 departamentos presentan porcentajes de tamización para sífilis gestacional superiores al promedio nacional (35,0%). Por su parte, los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía y Vaupés muestran porcentajes de tamización de cero, mientras que para Amazonas no se dispone de información (Gráfico 16).

Gráfico 16. Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional Régimen Subsidiado-Departamentos.
Periodo analizado: 1 de abril-30 de septiembre, 2013

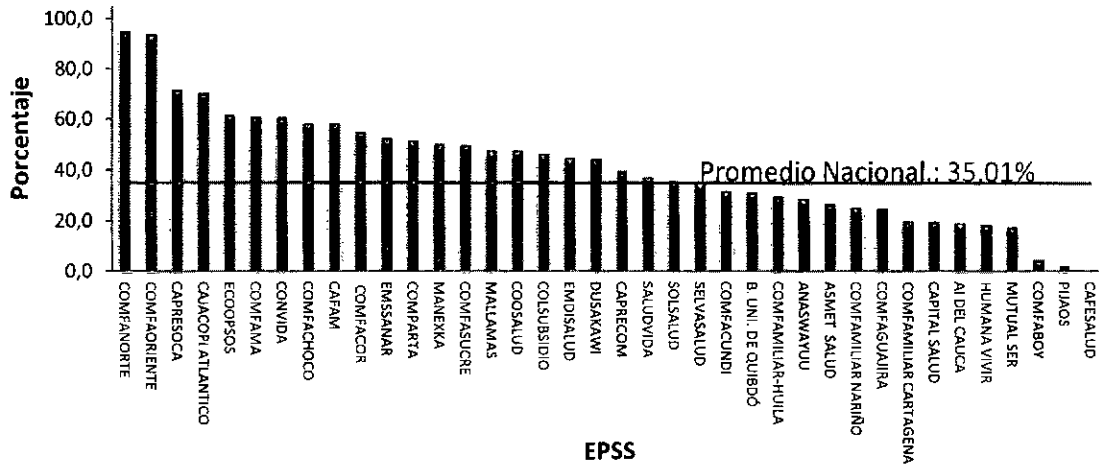


Fuente: Procesamiento Resolución 4505 de 2012. Preliminar

Los resultados por EPS-S muestran que 38 aseguradoras del régimen subsidiado fueron analizadas. COMFANORTE y COMFAORIENTE muestran porcentajes de tamización superiores al 90% de las mujeres en gestación. Mientras que COMFABOY (4,4%), PIJAOS (2,0%) y CAFESALUD (0%) presentan los porcentajes más bajos. No hay información disponible para la EPS-S CONDOR (Gráfico17).



Gráfico 17. Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional-EPSS.
Periodo analizado: 1 de abril-30 de septiembre, 2013



Procesamiento Resolución 4505 de 2012. Preliminar

E-09 Porcentaje de personas de 13 años o más en estadio SIDA al momento del diagnóstico

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Este indicador mide el porcentaje de personas quienes en el momento del diagnóstico de VIH tenían 13 o más años de edad y ya estaban clasificados en estadio 3, es decir SIDA. En otras palabras, se refiere al porcentaje de personas que en el momento del diagnóstico ya tienen la enfermedad en el estadio más avanzado o grave.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o SIDA, es la fase más avanzada de la infección por el VIH. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), en 2012, 35,3 millones [32,2 millones–38,8 millones] de personas vivían con la infección por el VIH en el mundo, mientras 1,6 millones [1,4 millones–1,9 millones] fallecieron ese mismo año por causas relacionadas con el SIDA. (“El sida en cifras”, 2013) La fuente de información para este indicador es la Cuenta de Alto Costo. El acceso a los servicios integrales de salud y la calidad de éstos definen el curso de la enfermedad y determinan los costos sociales y financieros que afrontan las personas con VIH. Los problemas de acceso o calidad en la prestación de los servicios para el tratamiento integral del VIH/sida retardan el diagnóstico, exacerban los procesos de morbilidad y disminuyen las alternativas terapéuticas.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

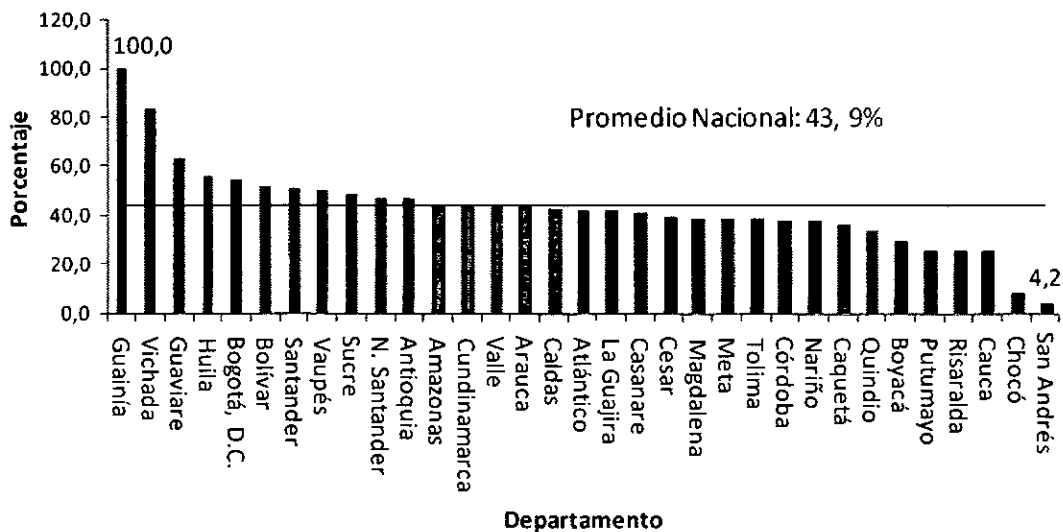
En la población colombiana del régimen subsidiado los departamentos con menor porcentaje de pacientes con infección por VIH en estadio SIDA son San Andrés (4,2%), Chocó (8,7%) y Cauca (25,2%); mientras que Guainía (100%), Vichada (83,3%) y Guaviare (63,3%) presentan las mayores

39



proporciones de pacientes con infección por VIH en estadio SIDA al momento del diagnóstico. El promedio nacional para el régimen subsidiado en este indicador es de 43,9% en el periodo analizado (Gráfico 18).

*Gráfico 18 Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico
Régimen Subsidiado– Departamentos.
Periodo analizado: 1 de Julio de 2012 al 31 de Enero, 2013*



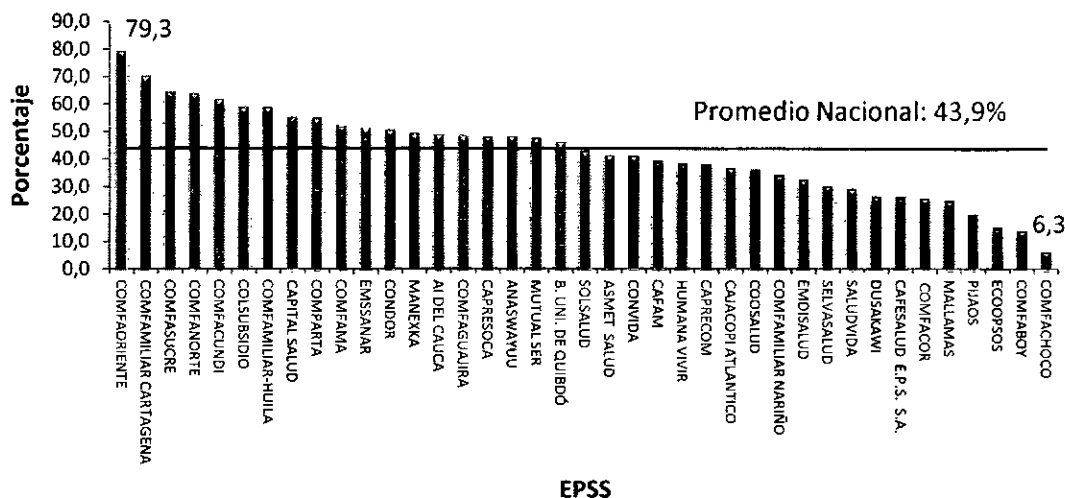
Fuente: Cuenta de Alto Costo, preliminar

El análisis de 39 EPS del régimen subsidiado para este indicador (Gráfico 19) muestra que los porcentajes más bajos de pacientes con sida al momento del diagnóstico de la infección por VIH pertenecen a COMFACHOCO (6,3%), COMFABOY (13,9%) y ECOOPSOS (15,1).

Por su parte las aseguradoras con el porcentaje más alto de pacientes fueron COMFAORIENTE, COMFAMILIAR CARTAGENA, COMFASUCRE, COMFANORTE y COMFACUNDI, en las que entre el 61,7% y el 79,3% de sus pacientes fueron diagnosticados en estadio SIDA.



Gráfico 19. Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico – EPSS.
Periodo analizado: 1 de Julio de 2012 al 31 de Enero, 2013



Fuente: Cuenta de Alto Costo datos preliminares

E-10 Tasa de Incidencia Sífilis Congénita

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La tasa de incidencia de sífilis congénita se define como el número de casos nuevos de esta enfermedad, entre los nacidos vivos en un año. Su cálculo resulta del cociente entre el número de casos nuevos de nacidos vivos con sífilis congénita y el número de nacidos vivos, por 1.000. Las fuentes de información son para el numerador el SIVIGILA y para el denominador el RUAF-ND.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año. Las mujeres embarazadas infectadas por sífilis pueden transmitir la infección al feto (sífilis congénita), lo cual provoca resultados adversos graves para el embarazo en un 80% de los casos. (“Eliminación mundial de la sífilis congénita”, 2008).

A diferencia de la mayoría de infecciones neonatales, la sífilis congénita es una enfermedad prevenible que podría eliminarse mediante una tamización prenatal eficaz y el tratamiento de las embarazadas infectadas. No obstante, como se explicó arriba, además de los problemas de oferta del servicio en muchos casos la aplicación del tamizaje enfrenta numerosas barreras culturales para garantizar que las mujeres en estado de embarazo y sus compañeros sean evaluados y tratados.

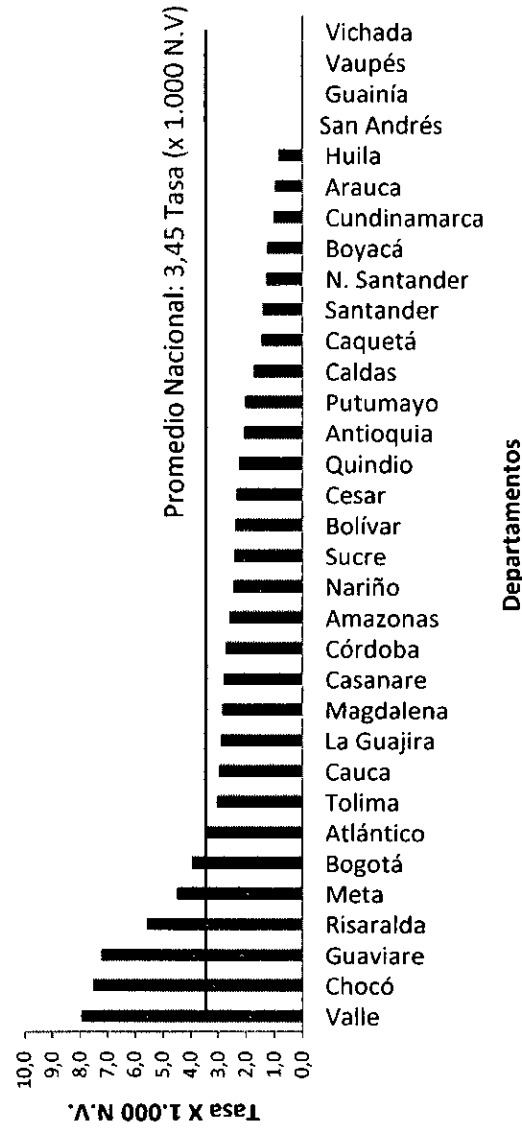




- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

En la población colombiana afiliada al régimen subsidiado, seis departamentos (Valle del Cauca, Chocó, Guaviare, Risaralda, Meta y Bogotá) presentaron una tasa de incidencia de sífilis congénita por encima del promedio nacional (3,4 x 1.000 Nacidos Vivos); mientras en los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Vaupés y Vichada no se registraron recién nacidos con sífilis congénita (Gráfico 20).

*Gráfico 20. Tasa de Incidencia Sífilis Congénita
Régimen Subsidiado – Departamento.
Periodo analizado: 1 de enero- 30 de noviembre, 2013*

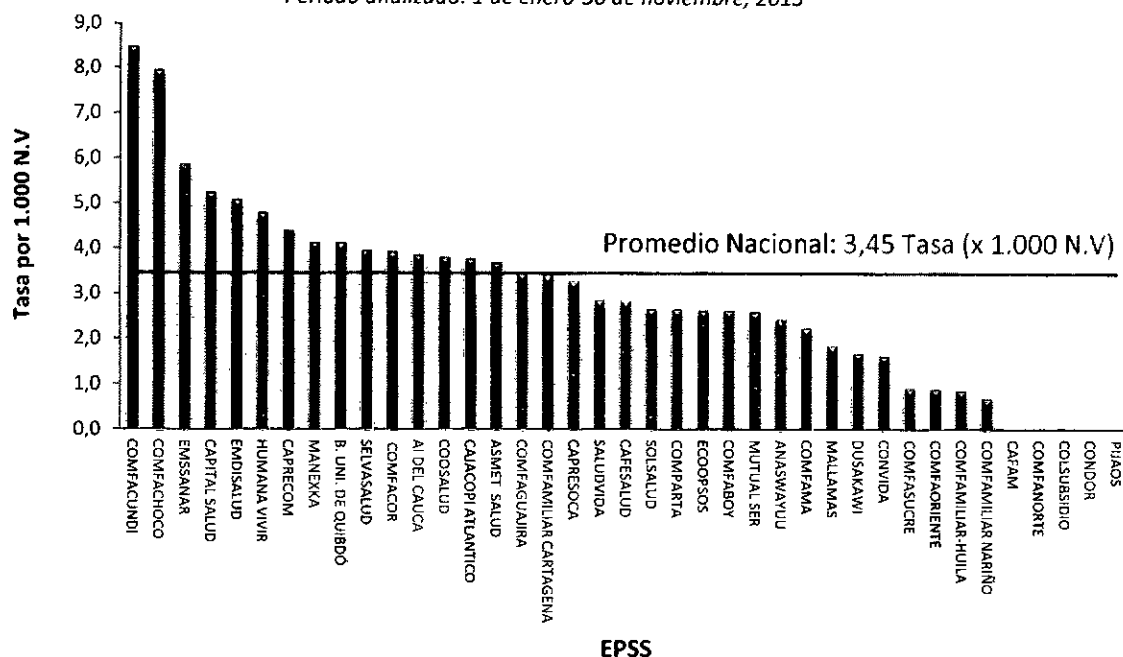


Fuente: SIVIGILA Semana 48-RUAF-ND Preliminar

En el análisis de 39 EPS-S para este indicador, las aseguradoras con mayor incidencia de sífilis congénita fueron COMFACUNDI (8,5 casos por 1.000 nacidos vivos), es decir 8 casos a partir de 943 recién nacidos vivos, COMFACHOCO (7,9 casos por 1.000 nacidos vivos) y EMSSANAR (5,9 casos por 1.000 nacidos vivos). Por su parte, cuatro aseguradoras (CAFAM, COMFANORTE, COLSUBSIDIO, CONDOR y PIJAOS) reportaron tasas de cero casos por 1.000 nacidos vivos (Gráfico 21).



Gráfico 21. Tasa de Incidencia Sifilis Congénita – EPSS
Periodo analizado: 1 de enero-30 de noviembre, 2013



Fuente: SIVIGILA Semana 48-RUAF-ND Preliminar

E-11 Porcentaje de personas viviendo con VIH/sida con indicación de Tratamiento antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Este indicador expresa la proporción de personas con VIH/SIDA que recibe terapia antirretroviral (TAR) entre quienes lo ameritan. La fuente de información para este indicador es la Cuenta de Alto Costo. Al igual que ocurre con el porcentaje de personas de 13 años o más en estadio SIDA al momento del diagnóstico, la cobertura de tratamiento antirretroviral se ve afectada por los problemas de acceso o calidad en la prestación de los servicios en salud.

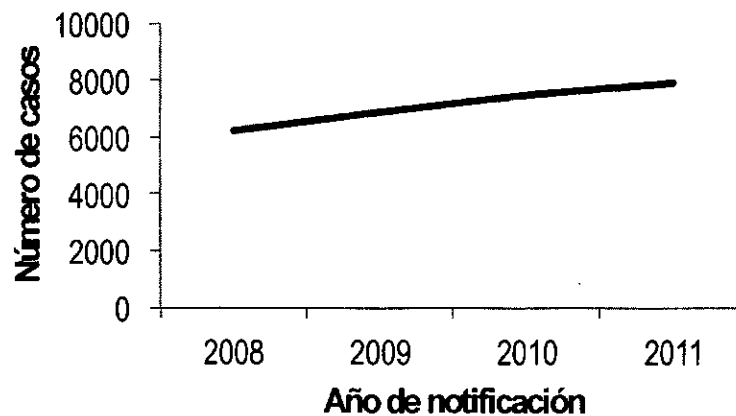
Según los últimos datos recogidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el coste de la terapia antirretroviral de primera línea en algunos países de ingresos medios y bajos se ha reducido. El mayor compromiso político, la realización de inversiones inteligentes, la creación de programas estratégicos y la disminución experimentada en los costes del tratamiento han dado lugar a que, a finales de 2012, 9,7 millones de personas tuvieran acceso a la terapia antirretroviral en los países de ingresos medios y bajos. (“El sida en cifras”, 2013).

41



La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hace parte de los eventos de alto costo definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En la actualidad, el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública (Sivigila) recoge información del número de casos nuevos notificados anualmente. En general la tendencia ha sido ascendente, de 6.215 casos nuevos notificados en el año 2008 paso a 7,906 casos en el año 2012 (Figura 29). (Social M. d., ASIS Nacional, 2013)

Figura 29. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Colombia, 2008-2011



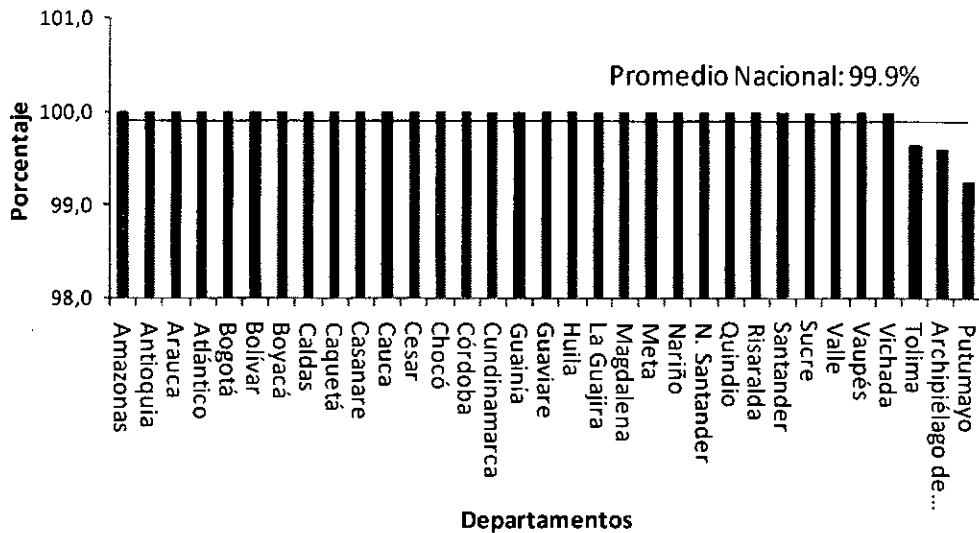
Fuente: Elaborado a partir de los datos del Sivigila dispuestos en el Sistema de Gestión de Datos del Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de consulta 23 agosto de 2013.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

En la población colombiana, afiliada al régimen subsidiado, 30 de 33 departamentos presentan porcentajes de administración de TAR del 100%, siendo el promedio nacional para este indicador del 99,9% para el régimen subsidiado. Es decir, casi la totalidad de los pacientes en quienes está indicada la TAR, la reciben. Gráfico 22.



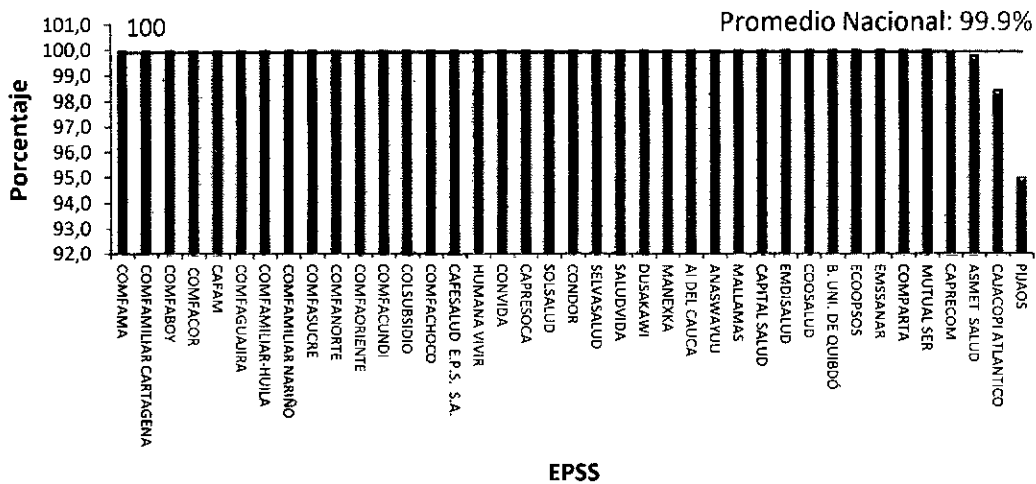
Gráfico 22. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral – Régimen Subsidiado-Departamentos. Periodo analizado: 1 de enero-30 de noviembre, 2013



Fuente: Cuenta de Alto Costo preliminar

En el análisis por EPS-S, 35 de 39 aseguradoras muestran porcentajes de administración de TAR del 100% de los casos en los que estaba indicada. CAPRECOM, ASMET SALUD, CAJACOPI ATLANTICO y PIJAOS registran porcentajes de administración de la TAR entre el 95% y el 99,9% de los casos con indicación para la misma (Gráfico 23).

Gráfico 23. Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral - EPSS. Periodo analizado: 1 de enero-30 de noviembre, 2013



Fuente: Cuenta de Alto Costo preliminar



6.1.3 Dominio: Enfermedades transmitidas por vectores

6.1.3.1 Subdominio: Calidad de la atención en enfermedades transmitidas por vectores:

E-12 Letalidad por Dengue

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La letalidad por dengue grave expresa la proporción de casos de dengue que han fallecido en un determinado periodo de tiempo entre el número de casos por dengue grave, por 100. La fuente de información para este indicador es el SIVIGILA.

Entre los años 2008 y 2010 la incidencia de Dengue aumentó en 480,27 casos por cada 10.000 habitantes y alcanzó una letalidad de 2,26 muertes por cada 100 personas diagnosticadas con la enfermedad en el año 2010 (Tabla 8).

Tabla 8. Enfermedades transmitidas por vectores. Colombia, 2008-2010

Enfermedades transmitidas por vectores	2008	2009	2010	Comportamiento
Incidencia de malaria vivax (por 1.000 habitantes)	4,49	5,67	8,13	↗↗
Incidencia de malaria falciparum (por 1.000 habitantes)	1,63	2,13	3,21	↗↗
Mortalidad por malaria	0,20	0,10	0,21	↘↗
Incidencia de leishmaniasis cutánea (por 10.000 habitantes)	84,77	137,20	130,92	↗↘
Incidencia de leishmaniasis mucosa (por 10.000 habitantes)	0,75	0,97	1,46	↗↗
Incidencia de leishmaniasis visceral (por 10.000 habitantes)	0,30	0,48	0,30	↗↘
Incidencia de dengue (por 10.000 habitantes)	114,22	190,80	624,49	↗↗
Letalidad por dengue (por 100 habitantes)	0,52	0,71	2,26	↗↗

Fuente: elaborada a partir de los datos del Instituto Nacional de Salud INS, Sivigila, 2008 a 2010.

La tendencia del Dengue en Colombia tuvo un comportamiento estable hasta el año 2009, cuando se presentaron 157.202 casos: 101.610 más que los reportados durante el año 2010. Los departamentos de Antioquia, Santander y Valle fueron los que mayor cantidad de casos de Dengue presentaron, aportando un 16,97%, 13,46% y 13,41% respectivamente, del total de casos presentados en el país (Instituto Nacional de Salud, 2010).

Según el Instituto Nacional de Salud (INS), el dengue en Colombia representa un problema prioritario en salud pública debido a la reemergencia e intensa transmisión con tendencia creciente, el comportamiento de ciclos epidémicos cada dos o tres años, el aumento en la frecuencia de brotes de dengue grave y la infestación por *A. aegypti* (vector) en más del 90% del territorio nacional situado por debajo de los 2.200 msnm. ("Protocolo para la vigilancia en salud pública del Dengue").



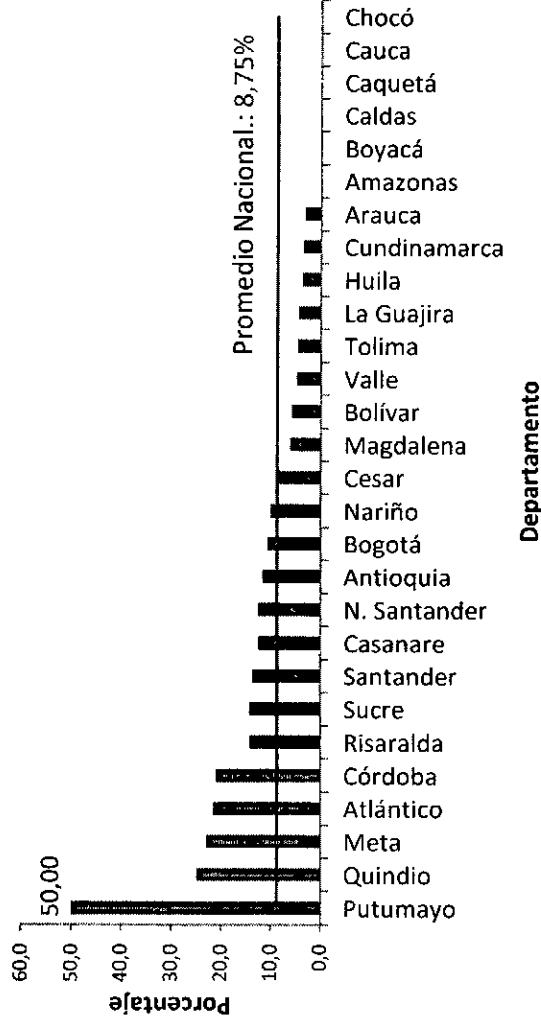
La prevención y el control del dengue dependen exclusivamente de las medidas eficaces de lucha antivectorial, sin que exista tratamiento específico del dengue ni del dengue grave; no obstante según la OMS, la detección oportuna y el acceso a la asistencia médica adecuada disminuyen las tasas de mortalidad por debajo del 1%.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

En la población colombiana (Gráfico 24) afiliada al régimen subsidiado, el promedio nacional de letalidad por dengue fue de 8,8% a partir de 28 departamentos analizados en 2013. En 13 de éstos la letalidad por dengue fue mayor al promedio nacional, especialmente en Putumayo (50%).

Las cifras absolutas que explican este valor son 4 muertes a partir de 8 casos por dengue grave. Por otra parte los departamentos sin muertes por cada 100 pacientes con dengue grave fueron Boyacá, Caldas, Caquetá, Cauca y Chocó. San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada no se presentaron muertes por Dengue Grave.

Gráfico 24. Letalidad por Dengue-Departamentos. Régimen Subsidiado.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre 2013

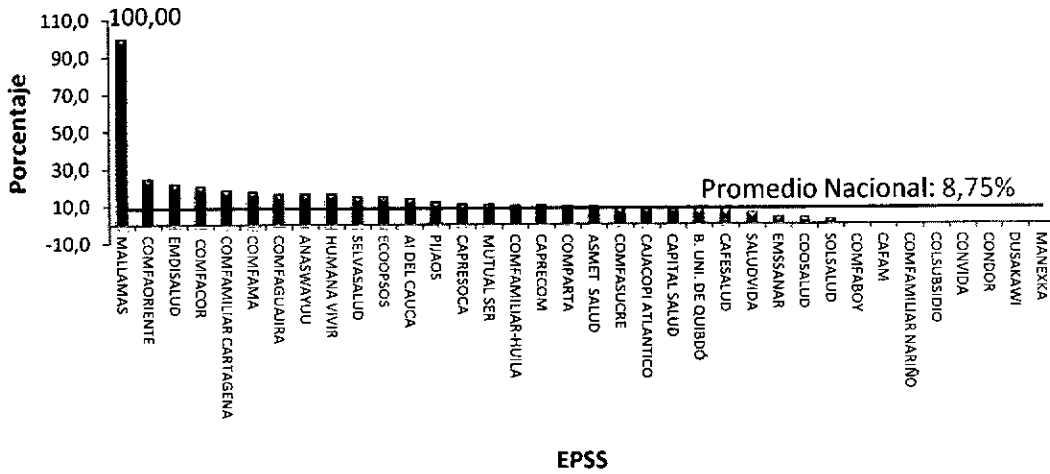


Fuente: SIVIGILA semana 48

En 2013 se analizaron 36 aseguradoras del régimen subsidiado (Gráfico 25), observándose la mayor letalidad por dengue grave entre los afiliados de MALLAMAS (100%), letalidad que se explica por una muerte a partir de un caso de dengue grave. Por su parte COMFABOY, CAFAM, COMFAMILIAR NARIÑO, COLSUBSIDIO, CONVIDA, CONDOR, DUSAKAWI y MANEXKA no presentaron muertes entre sus afiliados con diagnóstico de dengue grave.



Gráfico 25. Letalidad por Dengue-EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre 2013



Fuente: SIVIGILA semana 48

6.1.4 Dominio: Enfermedades Crónicas No Transmisibles:

6.1.4.1 Calidad de la atención en Enfermedades cardiovasculares y metabólicas

E-13 Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica (ERC) Estadio 5

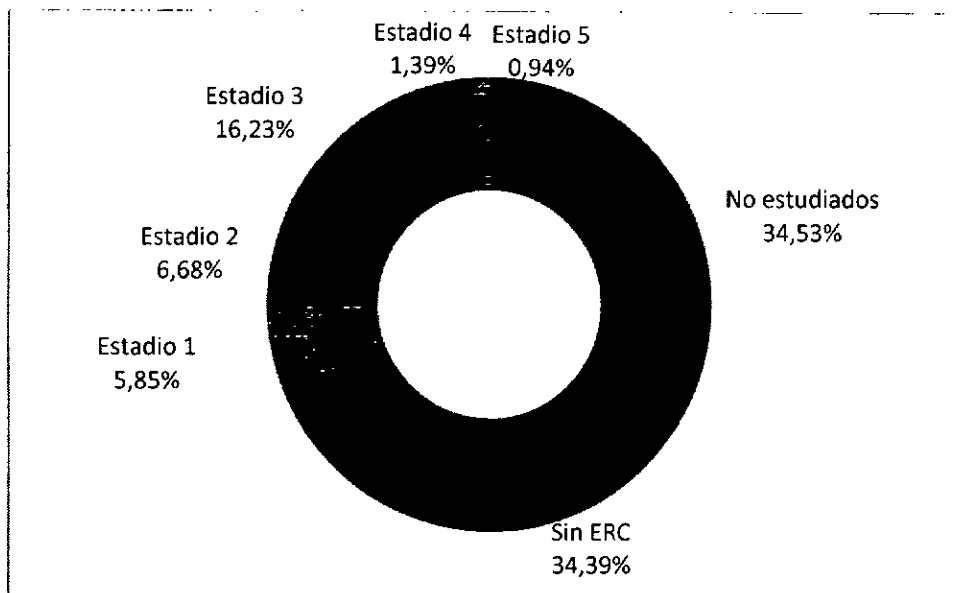
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El estadio 5 de la ERC equivale al peor escenario de la enfermedad, conocido también como enfermedad renal terminal. La incidencia de estadio 5 para ERC expresa la proporción de casos nuevos de ERC terminal en relación con la población total, por 100.000.

Para el años 2012, el 6,0% (111.692) de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica en estadio 1, y el 6,8% (127.492) en estadio 2, tienen hipertensión arterial. Así mismo el 4,8% (8.186) de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica en estadio 1, y el 3,8% (6.500) en estadio 2, tienen diabetes mellitus. El 5,6% (22.664) de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica en estadio 1, y el 7,0% (28.314) en estadio 2, tienen diabetes mellitus e hipertensión arterial. Figura 30



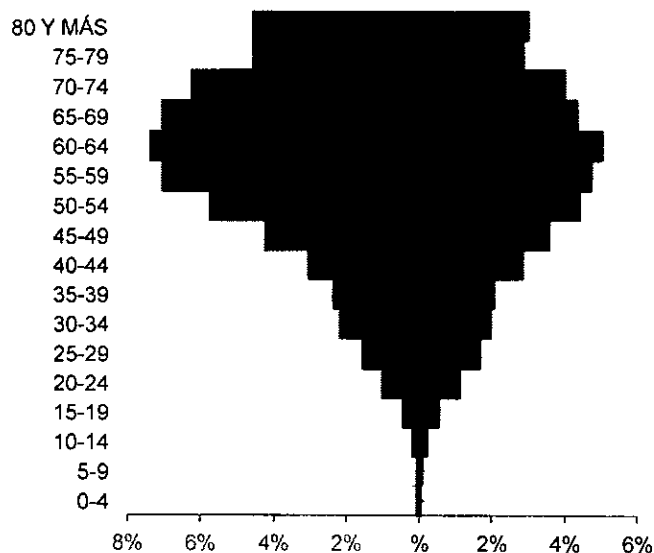
Figura 30. Distribución de casos según estadio. Colombia
Fecha de medición: 30 de junio 2012. (*) Excepción: Fuerzas Militares y Policía



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB, EOC; Fuerzas Militares y Policía-Cuenta de Ato Costo.

Por grupos de edad, se evidencia que en los hombres mayores de 50 años se presenta el mayor número de casos de ERC5, y en las mujeres entre los 40 y 69 años (Figura 31).

Figura 31. Personas con Enfermedad Renal Crónica estadio 5, según grupos de edad y sexo. Colombia, 2012.



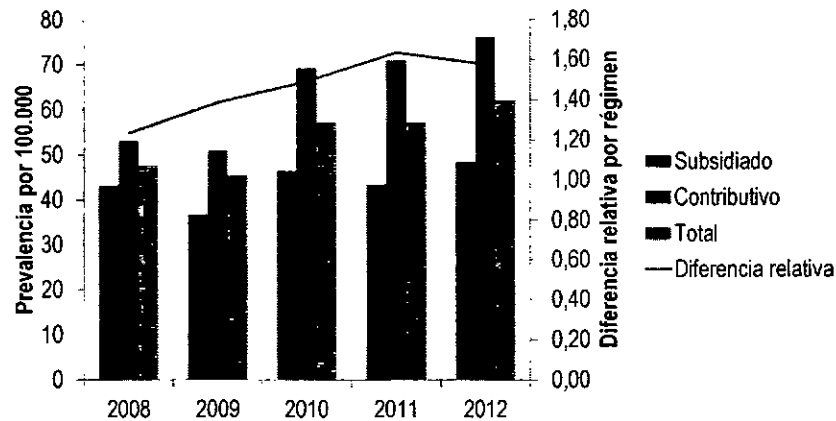
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la cuenta de alto costo, dispuestos en la situación de la enfermedad renal crónica en Colombia. Disponible en <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Libro%20ERC%202012.pdf>

214



En general la prevalencia de la ERC5 ha tendido al incremento, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, aunque es más alta en el primero. La brecha entre las prevalencias según régimen ha tendido al incremento durante los años 2008 y 2011, cuando fueron entre un 23% y 63% más altas en el régimen contributivo con respecto al subsidiado, aunque para el año 2012 la brecha disminuyó, aún se conserva un 57% más alta. (Figura 32)

Figura 32. Prevalencia de enfermedad renal crónica estadio 5, por 100.000 afiliados, según régimen. Colombia, 2008-2012.



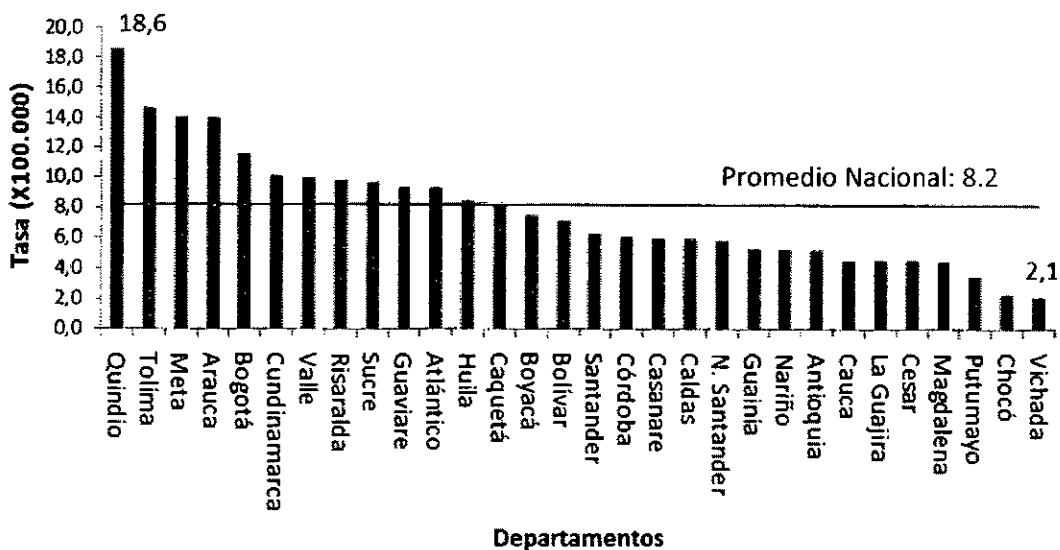
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la cuenta de alto costo, dispuestos en la situación de la enfermedad renal crónica en Colombia. Disponible en <http://www.cuentadealtocosto.org/byblos/Docs/Libro%20ERC%202012.pdf>

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

En la población colombiana afiliada al régimen subsidiado (Gráfico 26) los departamentos con mayor incidencia de ERC estadio 5 fueron Quindío, Tolima, Meta y Arauca, con cifras entre 14,1 y 18,6 casos por cada 100.000 habitantes en 2013. Por su parte, la incidencia más baja de este indicador fue observado en los departamentos de Putumayo, Chocó y Vichada, los cuales mostraron entre 2,1 y 3,5 casos por cada 100.000 habitantes. La incidencia nacional en el régimen subsidiado fue de 8,2 casos por cada 100.000 habitantes.



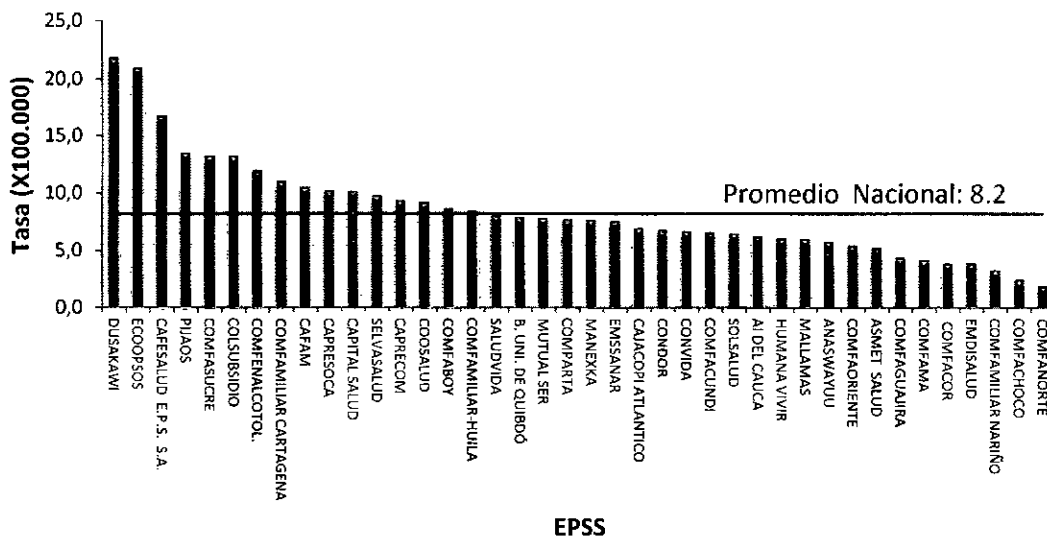
Gráfico 26. Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 – Departamentos.
Régimen Subsidiado
Periodo analizado: 01 julio, 2011 a 30 de junio, 2012



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Los datos analizados en 40 aseguradoras del régimen subsidiado (Gráfico 27) muestran una mayor variabilidad en la incidencia de ERC estadio 5, con una incidencia máxima por parte de DUSAKAWI (21,8 por 100.000 afiliados) y una incidencia menor reportada por COMFANORTE (1,9 por 100.000 afiliados).

Gráfico 27. Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5 – EPSS.
Periodo analizado: 01 julio, 2011 a 30 de junio, 2012



Fuente: Cuenta de Alto Costo

45



6.2 Dimensión: Seguridad de la atención

6.2.1 Dominio: Gestión del riesgo

6.2.1.1 Calidad de la atención obstétrica

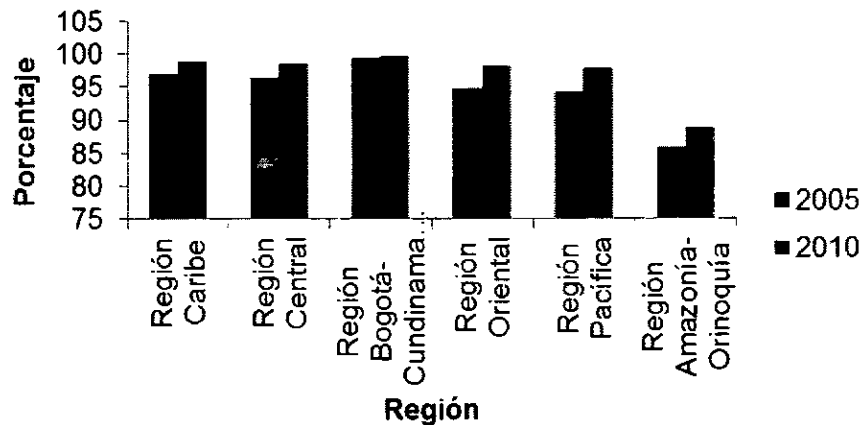
S-01 Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud, se define como la Proporción de Nacidos Vivos cuyo parto fue atendido por médico o enfermera en una institución de salud habilitada. El indicador se obtiene del RUAF-ND y resulta del cociente entre el número de partos institucionales atendidos por médico o enfermera y el total de nacidos vivos.

En Colombia la atención institucional del parto aumentó un 2,01% entre los años 2005 y 2010. Aunque todas las regiones han incrementado la cobertura de atención, este aumento es más notable en las regiones Oriental y del Pacífico, en donde el incremento fue del 3,43% y el 3,06%, respectivamente. La región que experimentó un menor porcentaje de incremento fue la región Bogotá-Cundinamarca, con un 0,22% (Figura 33).

Figura 33. Cobertura de atención institucional del parto, según regiones. Colombia, 2005 y 2010

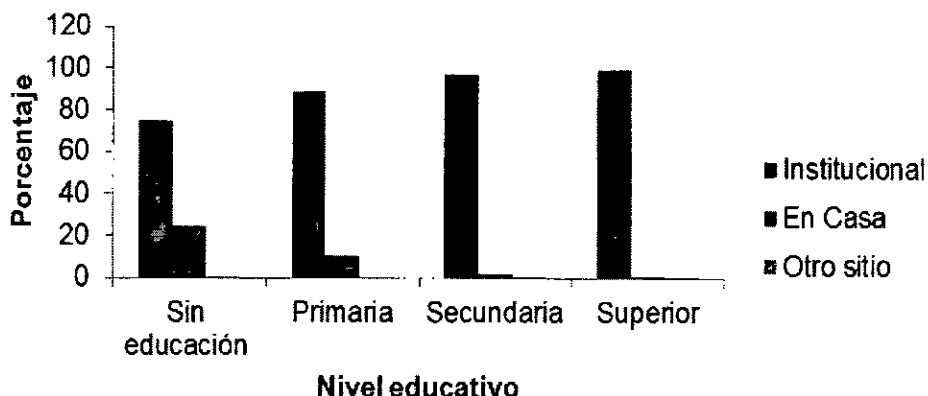


Fuente: DANE y Sistema de Información en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2010.

De acuerdo con la ENDS, el 95,4% de las mujeres encuestadas durante el año 2010 manifestaron haber tenido atención de parto institucional. El porcentaje de atención es más bajo entre las mujeres con nivel educativo más bajo o sin educación, quienes manifiestan haber tenido el parto en la casa o en otro sitio (Figura 34).



Figura 34. Cobertura de atención institucional del parto, según nivel educativo. Colombia, 2010



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2010

Durante el año 2010, el 91,7% de las mujeres encuestadas que habían tenido nacimientos en los 5 años previos a la encuesta recibieron atención prenatal de un profesional médico, lo cual se presenta un 4,6% más que lo encontrado en la ENDS 2005. El 5,3% de las atenciones prenatales fueron brindadas por un profesional de enfermería, un 1,5% menos que lo encontrado en la ENDS 2005. El 3% de las mujeres no recibieron atención prenatal, un 3,4% menos que lo encontrado en el año 2005. (Profamilia, 2010)

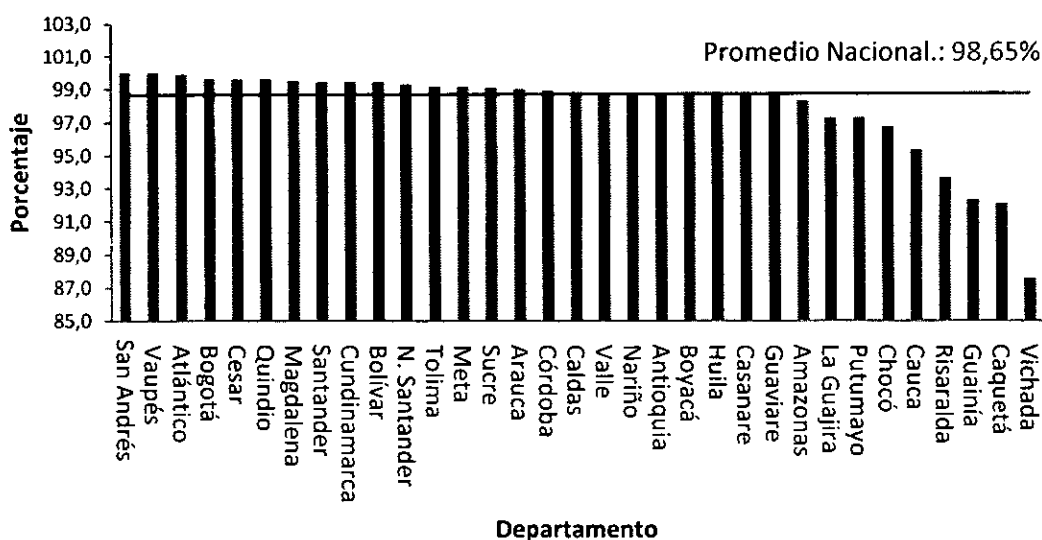
Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, desde 1990 se han venido produciendo cambios significativos en el lugar de ocurrencia de los nacimientos: en establecimientos de salud pasó de 76% en 1990 a 88% en el 2000, a 92% en 2005 y en 2010 fue del 95%, en tanto que la proporción de los nacimientos ocurridos en el hogar bajó de 22% en 1995 a 12% en el 2000, a 8% en el 2005, y en el 2010 fue de 4%. La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La atención del parto con personal calificado en un entorno institucional que cumpla con los requisitos mínimos de calidad, se constituye en un indicativo para evaluar la seguridad de la atención por parte del asegurador. A nivel nacional en la población subsidiada el porcentaje de partos institucionales se encuentra en el 98,6 % (Gráfico 28).



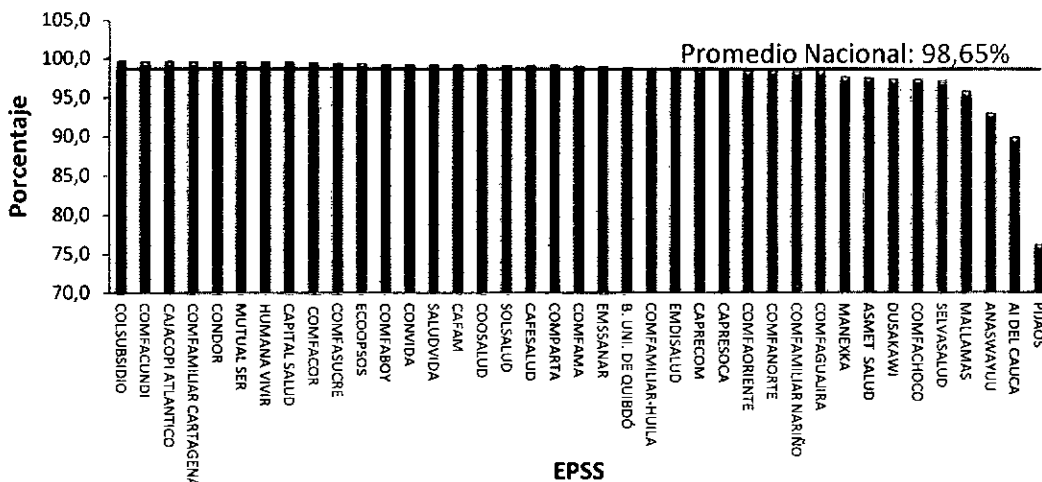
Gráfico 28. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud.
Régimen Subsidiado-Departamentos. Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: RUAF-ND preliminar

Del total de nacimientos institucionales que fueron reportados por 39 EPS-S se encuentra que en 20 aseguradoras la proporción de partos institucionales superior al 99%. El porcentaje menor para este indicador corresponde a PIJAOS, en la cuales observa que el 76,2% de sus nacimientos fue dado en un entorno institucional (Gráfico29).

Gráfico 29. Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud -EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



Fuente: RUAF-ND Preliminar



S-02 Porcentaje de partos por cesárea

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Con el indicador Porcentaje de nacimientos por cesárea, se vigila la proporción de niños que nacen por vía quirúrgica, este dato se obtiene anualmente de la base de datos del registro único de afiliados (RUAF) y resulta del cociente entre el número de nacidos vivos por cesárea y el número de nacidos vivos.

A mediados de los años ochenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso como estándar para los nacimientos por cesárea la cifra del 15%. Sin embargo, las altas tasas de cesárea en Latinoamérica y particularmente en Colombia (Según la OMS, en 2007 Colombia fue el tercer país en el mundo con mayor proporción de cesáreas) se alejan cada vez más de esta meta.

Es importante precisar que la proporción de cesáreas puede determinar el uso adecuado de los servicios, y permite identificar por Asegurador, el grado de accesibilidad de este procedimiento.

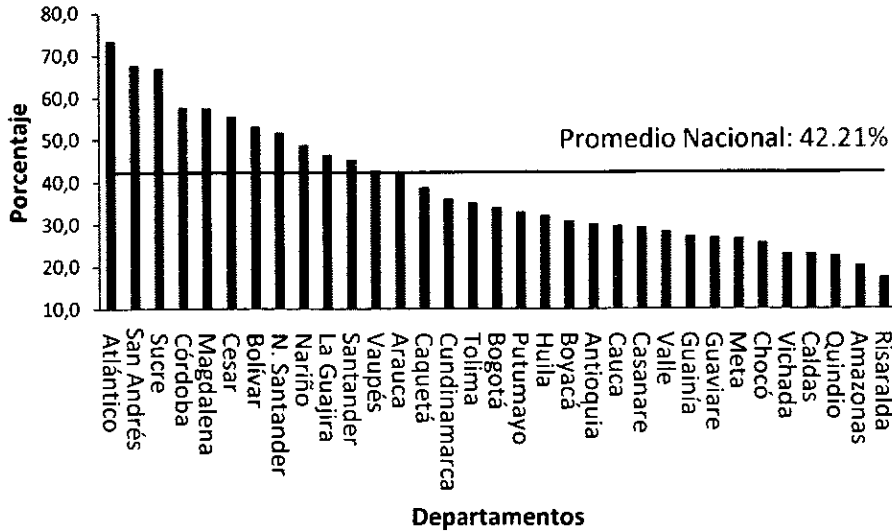
- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

A nivel nacional en la población del régimen subsidiado la proporción de nacimientos por cesárea es del 42,2% (Gráfico 28). Ahora bien, los siguientes departamentos presentan una proporción mayor a la del promedio nacional: Atlántico (73,5%), San Andrés, Providencia y Santa Catalina (67,8%), Sucre (67,0%), Magdalena (57,6%) y Cesar (55,6%). Gráfico 30.

GA



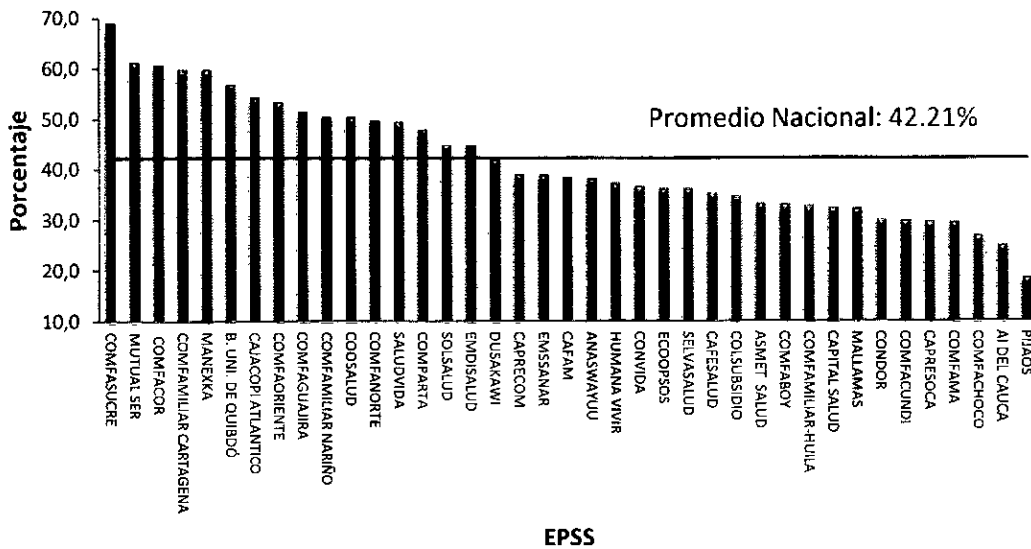
*Gráfico 30. Porcentaje de partos por cesárea
Régimen Subsidiado-Departamentos.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013*



Fuente: RUAF-ND Preliminar

Del total de partos por cesárea reportados por 39 EPS-S, 11 aseguradoras presentan porcentajes para este indicador superiores al 50%. Estas EPS son: COMFASUCRE (69,1%), MUTUAL SER (61,2%), COMFACOR (60,7%), COMFAMILIAR (59,8%), MANEXKA (59,7%), AMBUQ (56,8%), CAJACOPI ATLANTICO (54,3%), COMFAORIENTE (53,2%), COMFAGUAJIRA (51,4%), COMFAMILIAR NARIÑO (50,4%) y COOSALUD (50,3%). Por otro lado la EPS PIJAOS es la EPS con más baja proporción de nacimientos por cesárea con un 18,5% (Gráfico 31).

*Gráfico 31. Porcentaje de partos por cesárea - EPSS
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013*



Fuente: RUAF-ND preliminar



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

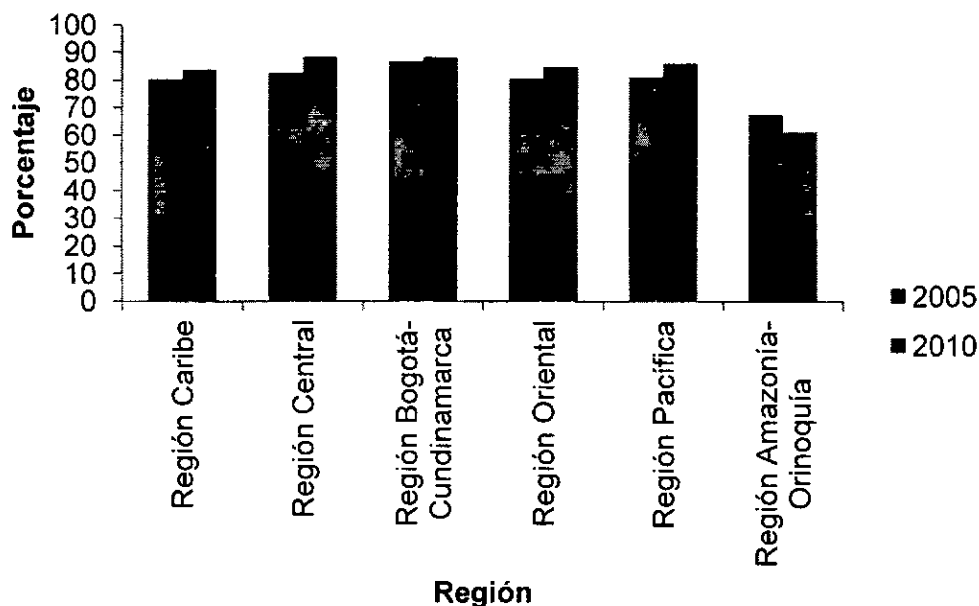
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La fuente de información para este indicador corresponde a los datos de nacidos vivos provenientes del registro único de afiliados (RUAF) y resulta del cociente entre el número de nacidos vivos cuyas madres recibieron 4 o más consultas prenatales y el número de nacidos vivos.

La cobertura de control prenatal se ha incrementado en Colombia, en un 3,86% durante el quinquenio 2005-2010. Todas las regiones han aumentado el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, a excepción de Amazonia- Orinoquia, en donde la cobertura descendió en un 6,30%.

Las regiones que mayor aumento han experimentado son la Central, la del Pacífico y la Oriental, con el 5,76%, 4,99% y 4,23%, respectivamente (Figura 35). El 77% de las mujeres encuestadas refirieron haber iniciado sus controles prenatales antes del cuarto mes de embarazo, el 15% lo hizo entre el 4.º y el 5.º mes, y el restante 8% lo hizo pasados los 5 meses.

Figura 35. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales, según regiones. Colombia, 2005 y 2010



Fuente: DANE, y Sistema de Información en Salud del Ministerio de la Protección Social, SISPRO, Cubo de indicadores- 2005 a 2010.

El control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbilidad materno- perinatal. En Colombia se estableció como política que toda mujer en embarazo debe asistir como mínimo a cuatro controles prenatales, puesto que el periodo prenatal



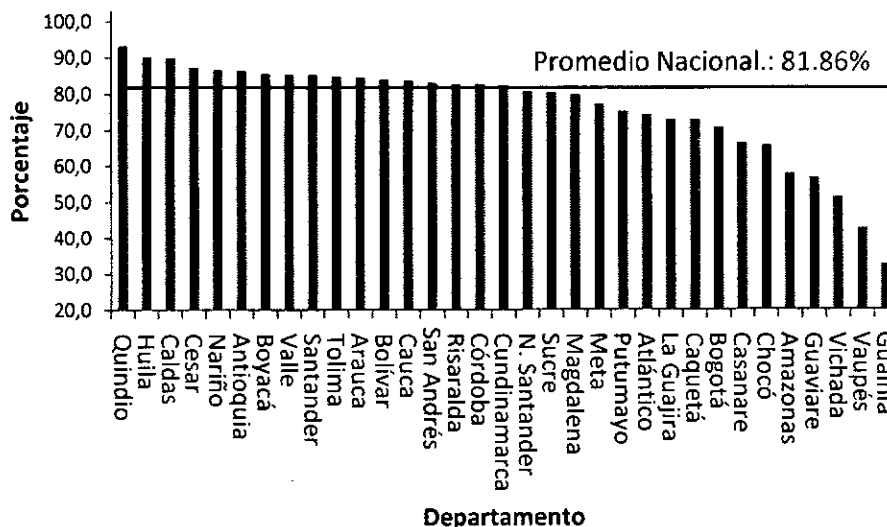
presenta oportunidades para llegar a las mujeres embarazadas con las intervenciones que podrían ser vitales para su salud y bienestar y el de sus hijos.

De acuerdo a un estudio realizado por la Comisión económica para América latina y del Caribe (CEPAL), se proyecta para el año 2015 que la cobertura en gestantes con 4 o más controles prenatales debería estar en el 90%. El esfuerzo que se ha realizado como País para garantizar el acceso a los servicios de salud, especialmente a los relacionados con la atención materno infantil, obligan a los diferentes actores del sistema especialmente a las Empresas promotoras de Salud (EPS) a asegurar el aumento de la cobertura del control prenatal y que la misma EPS, realice una efectiva gestión del riesgo a través de la detección anticipada de factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materno infantil.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2013, la Proporción de Nacidos Vivos con más de cuatro controles prenatales se establece con un promedio nacional del 81,8% en los 33 departamentos que le reportaron a las EPS del Régimen subsidiado (Gráfico 32). Lo que significa que de la totalidad de los nacidos vivos, el 82% de sus madres asistieron a cuatro o más controles prenatales en todo el territorio nacional. El departamento del Quindío, es el que presenta mayor porcentaje de nacidos vivos con mayor asistencia a controles prenatales con un 93,2%; caso contrario se encuentra el departamento de Guainía con un 32,5% en cumplimiento de asistencia con más de cuatro controles prenatales por nacido vivo.

Gráfico 32. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales
Régimen Subsidiado - Departamentos.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013

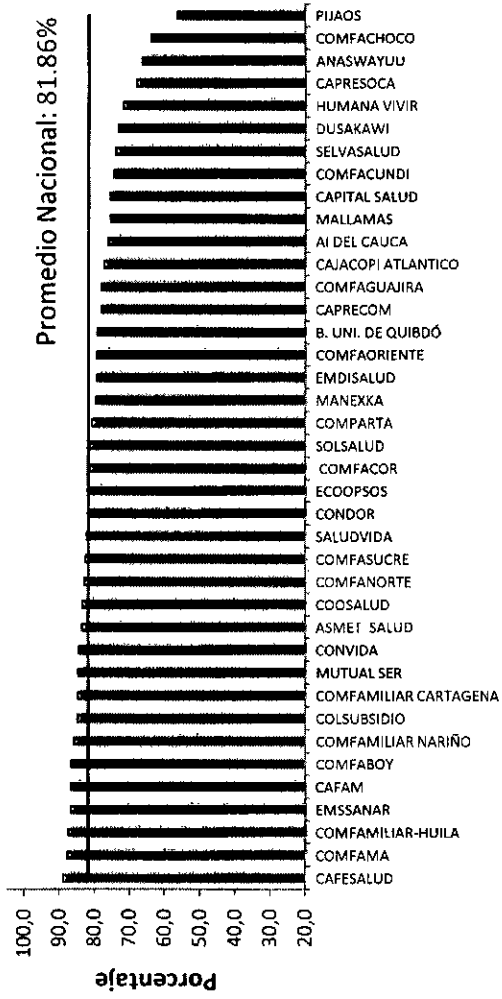


Fuente: RUAF-ND Preliminar



De total de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro controles o más y que fueron reportados por las 39 EPS del régimen subsidiados se puede determinar que el 51,2% (20 EPS-S) se encuentran por encima del promedio, lo que equivale a que de la totalidad de nacidos vivos en dichas EPS, más del 82% presentaron cuatro o más controles prenatales. Siendo la EPS CAFESALUD, la que presentó un mayor porcentaje de cobertura de este indicador con un 89%. En contraste, la EPS PIJAOS, notificó un 56,6 %, convirtiéndose en la EPS con menor Proporción de Nacidos Vivos con 4 o más consultas de control prenatal. Gráfico 33.

Gráfico 33. Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales - EPSS.
Periodo analizado: 01 de Enero a 30 de Noviembre, 2013



EPSS

Fuente: RUAJF-ND Preliminar

S-04 Porcentaje de tamización de VIH en gestantes

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El indicador Porcentaje de tamización de VIH en gestantes vigila el porcentaje de mujeres en estado de gestación que tiene toma de Prueba Elisa para VIH y resulta del cociente entre total de mujeres en estado de gestación con toma de Prueba Elisa para VIH y el total de mujeres en estado de gestación. Este dato se mide de manera anual y su fuente de información es Resolución 4505 del 2012. Esto implica, de un lado, que la información se encuentra en proceso de consolidación y puede variar a medida que se consolide, pero además implica que este dato es recaudado con una nueva forma de medición que exige que se individualicen los casos en los que se aplica el tamizaje por lo que no necesariamente es comparable con los datos globales que se recaudaban en el pasado.

En el marco del Sistema de Naciones Unidas, Colombia se ha comprometido en la lucha contra el VIH/SIDA y con el logro de los objetivos de desarrollo del milenio, dentro de los cuales la reducción de la transmisión perinatal de la infección, así como de la sífilis, juegan un papel importante. En el



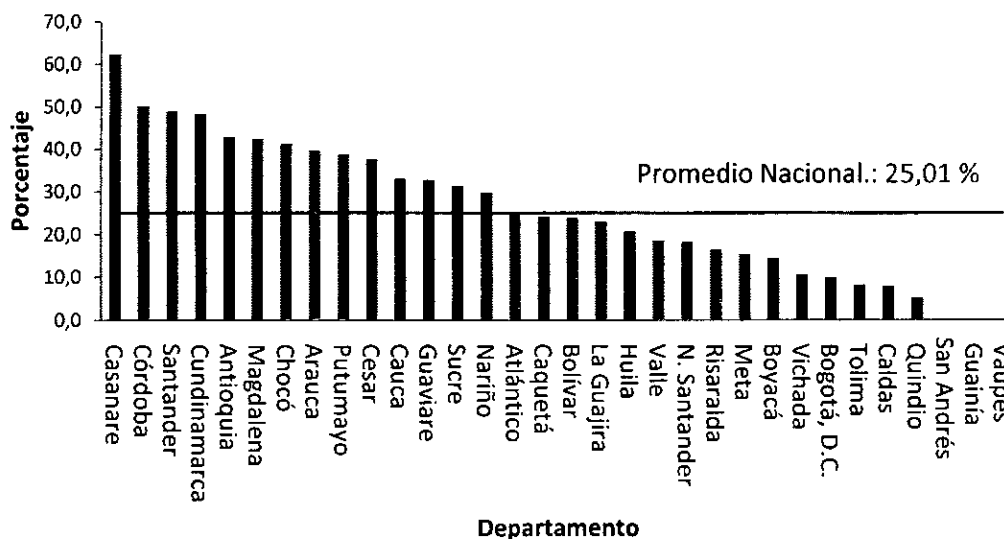
país la epidemia de VIH/SIDA afecta principalmente a la población sexualmente activa. El 76,4% de los casos notificados en el año 2011 (6.129 casos), se encuentra en el grupo de 15 a 44 años de edad. Esto hace que las mujeres en edad fértil y dentro de ellas, las que inician una gestación estén expuestas no solo a adquirir el VIH, sino que existe la posibilidad de afectar al recién nacido. (Ministerio, 2011)

El análisis de este indicador orienta a las EPS a cumplir con todas las acciones reglamentadas para la prevención de la transmisión materno-infantil de VIH y que las mismas se conviertan en requisitos dentro de su modelo de atención.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2013, se encuentra que el departamento con mayor porcentaje de tamización de VIH en gestantes es Casanare con un 62,2%, mientras que los departamentos de San Andrés y Providencia y Santa Catalina, Guainía y Vaupés reportaron en 0% (Gráfico 34).

*Gráfico 34. Porcentaje de tamización para VIH en gestantes
Régimen Subsidiado - Departamentos.
Periodo analizado: 01 de abril a 30 de septiembre, 2013*

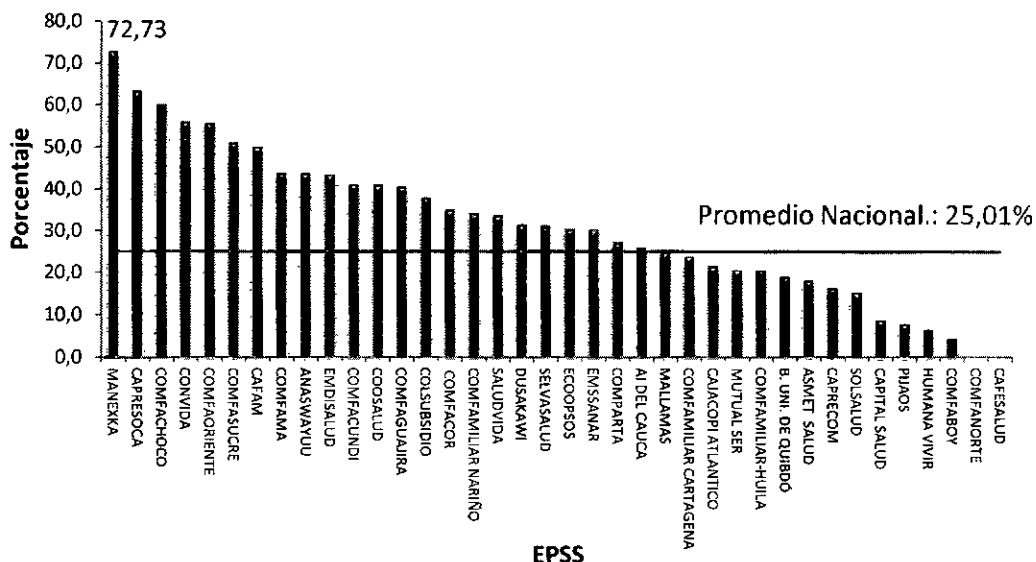


Fuente: Procesamiento Resolución 4504 de 2012 Preliminar

Las tres principales EPSS con mayor porcentaje de gestantes con toma de ELISA para VIH es la EPS MANEXKA con 72,7% seguida de la EPS CAPRESOCA con un 63,4% y la EPS COMFACHOCÓ con un 60% .Por otro lado las EPS CONFANORTE y CAFESALUD reportaron en 0% (Gráfico 35).



Gráfico 35. Porcentaje de tamización para VIH en gestantes - EPSS
Periodo analizado: 01 de abril a 30 de septiembre, 2013



Fuente: Procesamiento Resolución 4504 de 2012 Preliminar

6.2.1.2 Subdominio: Calidad de la atención en el paciente hipertenso y diabético

S-05 Captación de pacientes con Diabetes Mellitus.

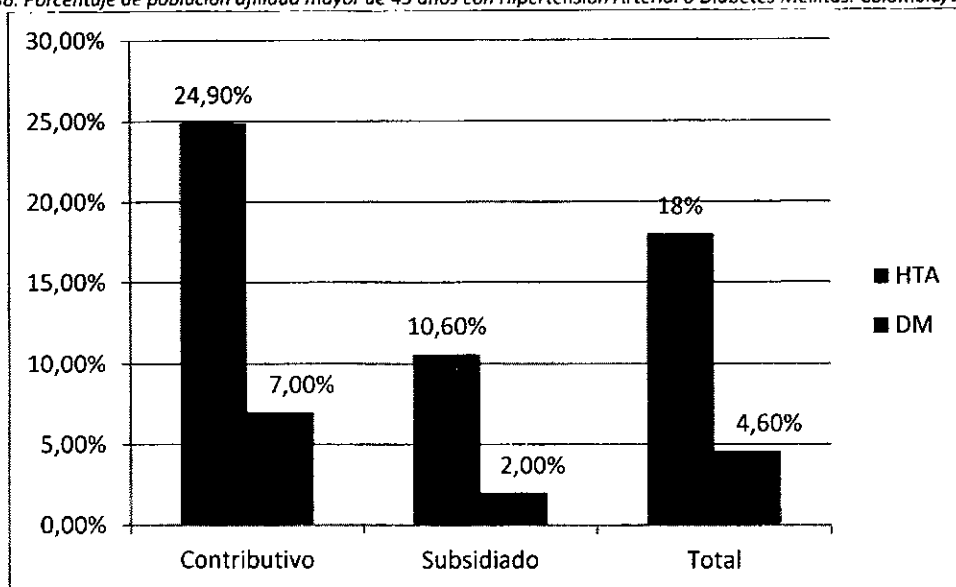
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El indicador Captación Diabetes Mellitus, se mide anualmente a través de la fuente de la cuenta de alto costo, con la proporción de casos captados con respecto a los casos esperados con diagnóstico de Diabetes Mellitus, por lo que se convierte en una importante herramienta de gestión del riesgo para el Asegurador ya que permite disminuir y controlar el índice de morbi-mortalidad por Diabetes Mellitus en su población.

A mitad de periodo del año 2012, el 4,6% de la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud mayor de 45 años, tenía Diabetes Mellitus. En el régimen contributivo había 7,0% de personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus por cada 100 afiliados y en el régimen subsidiado el 2% de la población afiliada mayor de 45 años estaba diagnosticada con Diabetes Mellitus (Figura 36).



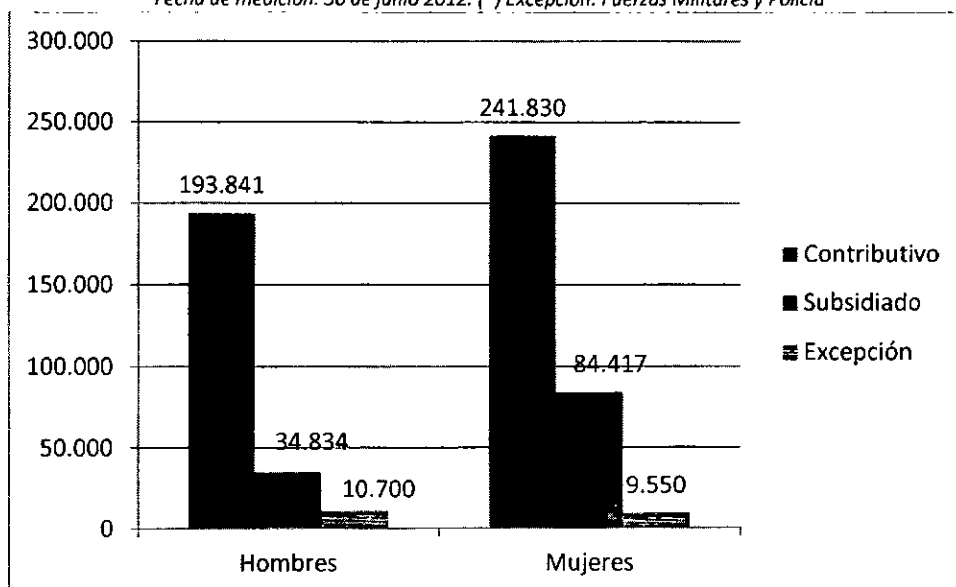
Figura 36. Porcentaje de población afiliada mayor de 45 años con Hipertensión Arterial ó Diabetes Mellitus. Colombia, Junio 2012



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB, EOC; Fuerzas Militares y Policía-Cuenta de Ato Costo.

Según la base de datos de la cuenta de alto costo con corte a 30 de junio de 2012, se observa que la distribución de casos de Diabetes Mellitus en Colombia se concentra en mujeres del régimen contributivo (241.830). En el régimen subsidiado, de los pacientes identificados con el diagnóstico de Diabetes Mellitus, 84.417 (70,8%) eran mujeres y 34.834 (29,2%) hombres. A junio de 2012 en el régimen excepción se encontraron (9.550) mujeres y 10.700 hombres. Figura 37.

Figura 37. Distribución de casos de Diabetes Mellitus según régimen de afiliación y sexo. Colombia
Fecha de medición: 30 de junio 2012. (*) Excepción: Fuerzas Militares y Policía



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB, EOC; Fuerzas Militares y Policía-Cuenta de Ato Costo.



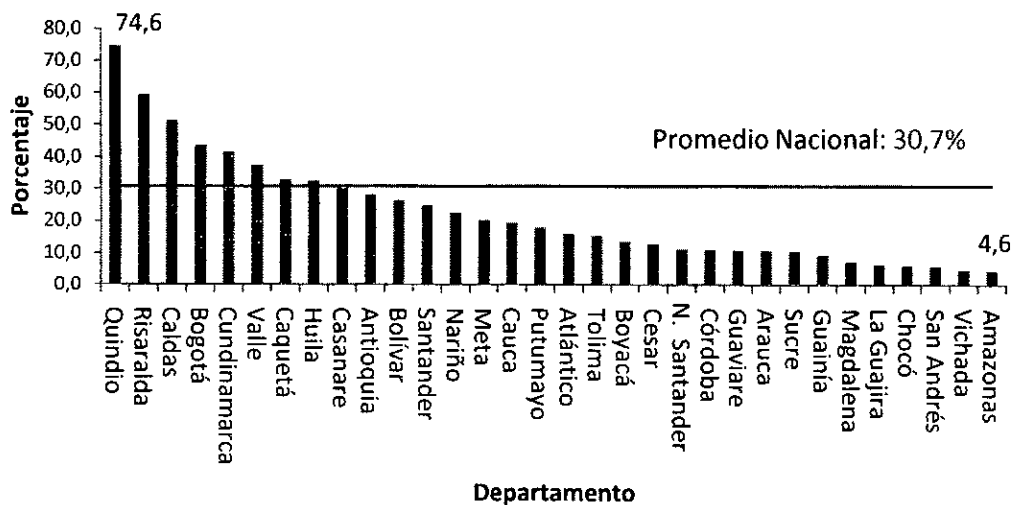
Aunque en los departamentos de Putumayo, Quindío y Valle del Cauca tienen las mayores prevalencias de Diabetes Mellitus, no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia es diferente a la nacional, con un nivel de confianza del 95%.

La Diabetes Mellitus es considerada uno de los principales problemas emergentes de salud, se ubica como la primera causa de demanda de servicios de consulta externa y de las primeras en el servicio de hospitalización. En Colombia, las estadísticas muestran la Diabetes como la décima causa de mortalidad, con una tasa de 13,7 por cada 100.000 habitantes. Su aparición, así como el desarrollo de sus complicaciones, se encuentran íntimamente relacionados con el diagnóstico oportuno y el control adecuado de los niveles de glucosa del paciente diabético, ligado también a condiciones de estilo de vida saludable como la dieta y el ejercicio. (Ministerio de Protección Social, 2009)

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2012:

Para el año 2012, el porcentaje de captación de Diabetes Mellitus, en los 32 departamentos que le reportaron a las EPS del régimen subsidiado, presenta un promedio del 30,7%. Siendo los departamentos del Quindío y Risaralda, los que se caracterizan por un mayor porcentaje de captación, con un 74,6% y 59,2% respectivamente. Por otro lado, los departamentos de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (5,8%), Vichada (4,8%) y Amazonas (4,6%), fueron los territorios con menor porcentaje de captación de Diabetes Mellitus (Gráfico 36).

Gráfico 36 Captación de pacientes con Diabetes Mellitus
Régimen Subsidiado - Departamentos. Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012



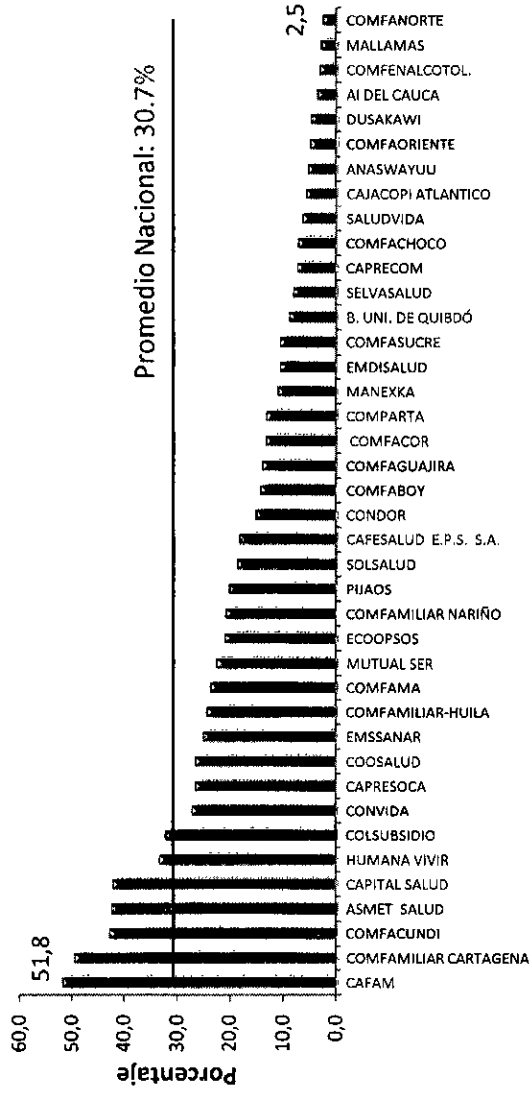
Fuente: Cuenta de Alto Costo

51



Del total de las 40 EPS del Régimen subsidiado que reportaron este indicador, se encontró que 39 de ellas es decir el 99% refleja una cobertura de Diabetes Mellitus inferior al 50%. Siendo la EPS CAFAM (51,8%), la EPS con mayor porcentaje de captación de Diabetes Mellitus en su población afiliada (Gráfico 37).

Gráfico 37. Captación de pacientes con Diabetes Mellitus – EPSS
Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012



EPSS

Fuente: Cuenta de Alto Costo

S-06 Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El indicador Porcentaje de casos de Diabetes Mellitus estudiados y clasificados, se obtiene de la proporción de casos con diagnósticos de Diabetes Mellitus estudiados para enfermedad renal crónica en relación con los casos reportados, este dato se obtiene de la cuenta de alto costo y su medición es anual. Dicho indicador es fundamental para medir la gestión del riesgo que están realizando las EPS, así como permite evaluar el impacto de las diferentes estrategias para la detección, diagnóstico y clasificación que tiene el Asegurador frente al control de patologías como la Enfermedad Renal Crónica y la Diabetes Mellitus.

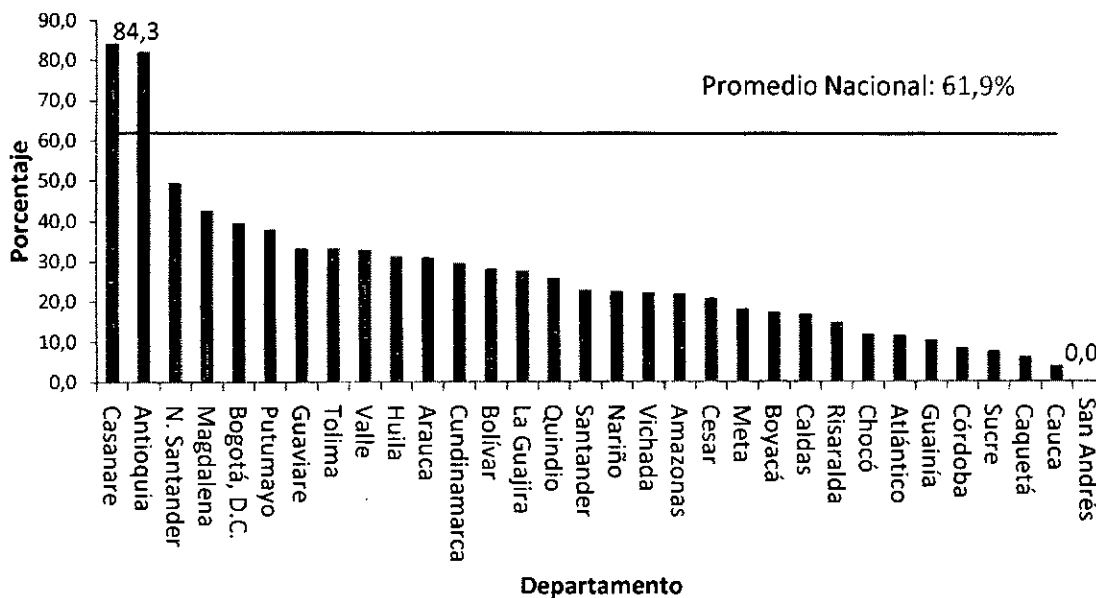


La Diabetes Mellitus se convierten un reto significativo para la salud pública del siglo XXI, y es una de las principales amenazas para el desarrollo humano, además, el costo directo en cuidados de salud de la Diabetes ya consume entre el 2,5 y el 15% del presupuesto anual en salud en muchos países. Solamente las estrategias en salud pública encaminadas a la prevención de factores de riesgo para Diabetes Mellitus como la obesidad y las estrategias de intervención farmacológica y no farmacológica pueden reducir la gran carga de Diabetes Mellitus en el mundo moderno. (Uriconchea, 2011)

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2012, de la totalidad de los casos con diagnóstico de Diabetes Mellitus notificados, son estudiados y clasificados en promedio el 62% de los casos reportados por 32 departamentos. Ahora bien siendo el departamento Casanare, el territorio que presenta un mayor porcentaje de casos estudiados y clasificados con un 84,3%, seguido del departamento de Antioquia con un 82,2%. En cambio los departamentos de Caquetá y Cauca, notificaron el 6,3% y 3,9% de los casos. Gráfico 38.

Gráfico 38. Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas
Régimen Subsidiado - Departamentos. Periodo analizado: 1 julio de 2011 a 30 de junio, 2012



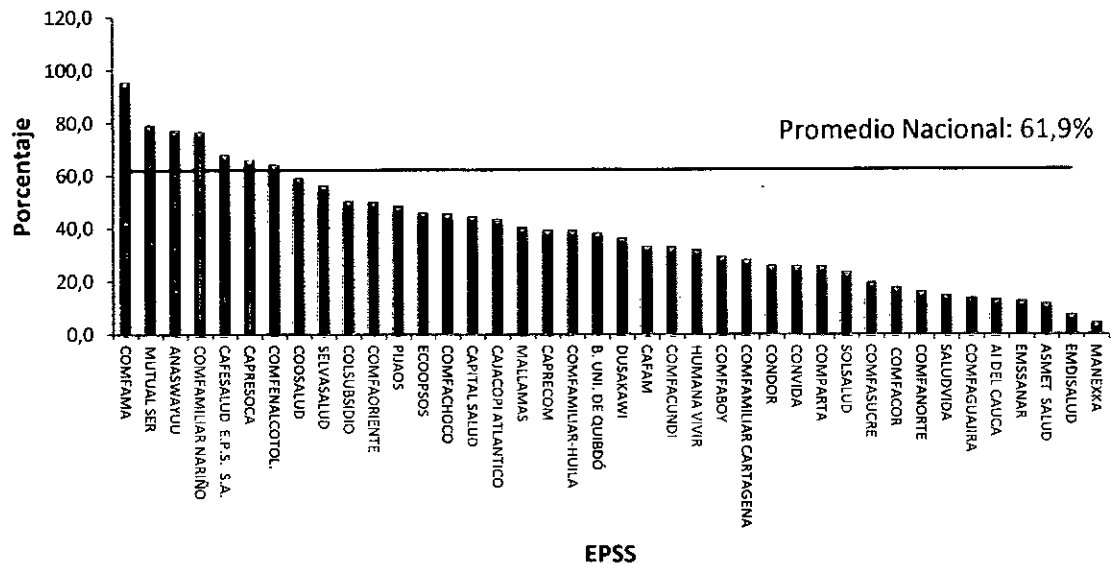
Fuente: Cuenta de Alto Costo

Del total de las 40 EPS del régimen subsidiado que reportaron este indicador, se encontró que la EPS COMFAMA presenta un mayor porcentaje de casos de Diabetes Mellitus que son estudiados y clasificados equivalente a un 95,4%, seguido de la EPSMUTUAL SER con un 79,3%. Mientras que las EPS EMDISALUD y MANEXKA fueron las EPS con menor porcentaje de casos estudiados y clasificados con un 7,4% y 4,4% respectivamente. (Gráfico 39).

52



Gráfico 39. Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas - EPSS.
Periodo analizado: 1 julio de 2011 a 30 de junio, 2012



Fuente: Cuenta de Alto Costo

S-07 Captación de pacientes con Hipertensión Arterial.

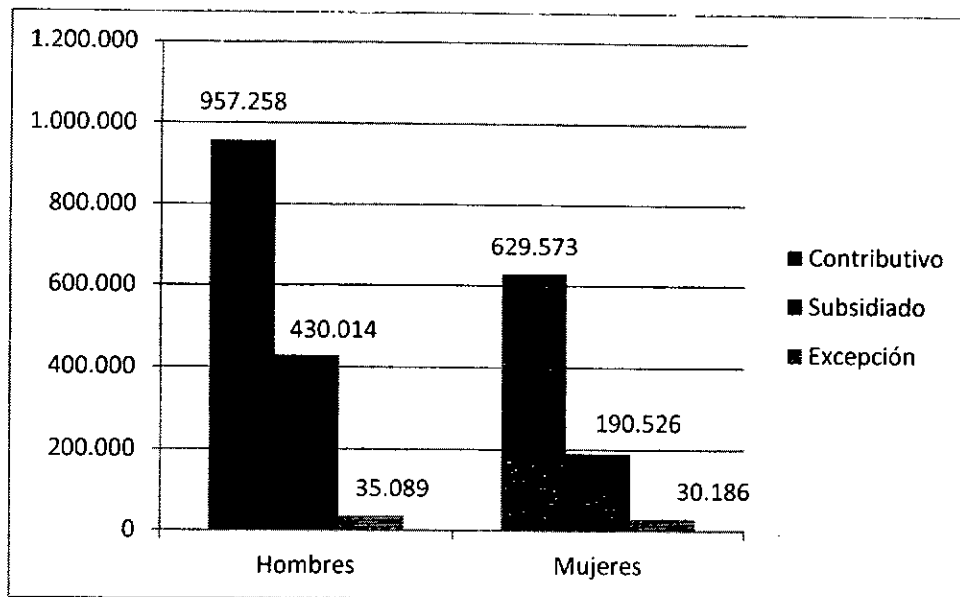
- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El indicador Captación de pacientes con Hipertensión Arterial permite monitorear el funcionamiento de las estrategias, específicamente las establecidas por las EPS, para la captación de pacientes con patologías precursoras en enfermedad renal crónica con el fin de lograr identificar la prevalencia esperada para el país. Este indicador se obtiene de la Cuenta de alto costo, a través del cociente entre el número de personas captadas con diagnóstico de hipertensión arterial y el total de personas esperadas con éste diagnóstico.

A mitad de periodo del año 2012, en el régimen contributivo habían 957.258 (60,3%) mujeres diagnosticadas y 629.573 (39,7%) hombres. En el régimen subsidiado se identificaron 430.014 (69,3%) mujeres diagnosticadas y 190.526 (30,7%) hombres. En el régimen excepción 35.089 (53,5%) mujeres fueron diagnosticadas con HTA y 30.186 (46,5%) hombres. Figura 38



Figura 38. Distribución de casos de Hipertensión Arterial según régimen de afiliación y sexo. Colombia.
Fecha de medición: 30 de junio 2012. (*) Excepción: Fuerzas Militares y Policía



Fuente: Base de datos resolución 4700/2008 APB, EOC; Fuerzas Militares y Policía-Cuenta de Ato Costo.

Aunque en los departamentos de Risaralda, Caldas y Quindío tienen las mayores prevalencias de hipertensión arterial, no hay evidencia estadísticamente significativa que indique que la prevalencia es diferente a la nacional, con un nivel de confianza del 95%.

La hipertensión arterial es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras. Se constituye en la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, afecta el 25% de la población adulta y se encuentra distribuida en todas las regiones. En Colombia la enfermedad hipertensiva ocupa los primeros lugares de mortalidad general, por lo que exige una vigilancia permanente por parte de los diferentes actores del sistema de salud. (Ministerio de Protección Social, 2009)

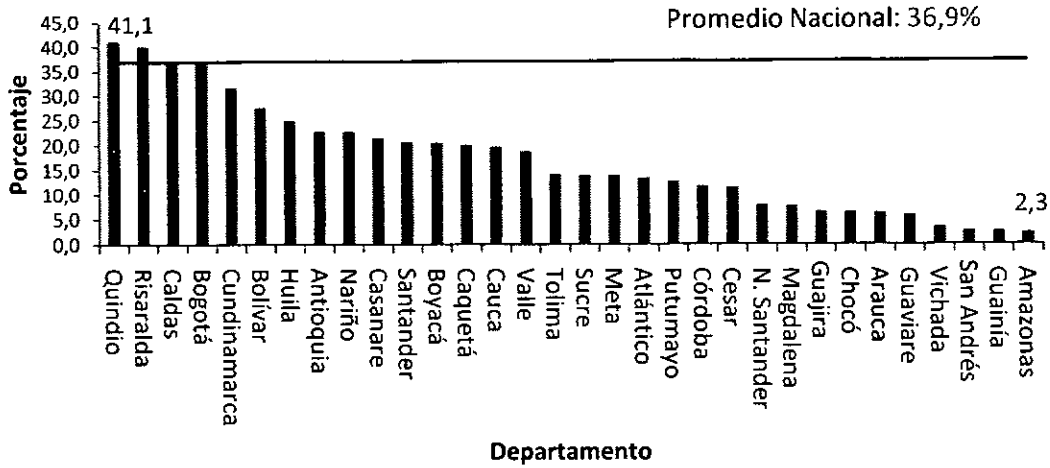
- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2012, el porcentaje de cobertura de hipertensión arterial, en los 32 departamentos que le reportaron a las EPS del Régimen subsidiado, presenta un promedio del 36,9%. Siendo los departamentos del Quindío y Risaralda, los que se caracterizan por un mayor porcentaje de captación, con un 41,1% y 40,1% respectivamente. Por otro lado, los departamentos de San Andrés y Providencia y Santa Catalina (2,6%), Vichada (2,6%) y Amazonas (2,3%), fueron los territorios con menor porcentaje de cobertura en hipertensión arterial (Gráfico 40).

BP



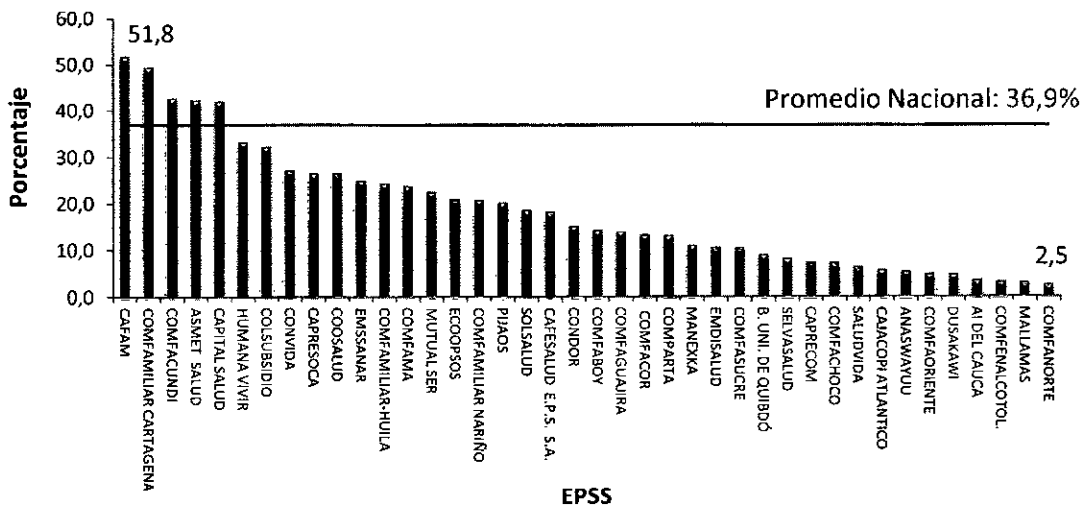
*Gráfico 40. Captación de pacientes con Hipertensión Arterial
Régimen Subsidiado - Departamentos.
Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012*



Fuente: Cuenta de Alto Costo

Del total de las 40 EPS del régimen subsidiado que reportaron este indicador, se encontró que 39 de ellas es decir el 99% refleja una cobertura de Hipertensión arterial inferior al 50%. Siendo la EPS CAFAM con un 51,8%, la EPS con mayor porcentaje de captación de hipertensión Arterial en su población afiliada (Gráfico 41).

*Gráfico 41. Captación de pacientes con Hipertensión Arterial – EPSS
Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012*



Fuente: Cuenta de Alto Costo



S-08 Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La Hipertensión no es solo una enfermedad sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afecta al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de esperanza de vida. Por este motivo su control es un punto de partida para la disminución de la mortalidad y morbilidad por diferentes afecciones tales como la Insuficiencia Renal Crónica, enfermedades Cerebro vasculares, la insuficiencia cardiaca, entre otras (Ministerio de Protección Social, 2009).

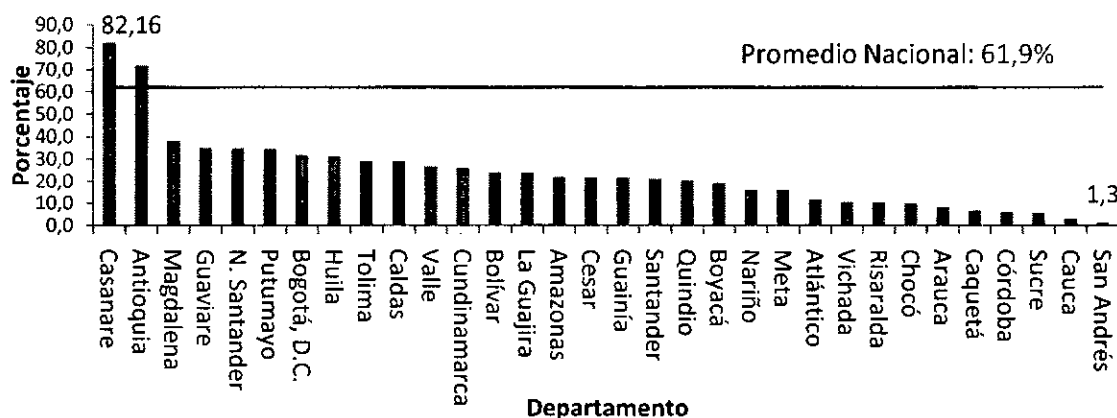
En este sentido, el indicador Porcentaje *de* casos de Hipertensos que son estudiados y clasificados que se obtiene de la Cuenta de alto costo, expresa la proporción de casos con diagnóstico de hipertensión arterial estudiados para enfermedad renal crónica en relación con los casos reportados.

El indicador se obtiene a través del cociente entre el número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de hipertensión arterial y el total de personas reportadas con este diagnóstico. Finalmente su análisis es de vital importancia para evaluar el control y seguimiento que realiza la EPS frente a los pacientes que han sido diagnosticados con hipertensión arterial y su repercusión negativa en el origen de complicaciones como es la Insuficiencia Renal Crónica.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2012, de la totalidad de los casos con diagnóstico de hipertensión arterial notificados, son estudiados y clasificados en promedio el 62% de los casos reportados por 32 departamentos (Gráfico 42). Ahora bien siendo el departamento Casanare, el territorio que presenta un mayor porcentaje de casos estudiados y clasificados con un 82,1%, seguido del departamento de Antioquia con un 72%. En contraste, los departamentos de Cauca y San Andrés y Providencia y Santa Catalina, notificaron el 3,1% y 1,3% de los casos.

*Gráfico 42. Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas
Régimen Subsidiado—Departamentos.
Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012*



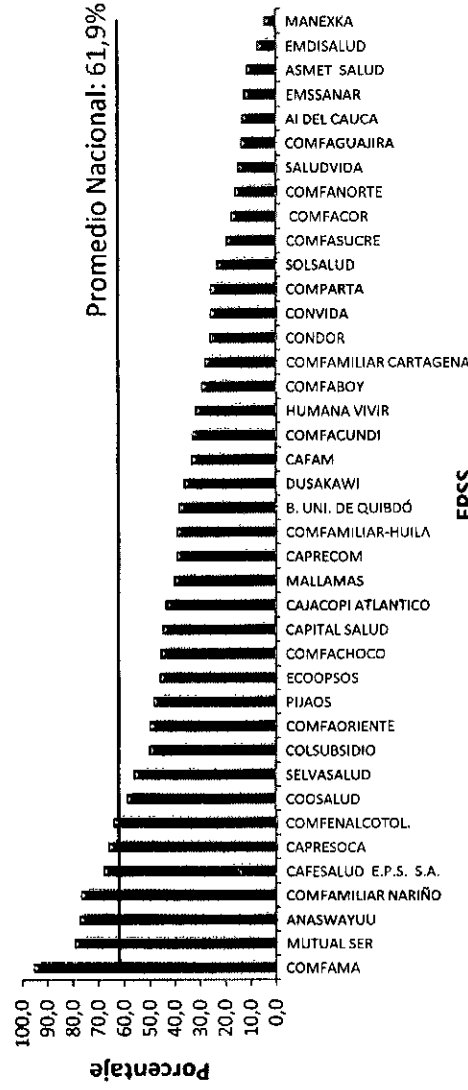
Fuente: Cuenta de Alto Costo

Handwritten signature



Del total de las 40 EPS del régimen subsidiado que reportaron este indicador, se encontró que la EPS COMFAMA presenta un mayor porcentaje de casos de hipertensión arterial que son estudiados y clasificados equivalente a un 95,4%, seguido de la EPS MUTUAL SER con un 79,3%. Mientras que las EPS EMDISALUD y MANEXKA fueron las EPS con menor porcentaje de casos estudiados y clasificados con un 7,4% y 4,4% respectivamente (Gráfico 43).

Gráfico 43. Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas - EPSS.
Periodo analizado: 01 julio de 2011 a 30 de junio, 2012



EPSS

Fuente: Cuenta de Alta Costo

6.2.2 Dominio: Gestión del evento adverso

6.2.2.1 Calidad de la atención intrahospitalaria.

S-09 Tasa de infección intrahospitalaria

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

El indicador tasa de infección intrahospitalaria se obtiene del cociente entre el número de pacientes con infección intrahospitalaria general y el número de pacientes hospitalizados. Dando como resultado la tasa de infección nosocomial en los servicios hospitalarios.

Las infecciones intrahospitalarias constituyen uno de los principales problemas de los hospitales porque deterioran la salud de los pacientes ingresados y en muchos casos son responsables del aumento de la morbilidad, prolonga la permanencia en el hospital así como los costos. El control y manejo de estas constituyen un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención; son complicaciones en las cuales se conjugan diversos factores de riesgo que en su mayoría son susceptibles de prevención y control. (Ministerio de Protección Social, 2009)

La importancia de este indicador radica en que su incremento indica fallas en los procesos asistenciales y es un indicativo de prestación de servicios de salud con calidad en las IPS. Si bien es

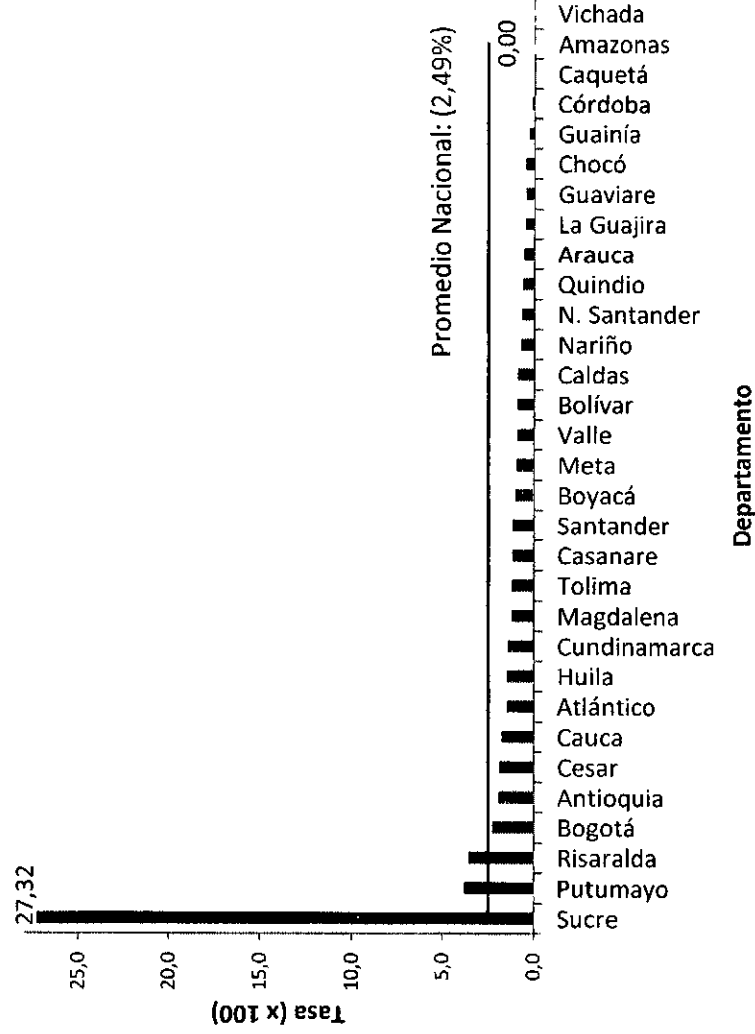


un indicador que refleja la calidad de la atención dada en las IPS, las EPS, las EPS en su rol de asegurador deben velar por que su red de prestadores garantice la seguridad de sus pacientes.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para el año 2013, se encuentra que el departamento en el cual se reportó una mayor tasa de infección intrahospitalaria fue Sucre con un 27,3 por cada 100 pacientes hospitalizados (Gráfico 44).

Gráfico 44. Tasa de infección intrahospitalaria
Régimen Subsidiado - Departamentos.
Periodo analizado: 1 enero al 30 de septiembre, 2013

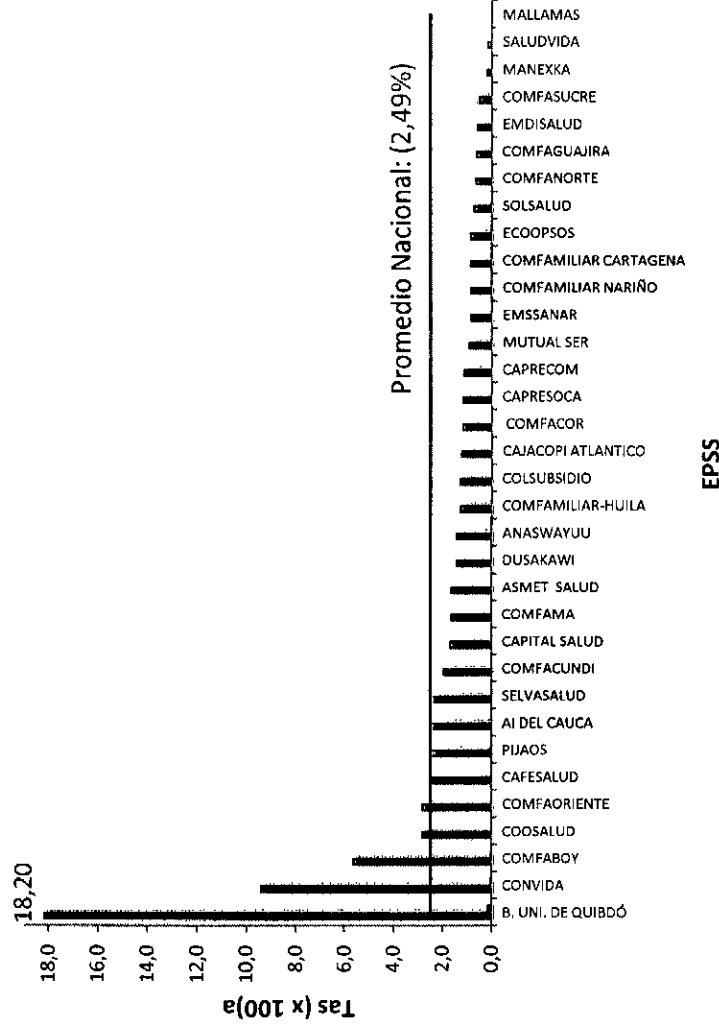


Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las tres principales EPS con mayor tasa de infección intrahospitalaria son las EPS: AMBUQ con 18,2 %, CONVIDA con 9,4% y COMFABOY con 5,6%(Gráfico 45).Es de mencionar que para las EPS COMFACHOCO, CAFAM, CÓNDROR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no hubo información disponible. Sin embargo en la gran mayoría de las EPSS se encuentran por debajo del promedio nacional (2,49%).



Gráfico 45. Tasa de infección intrahospitalaria – EPSS
Periodo analizado: 1 enero al 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

6.3 Dimensión: Experiencia de la atención:

6.3.1 Dominio: Oportunidad de la atención en salud

6.3.1.1 Tiempos de espera.

A-01 Tiempo de espera en consulta médica general.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

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,



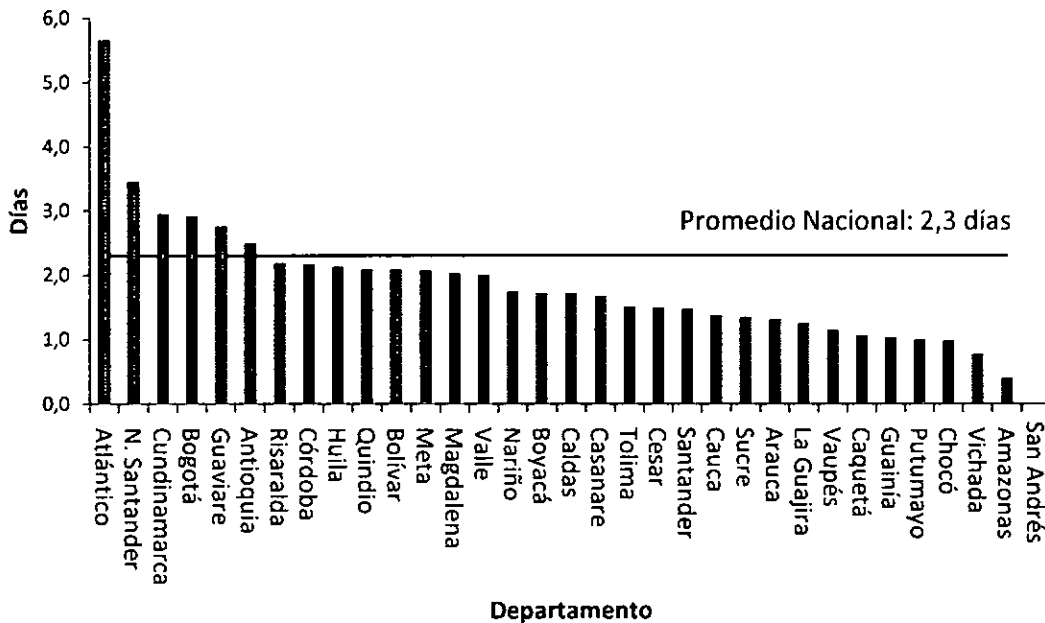
secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias⁷.

El indicador “Tiempo de espera en consulta médica general” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene realizando el cociente entre la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita de primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita y el número total de consultas médicas generales asignadas en la entidad. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

Para este indicador, la Ley anti trámites – Decreto 019 de 2012 establece en el artículo 123 que: “(...) La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud (...)”, para el total país en el régimen subsidiado se observa que el promedio de tiempo de espera para asignación de citas de medicina general se encuentra en 2,3 días. Sin embargo, de los 33 departamentos, 6 reportan un tiempo de espera superior al promedio nacional para el régimen subsidiado (Gráfico 46), aunque de estos solo 2 departamentos tienen un tiempo de espera superior a 3 días. Para el departamento de San Andrés y Providencia y Santa Catalina no se encuentra reporte.

*Gráfico 46. Tiempo de espera en consulta médica general
Régimen Subsidiado - Departamentos.
Periodo analizado: 1 de Enero a 30 de Septiembre, 2013*



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

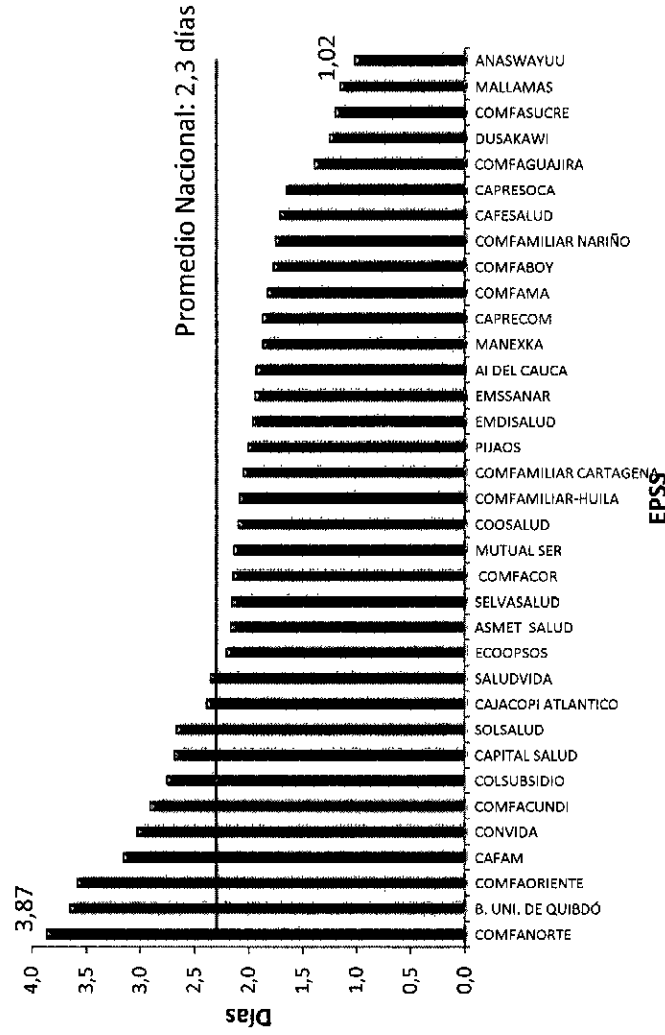
⁷ Anexo Técnico, Resolución 1446 de 2006

56



El panorama por EPS no presenta mayor diferencia con el total nacional (Gráfico 47), de las 39 EPS que prestaron servicios en el Régimen Subsidiado en el periodo de análisis, 10 reportan un tiempo de espera para la asignación de citas de medicina general superior al promedio nacional de 2,3 días, sin embargo solo 5 de ellas tienen un tiempo de espera superior a 3 días. Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR y HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

Gráfico 47. Tiempo de espera en consulta médica general - EPSS.
Periodo analizado: 1 de Enero a 30 de Septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

A-02 Tiempo de espera en consulta de Medicina Especializada-Medicina Interna

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

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, severidad y secuelas, también ayudan a disminuir la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad⁸.

⁸ Anexo técnico, Resolución 1446 de 2006

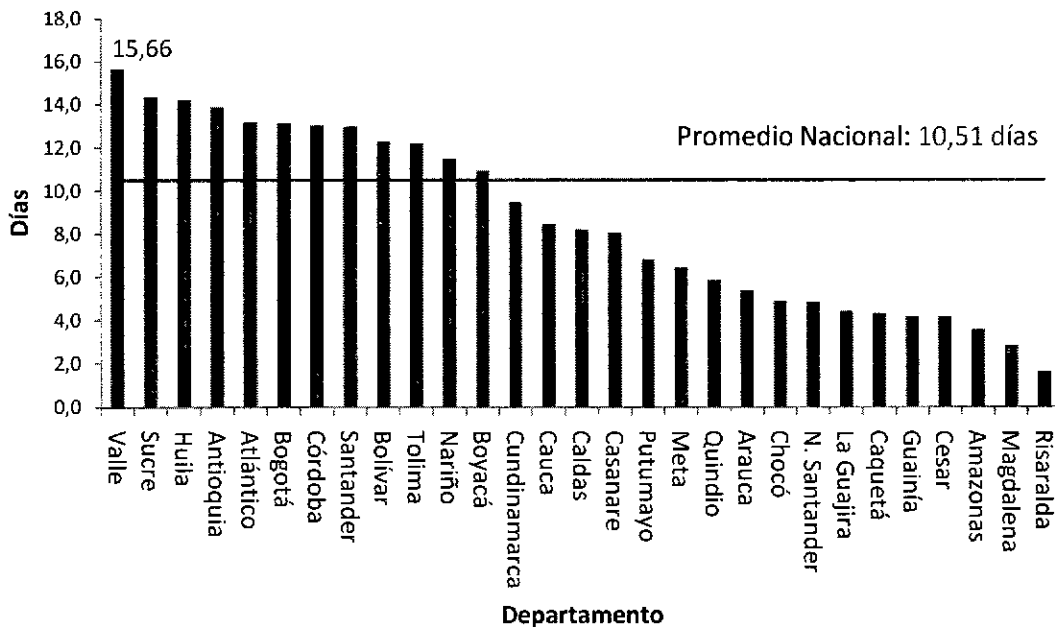


El indicador “Tiempo de espera en consulta médica especializada - Medicina Interna” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de medicina interna y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas de medicina general asignadas en la institución en ese período. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 30 días calendario. Se observa en la gráfica que el promedio nacional para el régimen subsidiado se encuentra en 10,5 días. Diez de los departamentos tienen un tiempo de espera de asignación de citas de medicina interna superior al promedio nacional, aunque ningún departamento supera el máximo aceptable. (Gráfico 48). No se encontró reporte para los departamentos San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Guaviare, Vaupés y Vichada.

*Gráfico 48. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada - Medicina Interna
Régimen Subsidiado- Departamentos.
Periodo de Reporte: 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013*



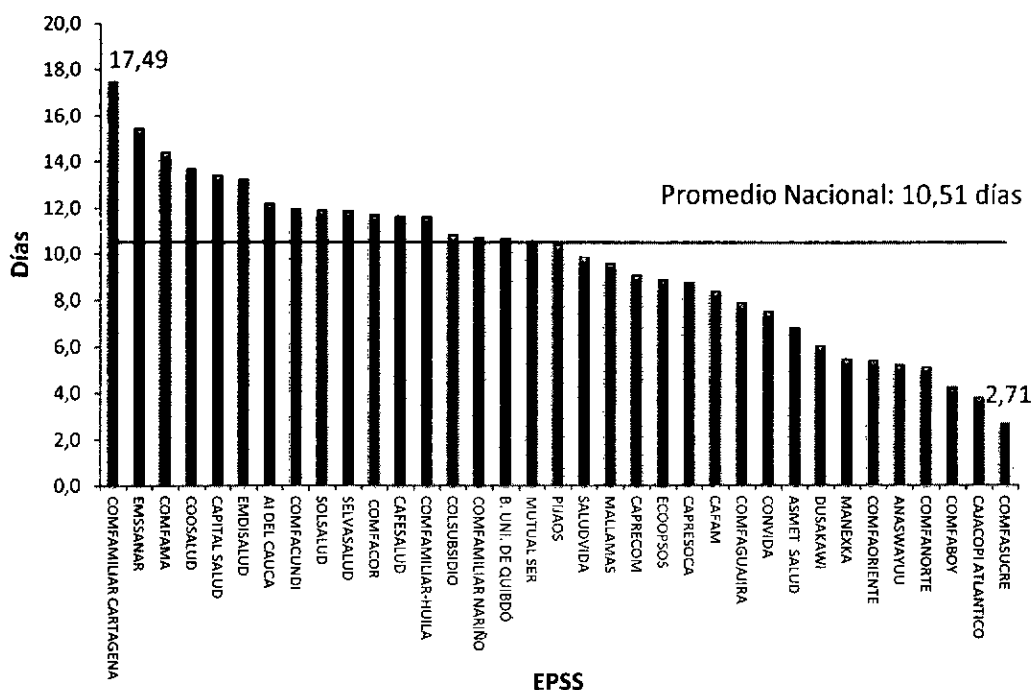
Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la gráfica del indicador por EPS, se observa que 17 de las EPS del régimen subsidiado tienen un tiempo de espera para asignación de citas de medicina interna superior al promedio nacional (10,5 días), pero ninguna EPS supera el tiempo máximo aceptable para este indicador. Gráfico 49.

57



Gráfico 49. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada - Medicina Interna – EPSS
Periodo de reporte: 1 de Enero a 30 Septiembre, 2013



Fuente: Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-03 Tiempo de espera en consulta de Medicina Especializada-Ginecología.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La consulta de ginecología es una importante oportunidad para prevenir, detectar enfermedades y, en el caso que éstas ya estén instaladas, lograr tratarlas a tiempo, por esta razón se considera que la oportunidad en el acceso a esta especialidad es un indicador de la calidad del sistema.

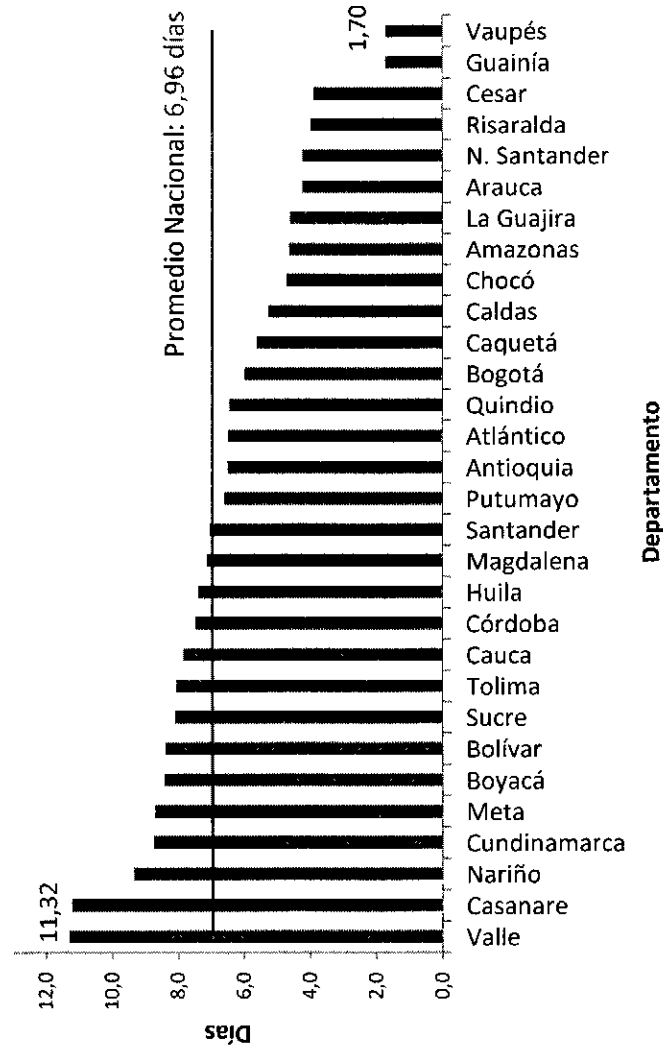
El indicador "Tiempo de espera en consulta médica especializada - Ginecología" se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas de ginecología asignadas en la institución en ese periodo. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.



- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 15 días calendario. Para el periodo analizado, se observa en la gráfica que en promedio para el régimen subsidiado el tiempo de espera para la asignación de citas de ginecología se encuentra en 7 días, para 14 departamentos este tiempo es superior al promedio alcanzando un valor máximo de 11,3 días para el Valle del Cauca, sin embargo, ningún departamento supera el tiempo máximo establecido (Gráfico 50).

Gráfico 50. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología
Régimen Subsidiado-Departamentos.
Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de Septiembre, 2013



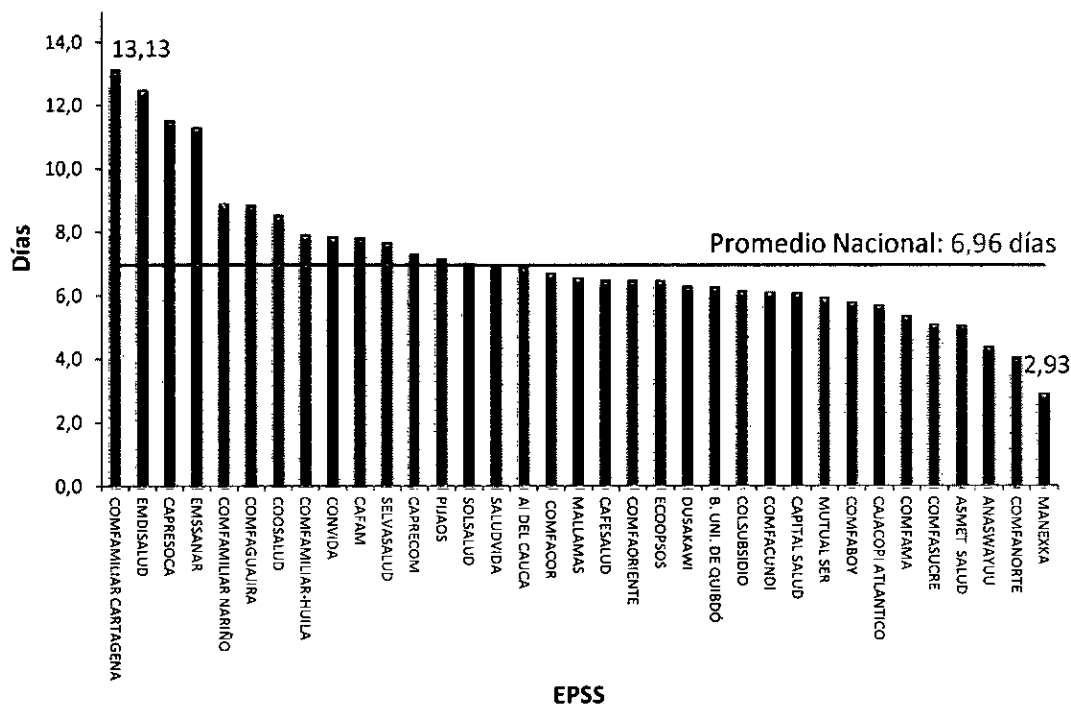
Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la fuente de información no se encontró reporte para los departamentos San Andrés y Providencia y Santa Catalina, Guaviare y Vichada.

Ninguna EPS supera el tiempo de espera máximo aceptable para la asignación de citas de ginecología, aunque 15 de las 39 EPS que prestan servicios en el régimen subsidiado tienen tiempos de espera superiores al promedio nacional (Gráfico 51).



*Gráfico 51. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología – EPSS
Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de Septiembre, 2013*



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-04 Tiempo de espera en consulta de Medicina Especializada-Obstetricia.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La atención antes, durante y después del parto, se encuentra orientada a mejorar la salud materna y neonatal, por esto la importancia de una atención oportuna por el médico obstetra.

El indicador "Tiempo de espera en consulta médica especializada - Obstetricia" se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas de obstetricia asignadas en la institución en ese periodo. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

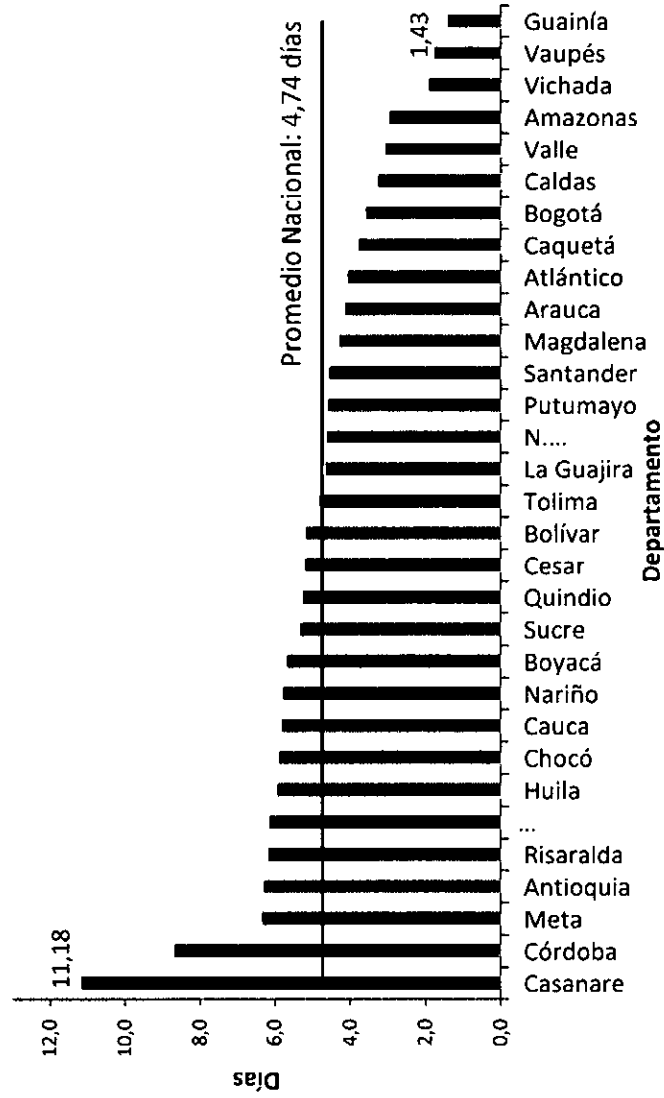


- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 5 días calendario. En el periodo analizado, el promedio de tiempo de espera para la asignación de citas de obstetricia en el régimen subsidiado se encuentra en 4,7 días, se observa en la gráfica que 16 departamentos tienen tiempos de espera superiores a este promedio nacional y que 15 de ellos superan el tiempo máximo establecido por la citada circular (Gráfico 52).

Gráfico 52. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia
Régimen Subsidiado- Departamentos.

Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de Septiembre, 2013



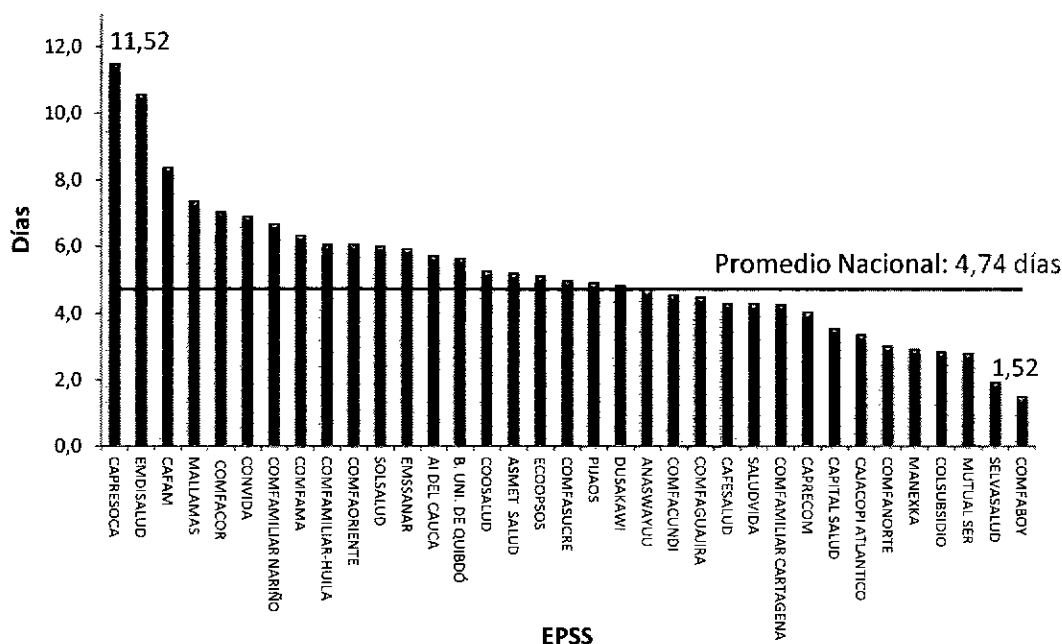
Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la fuente de información no se encontró reporte para los departamentos San Andrés, Providencia y Santa Catalina y Guaviare. Al realizar el análisis por EPS, se observa que 20 de las 39 EPS tienen tiempos de espera superiores al promedio nacional para la asignación de citas en esta especialidad, y de estas, 17 EPS superan el tiempo máximo establecido por la circular 056 de 2009 (Gráfico 53).

59



Gráfico 53. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia - EPSS.
Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS Salud Cándor, Humana Vivir se encuentran en proceso de liquidación.

A-05 Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

La vigilancia del desarrollo de los niños en las consultas de pediatría, constituye una oportunidad ideal para la identificación precoz de los niños con problemas de desarrollo o con factores del riesgo para el mismo, con el fin de realizar una derivación a tiempo para un diagnóstico preciso y una atención oportuna.

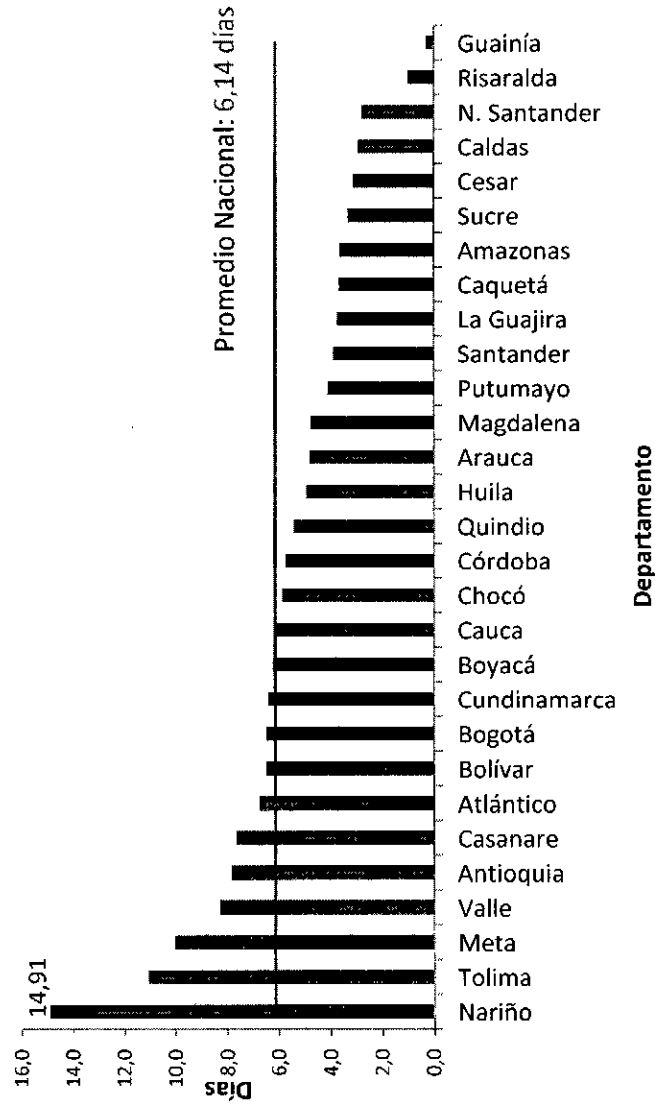
El indicador "Tiempo de espera en consulta médica especializada - Pediatría" se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas de pediatría asignadas en la institución en ese periodo. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.



- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 5 días calendario, sin embargo para el periodo analizado, el tiempo de espera promedio para la asignación de citas de pediatría se encuentra en 6,1 día, encontrando 15 departamentos que superan el tiempo máximo aceptable (Gráfico 54).

Gráfico 54. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría
Régimen Subsidiado - Departamentos
Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

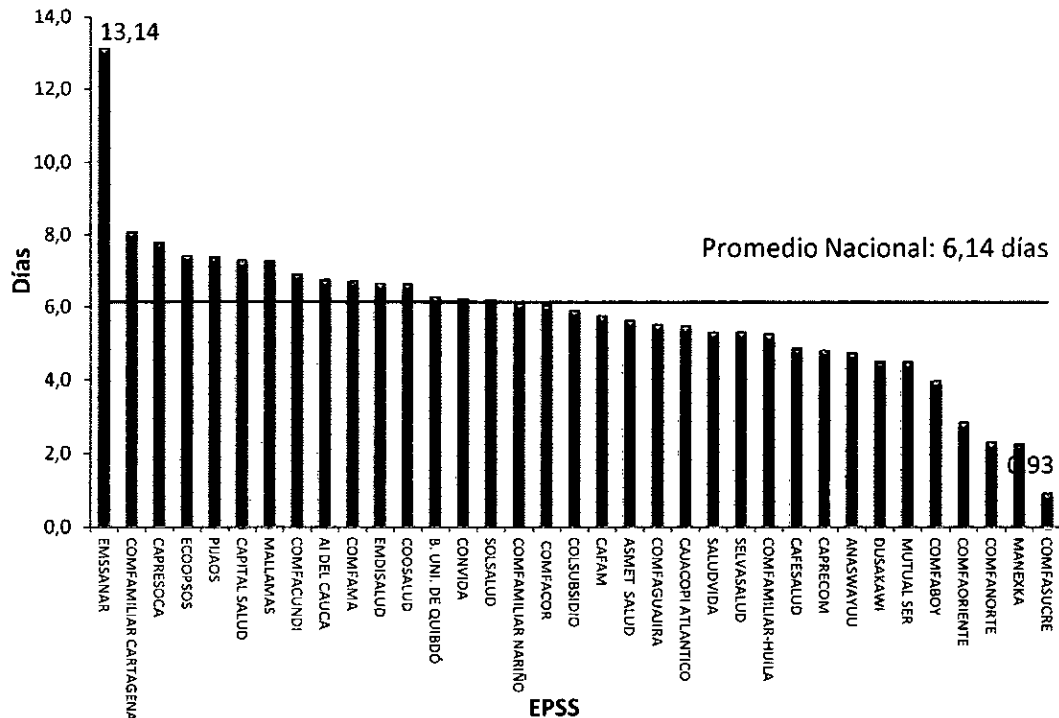
En la fuente de información no se encontró reporte para los departamentos San Andrés y Providencia, Guaviare, Vaupés y Vichada.

Al realizar los análisis por EPS, se observa que 25 EPS reportan tiempos de espera para la asignación de citas de pediatría superiores al máximo aceptable establecido por la citada circular. Se observa en la gráfica que la EPS EMSSANAR reporta un tiempo de espera de 13,1 días para esta especialidad (Gráfico 55).





Gráfico 55. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría – EPSS
Periodo de reporte: 1 de Enero al 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

LAS EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-06 Tiempo de espera en consulta de Medicina Especializada-Cirugía General.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

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, severidad y secuelas, también ayudan a disminuir la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad⁹.

El indicador “Tiempo de espera en consulta médica especializada - cirugía general” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de cirugía general y la fecha para la cual es asignada la

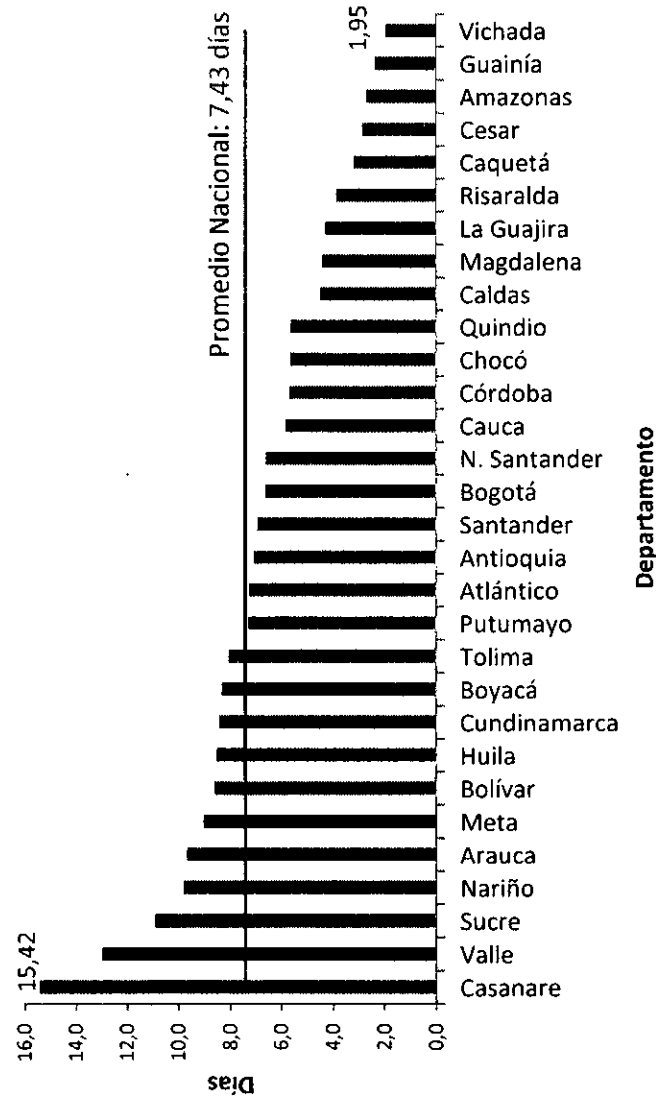
⁹ Anexo técnico, Resolución 1446 de 2006

cita, entre el número total de consultas de cirugía general asignadas en la institución en ese periodo. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 20 días calendario, se observa en la gráfica que para el periodo analizado el tiempo de espera promedio para la consulta de cirugía general se encuentra en 7,4 días para el régimen subsidiado, adicionalmente se evidencia que ningún departamento reporta tiempo de espera superior al máximo aceptable (Gráfico 56).

*Gráfico 56. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General
Régimen Subsidiado- Departamentos
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013*



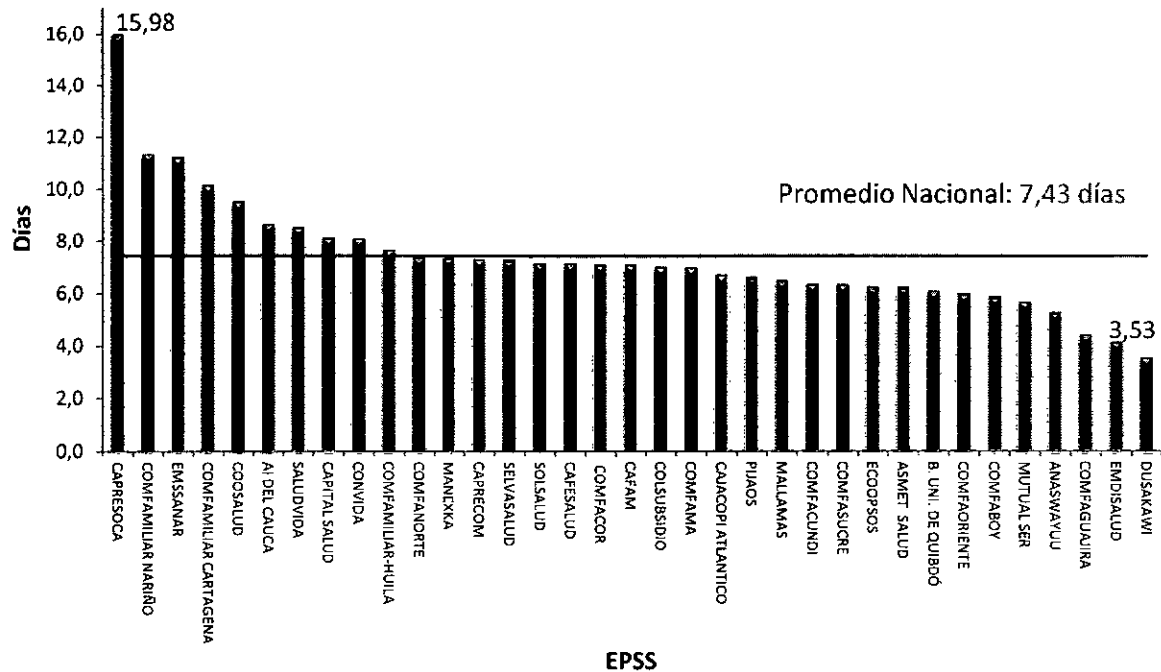
Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la fuente de información no se encontró reporte para los departamentos San Andrés y Providencia, Guaviare y Vaupés.

En la gráfica que presenta los resultados para este indicador desagregados por EPS se observa que 10 EPS reportan tiempos de espera superiores al promedio nacional, pero ninguna reporta tiempo de espera superior al máximo aceptable establecido en la citada circular (Gráfico 57).



Gráfico 57. Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General – EPSS
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-07 Tiempo de consulta Odontología General.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

En América Latina el modelo de atención dominante en salud se caracteriza por ser curativo y orientado a la atención de las enfermedades, situación que se expresa en forma directa en la atención odontológica; las acciones que realizan los servicios odontológicos son predominantemente curativas, mutiladoras, de poca cobertura y con largos intervalos de tiempo entre una consulta y otra¹⁰.

El indicador “Tiempo de espera en consulta de Odontología General” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene al dividir la sumatoria total de

¹⁰ 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”, pág. 303

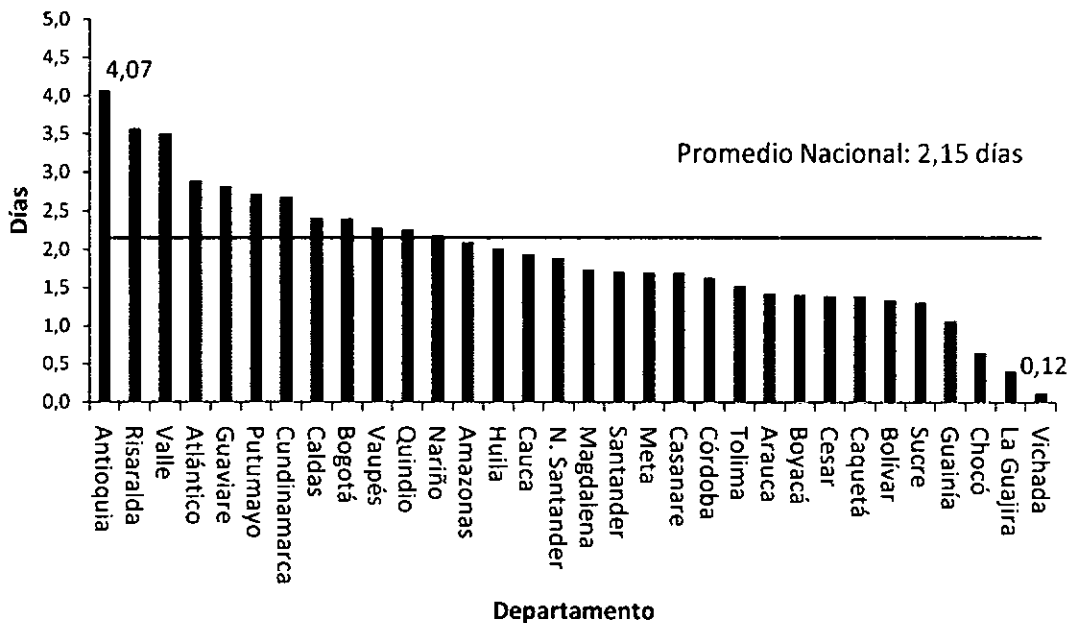


los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas de odontología general asignadas en la institución en ese periodo. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

A continuación se presentan los resultados del indicador desagregados por departamento y por EPS.

Para este indicador, la Ley anti trámites – Decreto 019 de 2012 establece en el artículo 123 que: “(...) La asignación de estas citas no podrá exceder los tres (3) días hábiles contados a partir de la solicitud (...)”. Se observa que el tiempo de espera promedio para el régimen subsidiado se encuentra en 2,2 días, 11 departamentos presentan tiempo de espera superiores al promedio nacional para el régimen subsidiado, y de estos solo 3 departamentos superan el máximo establecido por la ley anti trámites. (Gráfico 58).

*Gráfico 58. Tiempo de consulta Odontología General
Régimen Subsidiado – Departamentos
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013*



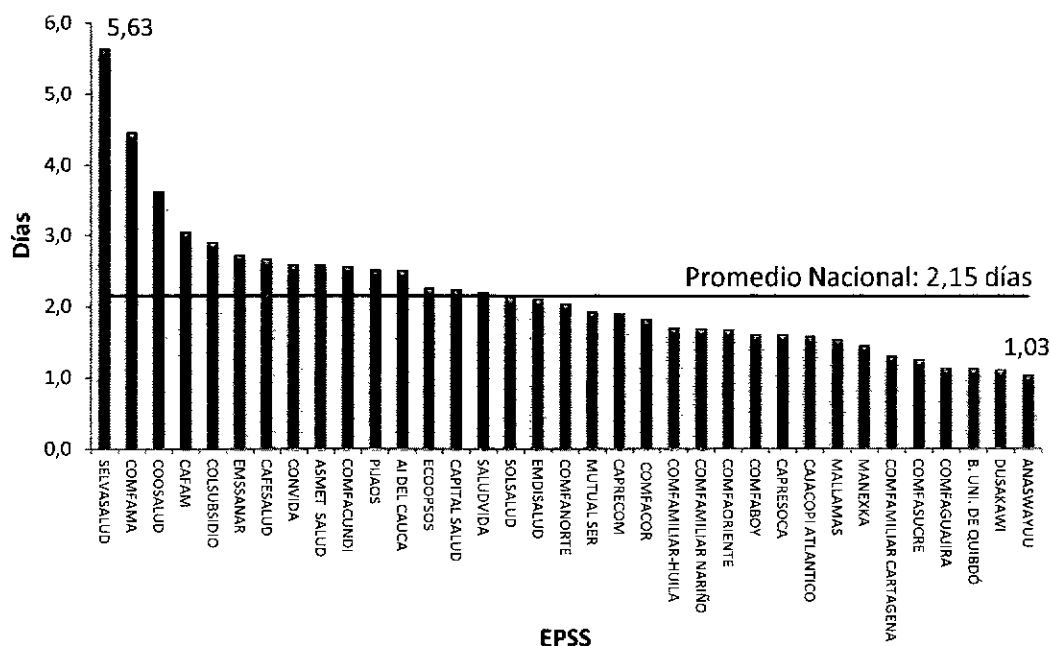
Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la fuente de información no se encontró reporte para el departamento de San Andrés y Providencia.

En la gráfica se presentan los resultados del indicador por EPS, allí se observa que 15 EPS reportan tiempos de espera para consulta de odontología general superiores al promedio general, pero solo 4 EPS reportan tiempo de espera superior a 3 días (Gráfico 59).

52

Gráfico 59. Tiempo de consulta Odontología General – EPSS
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013



Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Fuente:

Las EPS COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS Salud Córdor, Humana Vivir se encuentran en proceso de liquidación.

A-08 Tiempo de espera de servicios de Imagenología general Radiología Simple.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Radiología es un servicio central que genera productos sanitarios asistenciales intermedios necesarios para la realización del producto final que es el paciente, con el valor añadido del cuidado o mejora de su salud. El servicio de radiología, presta atención a pacientes procedentes de urgencias, hospitalización, consultas externas del propio hospital o de ambulatorios y de centros de salud del área sanitaria. Por lo tanto la oportunidad de la atención en el servicio de Imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención¹¹.

¹¹ 1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "INCAS Colombia 2009", pág. 297.



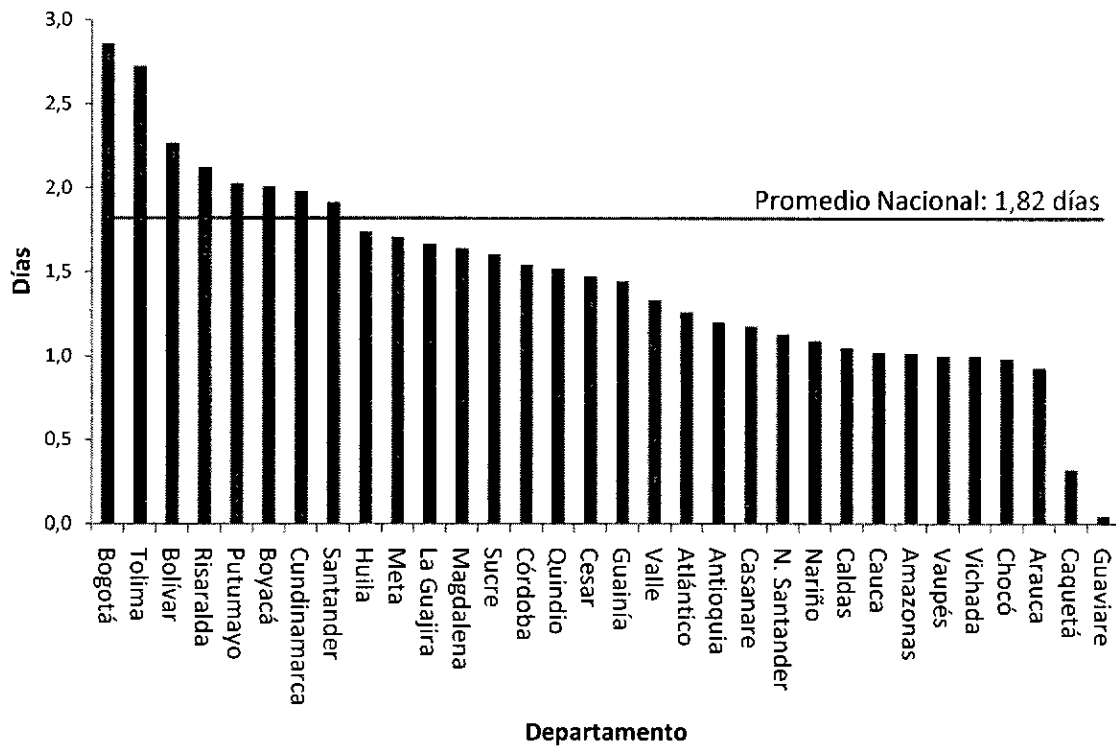
El indicador “Tiempo de espera de servicios de Imagenología y diagnóstico general - radiología simple” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se obtiene de dividir la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de Imagenología -radiología simple y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de atenciones en servicios de Imagenología – radiología simple. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 3 días calendario. Se observa en la gráfica que el tiempo de espera promedio para el régimen subsidiado se encuentra en 1,8 días, ningún departamento reporta tiempo de espera superior a 3 días. (Gráfico 60).

Gráfico 60. Tiempo de espera de servicios de Imagenología general Radiología Simple
Régimen Subsidiado – Departamentos
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

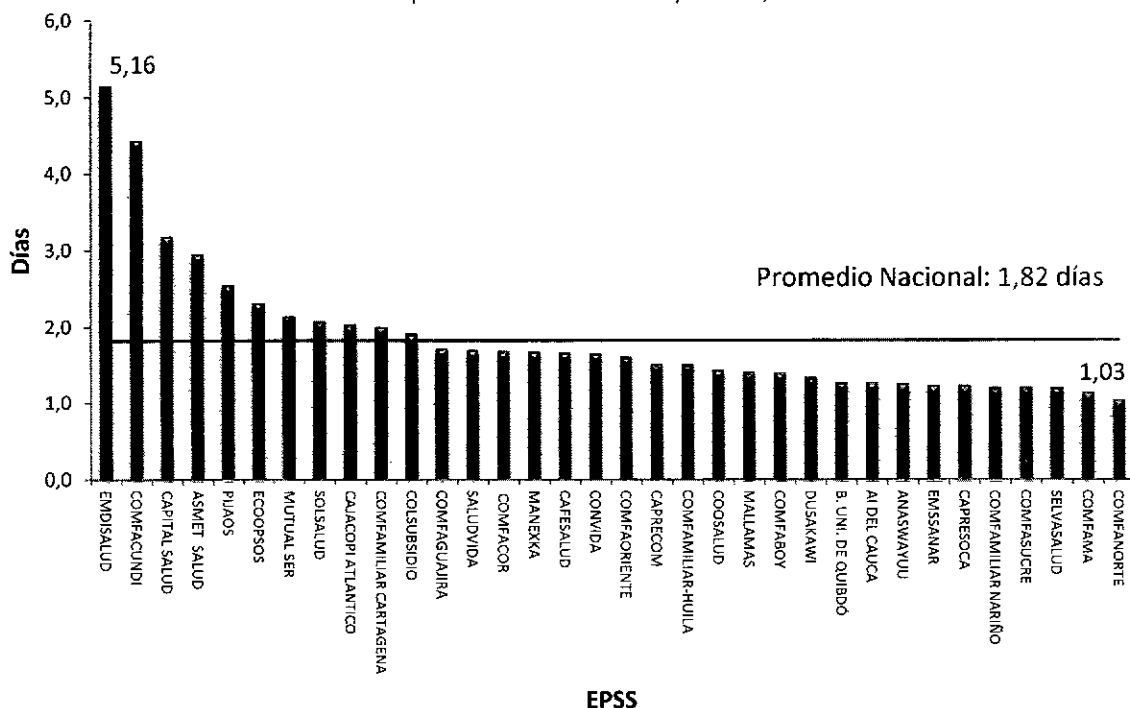
En la fuente de información no se encontró reporte para el departamento de San Andrés y Providencia.

Al analizar los resultados por EPS se encuentra que 11 EPS reportan tiempos de espera para el servicio de Imagenología y diagnóstico general - radiología simple, superiores al promedio nacional, sin embargo, solo 3 EPS reportan tiempos superiores a 3 días. (Gráfico 61).

GB



Gráfico 61. Tiempo de espera de servicios de imagenología general Radiología Simple – EPSS
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS CAFAM, COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-09 Tiempo de espera de servicios de Imagenología Especializado-TAC.

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Las imágenes de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) permiten analizar las estructuras internas de las distintas partes del organismo, lo cual facilita el diagnóstico de fracturas, hemorragias internas, tumores o infecciones en los distintos órganos.

El indicador “Tiempo de espera de servicios de Imagenología y diagnóstico especializado - TAC” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene de dividir la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de

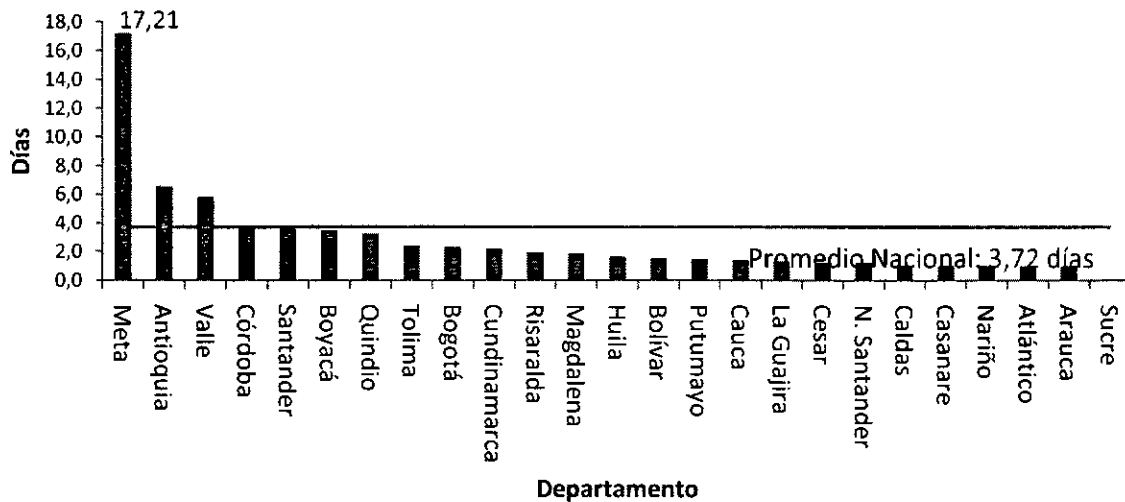


Imagenología especializada – TAC y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de atenciones en servicios de Imagenología especializada – TAC. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 15 días calendario, se observa en la gráfica que el tiempo de espera promedio para el servicio de Imagenología especializada – TAC es de 3,7 días para el régimen subsidiado, el departamento de Meta reporta un tiempo de espera de 17,2 días (Gráfico 62).

Gráfico 62. Tiempo de espera de servicios de Imagenología Especializado-TAC
Régimen Subsidiado – Departamentos
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013

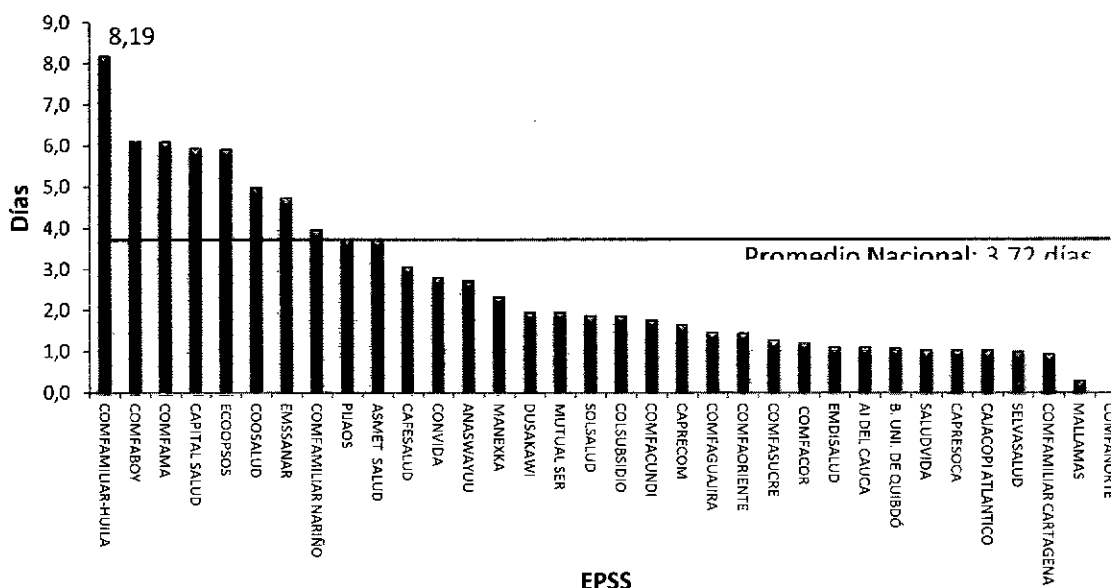


Fuente: Reporte que realizan los EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

El análisis de los resultados por EPS muestra que ninguna EPS presenta tiempo de espera superior a 15 días, aunque 10 ellas superan el tiempo promedio de espera para el régimen subsidiado (Gráfico 63).



Gráfico 63. Tiempo de espera de servicios de Imagenología Especializado-TAC – EPSS
Período de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

Las EPS CAFAM, COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-10 Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

Este indicador permite analizar la oportunidad en las ayudas diagnósticas que facilitan un diagnóstico y plan de manejo adecuado.

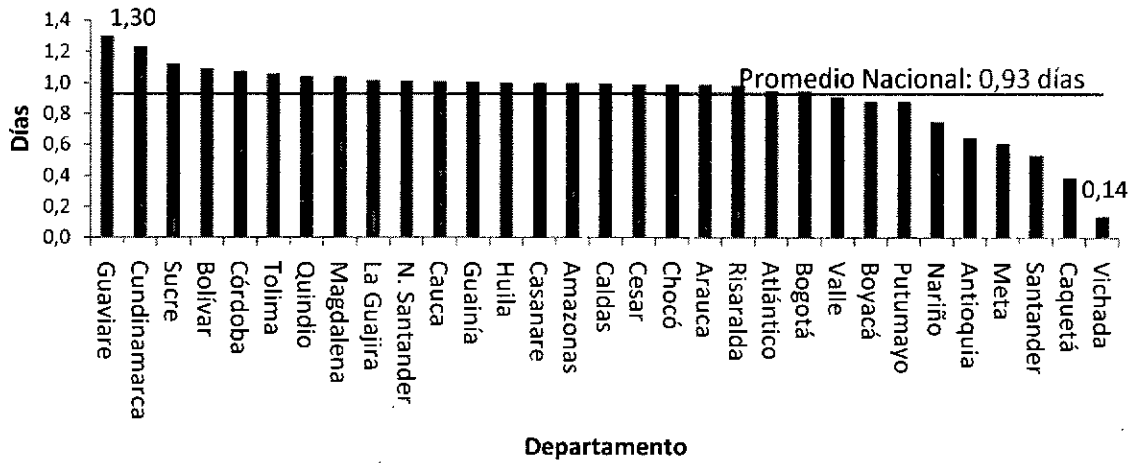
El indicador “Tiempo de espera toma de muestras laboratorio básico” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se obtiene de dividir la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de atenciones en servicio de muestras de laboratorio. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

- Comportamiento del indicador para el régimen subsidiado, 2013:

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 1 día calendario. El promedio de tiempo de espera para la toma de muestras de laboratorio clínico básico se encuentra en 0,9 días para el régimen subsidiado, 6 departamentos presentan tiempos de espera superior a 1 día (Gráfico 64).



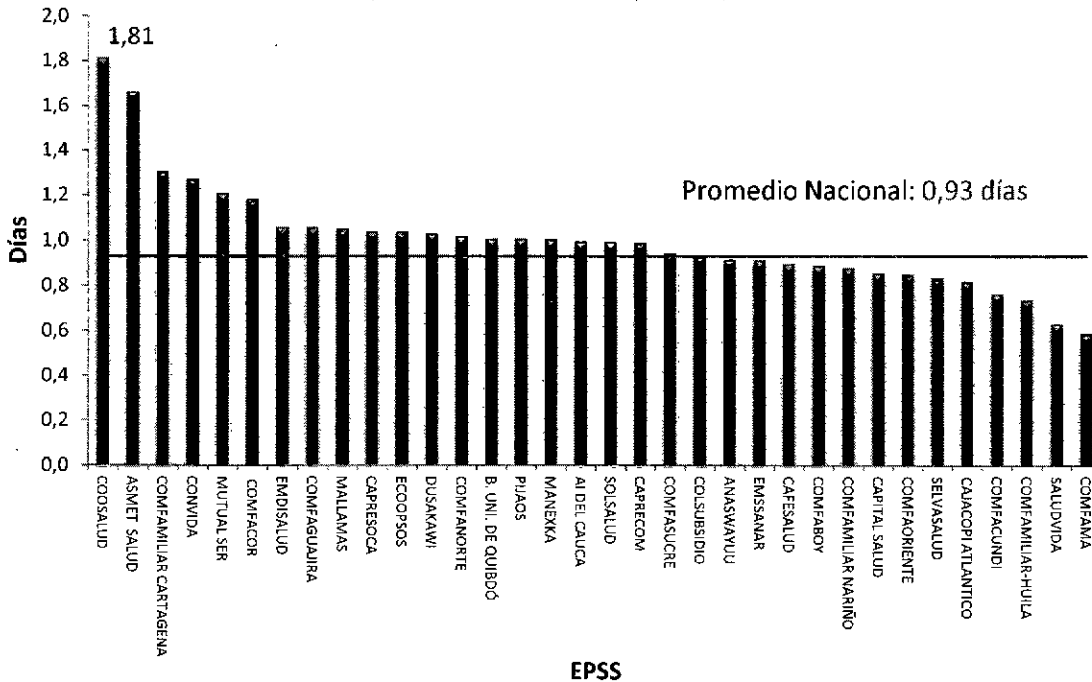
*Gráfico 64. Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico
Régimen Subsidiado – Departamentos
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013*



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

En la fuente de información no se encontró reporte para los departamentos de San Andrés y Providencia y Vaupés. En la gráfica que presenta el tiempo de espera para el servicio de toma de muestras laboratorio básico desagregado por EPS se observa que 9 de ellas presentan un tiempo de espera superior a 1 día (Gráfico 65).

*Gráfico 65. Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico – EPSS
Periodo de reporte 1 de Enero a 30 de septiembre, 2013*



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud



Las EPS CAFAM, COMFACHOCÓ, SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR y COMPARTA no presentaron reporte en el periodo analizado, importante recordar que las EPS SALUD CÓNDOR, HUMANA VIVIR se encuentran en proceso de liquidación.

A-11 Tiempo de espera Cirugía Programada

- Marco de referencia para el análisis de la situación para este indicador:

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, severidad y secuelas, así como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.¹².

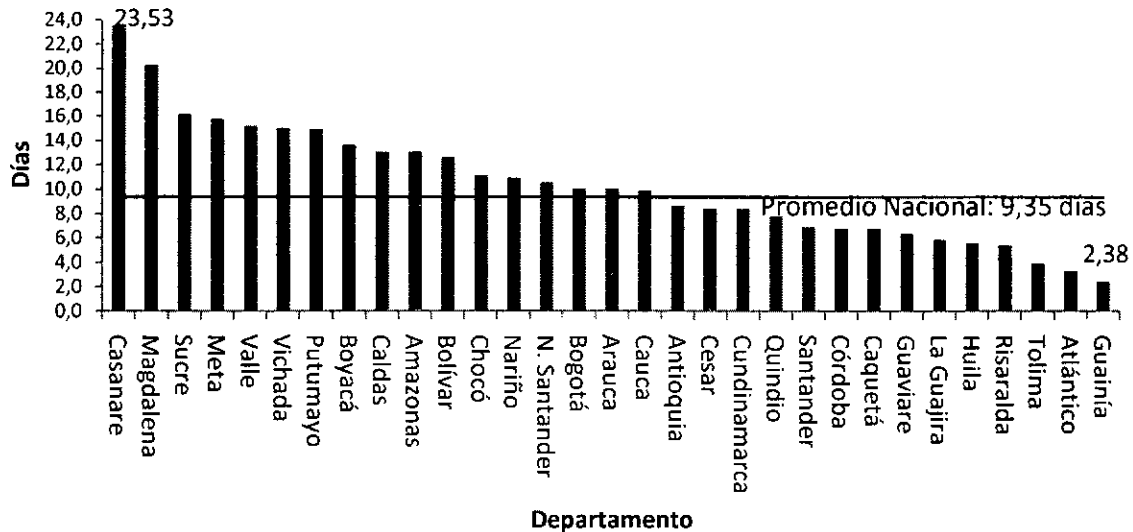
El indicador “Tiempo de espera en la realización de cirugía general programada” se construye utilizando como fuente de información el auto reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud. Se divide la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía entre el número de cirugías programadas realizadas en el período. La unidad de medida para este indicador es días y el reporte tiene una periodicidad trimestral.

La circular 056 de 2009 establece como tiempo máximo aceptable 30 días calendario, en la gráfica se observa que el tiempo de espera promedio para la realización de cirugía general programada para el régimen subsidiado es de 9,4 días, adicionalmente se observa que 17 departamentos reportan tiempos de espera superiores al promedio nacional, pero ninguno reporta tiempo de espera superior a 30 días (Gráfico 66).

¹² Anexo Técnico, Resolución 1446 de 2006



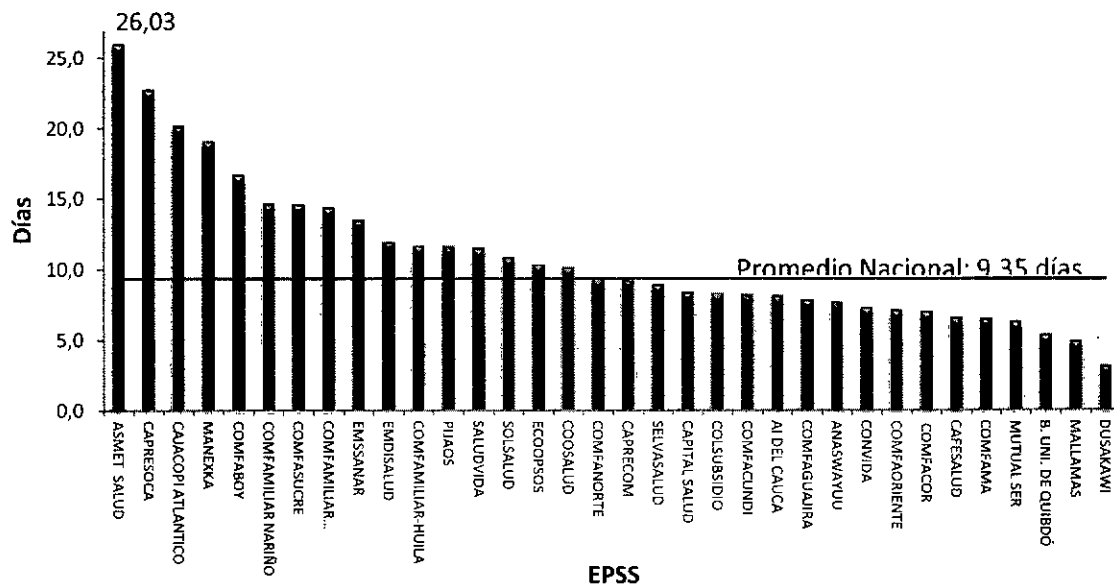
Gráfico 66. Tiempo de espera Cirugía Programada.
Régimen Subsidiado – Departamentos
Periodo de reporte: de Enero al 30 de Septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

El panorama para este indicador al analizarlo por EPS es muy similar, al presentado por departamentos, pues aunque 18 EPS reportan tiempos de espera para la realización de cirugía general programada superiores al promedio nacional, ninguna supera el máximo aceptable establecido en la citada circular (Gráfico 67).

Gráfico 67. Tiempo de espera Cirugía Programada – EPSS
Periodo de reporte: de Enero al 30 de Septiembre, 2013



Fuente: Reporte que realizan las EPS al Sistema de Inteligencia de Negocios – Circular 056 de la Superintendencia Nacional de Salud

88



7 CONCLUSIONES

La información obtenida en este informe sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud muestra un panorama diverso en las tres dimensiones analizadas.

- Es necesario tener en cuenta que las fuentes utilizadas para la elaboración de este informe están sujetas a procesos técnicos de consolidación, que involucran a este Ministerio y otras entidades, y que como consecuencia de ello muchos de los resultados de este informe son preliminares y podrían cambiar a medida que avance el proceso de consolidación.
- Las observaciones realizadas a cada una de las fuentes, demandan precaución en la lectura de los resultados que se incluyen en el presente informe pues éstos son susceptibles de ajustes según el comportamiento final de las bases de datos y según otros indicadores que estarán disponibles una vez se agote el proceso de consolidación de la información.
- Los resultados de la calidad en la prestación de los servicios del régimen subsidiado, desde la dimensión de la efectividad, presentan resultados visibles de logro y mejora que invitan a continuar acercándose a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, al tiempo que identifica escenarios que merecen ser atendidos con prioridad.
- Si bien el régimen subsidiado de salud ha tenido grandes avances en cobertura de afiliación a los servicios del POS-S, se observan retos importantes para asegurar la efectividad de la atención en salud, especialmente en los subdominios de Atención materno- infantil, Atención en Sífilis y VIH y Atención para las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Estos retos involucran no solamente al sector salud sino también a otros sectores, pues es claro que los departamentos más afectados son aquellos que presentan fallas en vivienda, educación y pobreza en general, además de población dispersa y barreras geográficas de acceso.
- En la calidad de la atención materno-infantil del régimen subsidiado se aprecia un promedio nacional adecuado en cuanto a la cobertura del control prenatal, junto a un promedio de bajo peso al nacer que se mantiene dentro del rango de la meta establecida por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Como es sabido, estos dos indicadores se asocian fuertemente a intervenciones preventivas derivadas de la captación de las gestantes.
- La razón de mortalidad materna para el régimen subsidiado fue mayor que la razón nacional. Indicador que debe ser analizado con cautela puesto que aún requiere depuración de su fuente de información. Por su parte, la tasa de mortalidad perinatal



pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias en la calidad de los controles prenatales y en la identificación y manejo del riesgo obstétrico. En este caso también es importante considerar los factores externos al sector salud que pueden estar afectando los resultados.

- En la calidad de la atención en los niños se observa una mejora en las condiciones de la calidad de la misma. Las tasas de mortalidad en menores de 5 años para IRA y EDA se encuentran por debajo de la última medición de 2011, mostrando un resultado visible en la efectividad de la atención sobre estas dos patologías. No obstante, las diferencias departamentales identifican brechas regionales que deben direccionar las prioridades en ésta área.
- Para la calidad de la atención en Sífilis y VIH Sida se observa que para la población en riesgo de sífilis gestacional hay un reducido porcentaje de tamización de esta enfermedad; sin embargo, la tasa de incidencia de sífilis congénita se encuentra por debajo del valor del último período oficial disponible para este indicador. Lo anterior pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la detección de la enfermedad durante el embarazo, resaltando su enfoque preventivo. Asimismo, exige pensar en estrategias que contribuyan a superar las barreras culturales y los prejuicios que muchas veces impiden que el tamizaje ofertado sea exitosamente aplicado a las gestantes.
- Las mediciones para valorar la calidad de la atención de los pacientes diagnosticados con VIH sida nos muestran que el porcentaje de personas de 13 o más años en estadio sida al momento del diagnóstico fue del 43,9%, con poca variabilidad entre departamentos y mayores diferencias entre aseguradoras. Se destaca la alta proporción de personas que recibe terapia antirretroviral entre aquellas con VIH/sida en quienes está indicada, alcanzando un 99,9% en la población colombiana del régimen subsidiado.
- La calidad de la atención para las enfermedades transmitidas por vectores muestra que la letalidad por dengue dobla el valor del último período oficial disponible para este indicador, en especial para el Departamento del Putumayo.
- En la calidad de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles la incidencia de estadio 5 de ERC presentó gran variabilidad entre departamentos, con una incidencia nacional dentro de los límites esperados según el último período oficial disponible.
- Los resultados de la calidad en la prestación de los servicios del régimen subsidiado, desde la dimensión de seguridad de la atención presentan en su conjunto resultados satisfactorios, para los cuales debe intensificar el esfuerzo realizado a la fecha, con énfasis en las diferencias territoriales.



- En la calidad de la atención obstétrica, el régimen subsidiado muestra porcentajes de cobertura por encima del valor del último periodo oficial, para los indicadores número de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud y nacidos vivos con 4 o más controles prenatales. No así para el porcentaje de partos por cesáreas y el de tamización de VIH en gestantes.
- En la calidad de la atención del paciente hipertenso y diabético los resultados obtenidos por el régimen subsidiado para la captación de pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial es mayor al último período oficial. Es de anotar que la captación frente a la prevalencia esperada de estas enfermedades ha venido mejorando y representa un objetivo difícil de alcanzar si se tiene en cuenta que son enfermedades silenciosas en sus estadios iniciales. Adicionalmente, es posible que estos resultados también estén afectados por la incidencia de los determinantes sociales que hacen más difícil la detección entre los grupos de personas con niveles inferiores de educación ubicados en zonas geográficas dispersas.
- En la calidad de la atención intrahospitalaria, la gestión del evento adverso, en particular para el seguimiento de las infecciones intrahospitalarias, se encuentra que de cada 100 pacientes hospitalizados se infectan 2,5 pacientes. Para análisis posteriores es deseable la medición de la infección intrahospitalaria desagregada por causas.
- Los resultados de la calidad en la prestación de los servicios del régimen subsidiado, desde la dimensión de Atención Centrada en el Usuario, evidencian algunas diferencias territoriales, sin embargo el régimen subsidiado muestran datos satisfactorios.
- Los tiempos de espera no presentan brechas importantes entre las mediciones de este reporte y los estándares mínimos definidos por la Superintendencia Nacional de Salud, con excepción de los tiempos de espera de la especialidad de Pediatría, se encuentran dentro de los mínimos establecidos. Existe alta variabilidad en el resultado de estos indicadores por departamento.



8 BIBLIOGRAFIA

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

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. *SITUACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN COLOMBIA, 2012*. Cuenta de alto costo, 104p.

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, *PRIMER INFORME ONS, ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD EN COLOMBIA, 2011*. Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia. 2013

Ministerio de la Protección Social. *1ER. INFORME NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. "INCAS Colombia 2009"*. ISBN: 978-958-8361-79-6. Bogotá, D.C. Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012): *ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN REGIONES COLOMBIA*, Imprenta Nacional de Colombia, 15-161p.

Ministerio de Salud y Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. *SEGUNDO INFORME ONS OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD: MORTALIDAD 1998-2011 Y SITUACIÓN DE SALUD EN LOS MUNICIPIOS DE FRONTERA TERRESTRE EN COLOMBIA*. Carlos Andrés Castañeda Orjuela, director ONS. Bogotá: INS, 2013. 237p.

Ministerio de Salud y Protección Social. *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2021: LA SALUD EN COLOMBIA LA CONSTRUYES TÚ*. Imprenta Nacional de Colombia, 535p.





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

9 ANEXO No. 1: Fichas de Indicadores

DIMENSIÓN	DOMINIO	SUBDOMINIO	INDICADOR
Efectividad de la atención en salud	Atención Materno-Infantil	Calidad de la atención en el embarazo	E-01 <u>Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal</u>
			E-02 <u>Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer</u>
			E-03 <u>Razón de Mortalidad materna</u>
			E-04 <u>Tasa de mortalidad perinatal</u>
			E-05 <u>Tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año</u>
	Atención en Sífilis y VIH Sida	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida	E-06 <u>Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarréica Aguda) en menores de 5 años</u>
			E-07 <u>Tasa de mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menores de 5 años</u>
			E-08 <u>Porcentaje de tamización para Sífilis Gestacional</u>
	Enfermedades transmitidas por vectores	Calidad de la atención a enfermedades transmitidas por vectores	E-09 <u>Porcentaje de personas de 13 años ó más en estadio SIDA al momento del diagnóstico</u>
			E-10 <u>Tasa de Incidencia Sífilis Congénita</u>
	Enfermedades Crónicas No Transmisibles	Calidad de la atención en Enfermedades cardiovasculares y metabólicas	E-11 <u>Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral.</u>
			E-12 <u>Letalidad por Dengue</u>

BA



DIMENSIÓN	DOMINIO	SUBDOMINIO	INDICADOR
Seguridad de la atención	Gestión del riesgo	Calidad de la atención obstétrica	S-01 <u>Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesionales de salud</u>
			S-02 <u>Porcentaje de partos por cesárea</u>
			S-03 <u>Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales</u>
			S-04 <u>Porcentaje de tamización para VIH en gestantes</u>
	Gestión del riesgo	Calidad de la atención en el paciente hipertenso y diabético	S-05 <u>Captación de pacientes con Diabetes Mellitus.</u>
			S-06 <u>Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.</u>
			S-07 <u>Captación de pacientes con Hipertensión Arterial.</u>
			S-08 <u>Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas.</u>
	Gestión del Evento Adverso	Calidad de la atención intrahospitalaria	S-09 <u>Tasa de infección intrahospitalaria</u>



DIMENSIÓN	DOMINIO	SUBDOMINIO	INDICADOR
Atención centrada en el usuario	Tiempos de Espera	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos	A-01 <u>Tiempo de espera en consulta médica general.</u>
			A-02 <u>Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Medicina Interna</u>
			A-03 <u>Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Ginecología.</u>
			A-04 <u>Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Obstetricia.</u>
			A-05 <u>Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Pediatría.</u>
			A-06 <u>Tiempo de espera en consulta Medicina Especializada-Cirugía General.</u>
			A-07 <u>Tiempo de consulta Odontología General.</u>
			A-08 <u>Tiempo de espera de servicios de imagenología general Radiología Simple.</u>
			A-09 <u>Tiempo de espera de servicios de imagenología Especializado-TAC.</u>
			A-10 <u>Oportunidad exámenes de Laboratorio Clínico</u>
			A-11 <u>Tiempo de espera Cirugía Programada</u>

PA



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en el embarazo

Nombre del indicador	Porcentaje de mujeres con al menos una consulta de control prenatal
Definición	Es el porcentaje de mujeres en estado de gestación que tienen una consulta de primera vez por control prenatal.
Objetivo del indicador	Evaluar la gestión de la entidad, territorio y aseguradora frente a la captación de las gestantes e inclusión para su seguimiento desde los programas de salud materna.

Formula de Cálculo Cociente entre Total de consultas de control prenatal de primera vez y el Total de Mujeres en estado de Gestación en un período y

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total de consultas de control prenatal de primera vez	100	%
Denominador	Total de Mujeres en estado de Gestación		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual x

CÓDIGO E-01

FUENTE

Numerador: RUAF-ND Denominador: RUAF-ND

22





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en el embarazo

Nombre del indicador	Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer
Definición	Es la proporción de nacidos vivos con peso inferior a 2.500 gramos al momento del nacimiento o dentro de las primeras horas de vida, expresado por 100 nacidos vivos.
Objetivo del indicador	Los niños que nacen prematuramente o con un bajo peso son más vulnerables a las enfermedades en etapas posteriores de su vida y a menudo sufren trastornos del desarrollo cognitivo. Indica acceso poco oportuno de la madre a protección de nutrición y a recursos de atención materna.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos y el número de nacidos vivos.
--------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de nacidos vivos con peso menor a 2500 gramos al nacer	100	%
Denominador	Total de nacidos vivos		

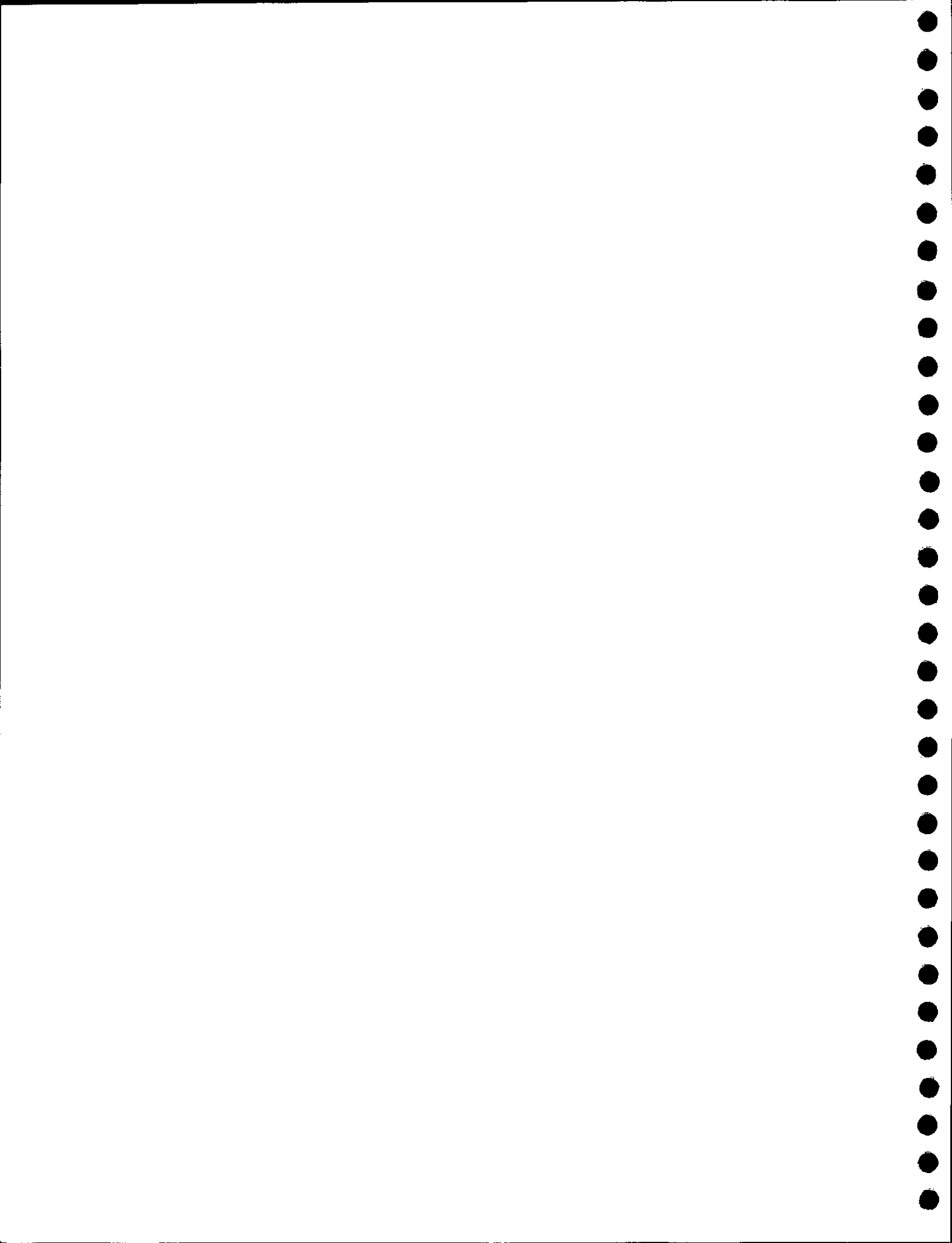
Perioricidad: Mensual	<input type="checkbox"/>	Bimestral	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>	Anual	<input checked="" type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	-------------------------------------

CÓDIGO E-02

FUENTE

Numerador: RUAF-NDDenominador: RUAF-ND

23





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en el embarazo

Nombre del indicador	Razón de mortalidad materna
Definición	Expresa la relación de mujeres que fallecen por causas asociadas a la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos. Muerte materna se define como la defunción de una mujer mientras está embarazada o en el lapso de 42 días de la terminación de su embarazo,
Objetivo del indicador	Conocer el número de mujeres gestantes que fallecen por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La mortalidad materna es considerada como un indicador de calidad de la atención en salud.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales y el número de nacidos vivos.
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.	por 100.000 nacidos vivos	
Denominador	Total de nacidos vivos		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-03

FUENTE

Numerador: SIVIGILADenominador: RUAF-ND

AT





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en el embarazo

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad perinatal
Definición	La Tasa de Mortalidad Perinatal es el número de defunciones de fetos de 22 semanas o más de gestación (también conocidos como mortinato u óbito fetal) y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida por cada 1.000 nacidos vivos para un año
Objetivo del indicador	La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud.

Formula de Cálculo	Cociente entre (el número de muertes fetales con 28 o más semanas de gestación más el número de muertes no fetales de niños y niñas de 7 días de edad) y (el número de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 o más semanas de gestación)
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes fetales con 22 o más semanas de gestación	por 1.000 nacidos vivos	
Denominador	Total de nacidos vivos		

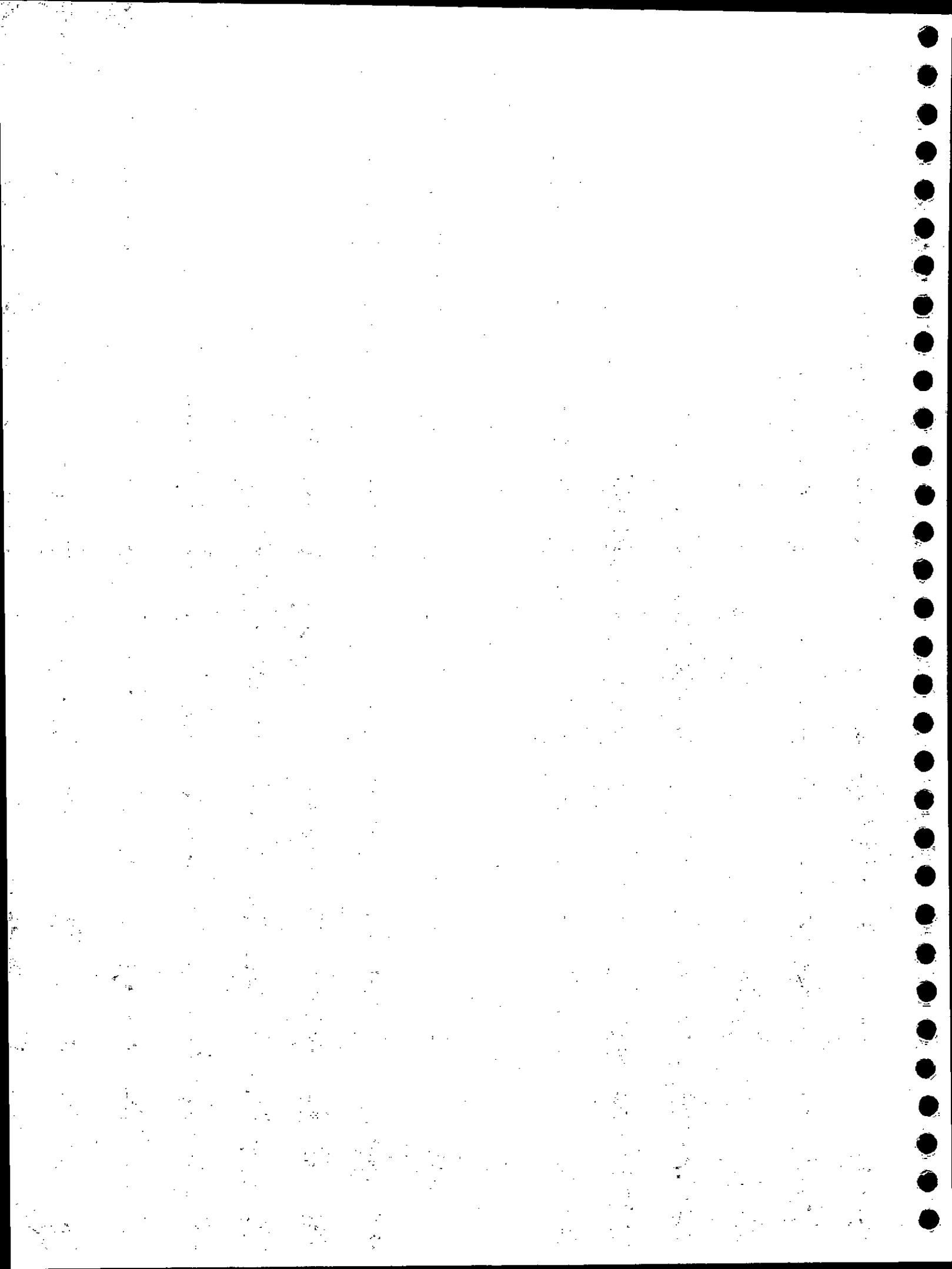
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-04

FUENTE

Numerador: SIVIGILADenominador: RUAF-ND

25





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	#iREF!
Subdominio	Calidad de la atención en niños

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año)
Definición	Es el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.
Objetivo del indicador	Es un indicador ligado al grado de desarrollo de un país que valora el estado de salud de la población. Es indicativo del nivel de vida y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como de atención; muchas de las defunciones

Formula de Cálculo Cociente entre el número de muertes de menores de 1 año y el número de nacidos vivos

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes de menores de 1 año	por 1.000 nacidos vivos	
Denominador	Total de nacidos vivos		

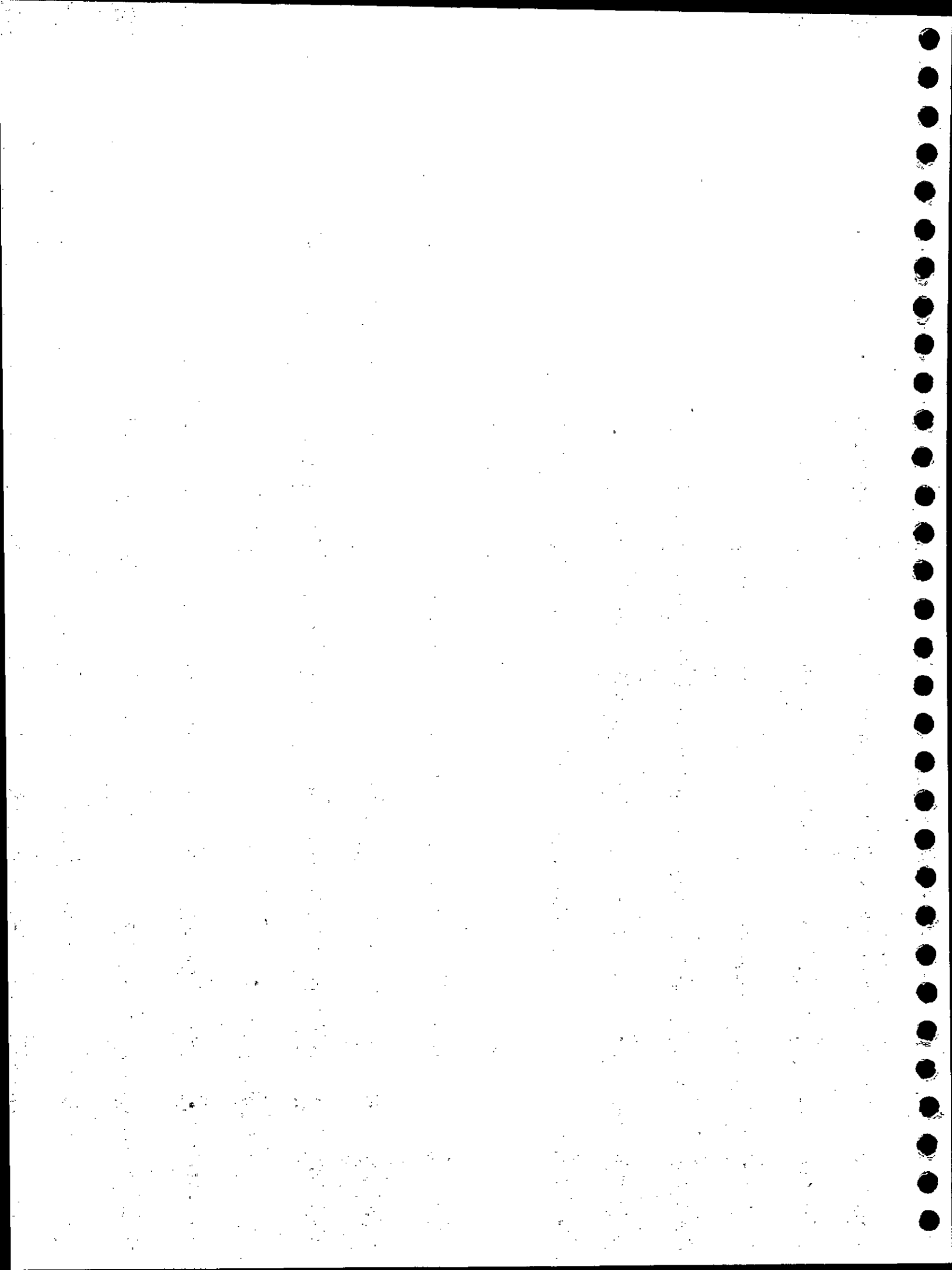
Períodicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-05

FUENTE

Numerador: RUAF-ND Denominador: RUAF-ND

28





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en niños

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad por EDA (Enfermedad Diarréica Aguda) en menores de 5 años
Definición	Es el número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado
Objetivo del indicador	Monitorear y analizar indicadores de salud, generando alertas para la toma de decisiones en relación a todas las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Mide la capacidad de atención primaria y de control de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de muertes por EDA en menores de 5 años y la población total de menores de 5 años
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes por EDA en menores de 5 años	por 100.000 menores de 5 años	
Denominador	Población total de menores de 5 años		

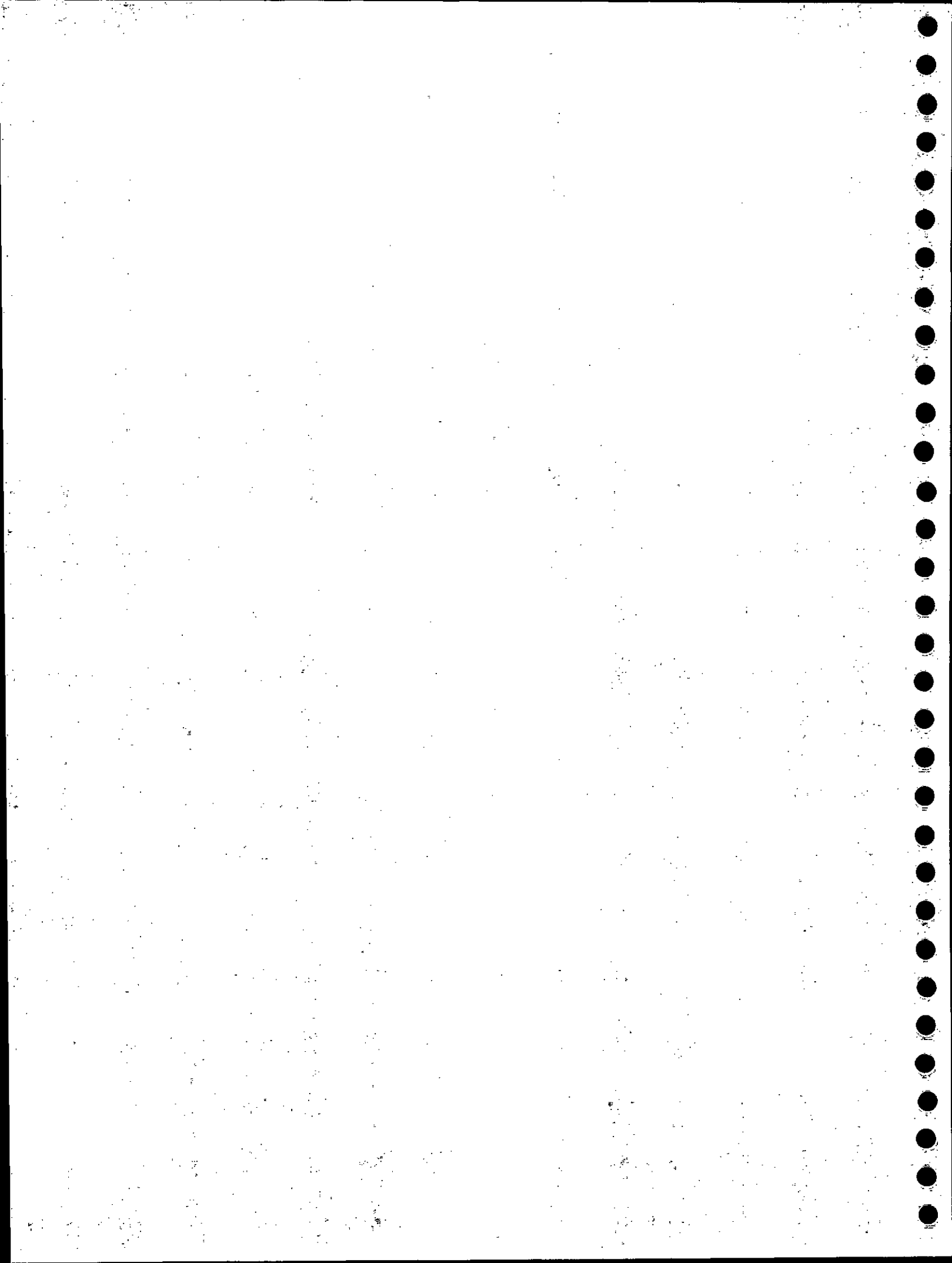
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-06

FUENTE

Numerador: SIVIGILA Denominador: BDU A

23





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención Materno-infantil
Subdominio	Calidad de la atención en niños

Nombre del indicador	Tasa de mortalidad por IRA (Infección Respiratoria Aguda) en menores de 5 años
Definición	Es el número de defunciones de niños menores de 5 años cuya causa básica de muerte fue una Infección Respiratoria Aguda (IRA) y el número total de población menor de 5 años para un año dado por cada 100.000 personas de ese grupo de edad, en un determinado
Objetivo del indicador	Mide la capacidad de atención primaria y de control de infecciones respiratorias. Monitorear y analizar indicadores de salud, generando alertas para la toma de decisiones en relación a todas las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Formula de Cálculo Cociente entre el número de muertes por IRA en menores de 5 años y la población total de menores de 5 años

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes por IRA en menores de 5 años	por 100.000 menores de 5 años	
Denominador	Población total de menores de 5 años		

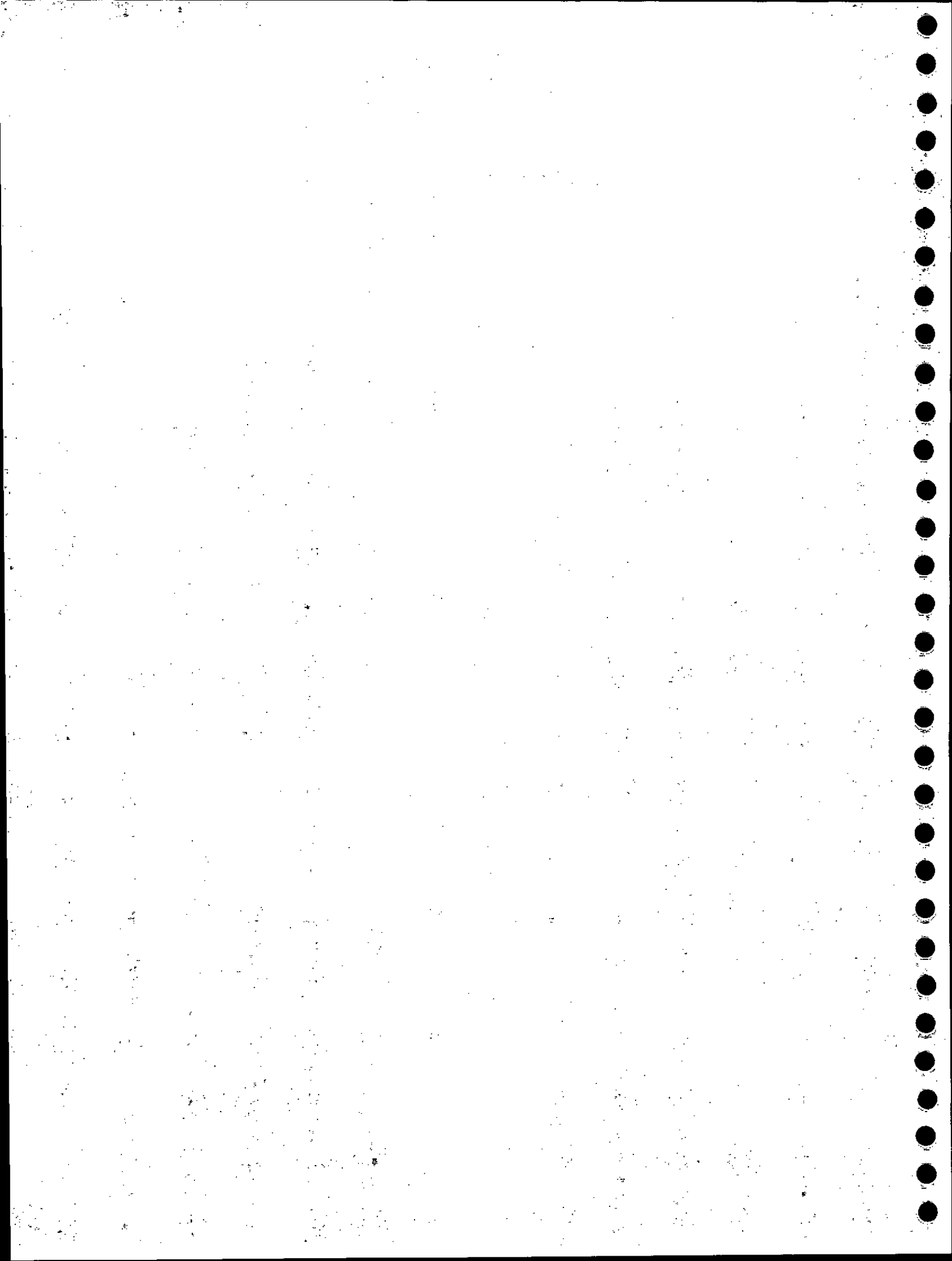
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual x

CÓDIGO E-07

FUENTE

Numerador: SIVIGILA Denominador: BDUA

26





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención en Sífilis y VIH Sida
Subdominio	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida

Nombre del indicador	Porcentaje de tamización para sífilis gestacional
Definición	Es el porcentaje de mujeres en estado de gestación que tienen toma de serología para sífilis.
Objetivo del indicador	Monitorea la capacidad de la entidad, territorio o aseguradora para detectar tempranamente mujeres con sífilis gestacional y la capacidad de dar respuesta oportuna y eficiente al control de eliminación de la enfermedad. Mide el impacto de las medidas de control de esta infección.

Formula de Cálculo	Cociente entre Total de mujeres en estado de gestación con toma de serología para sífilis y el Total de Mujeres en estado de Gestación en un periodo y territorio determinado
---------------------------	---

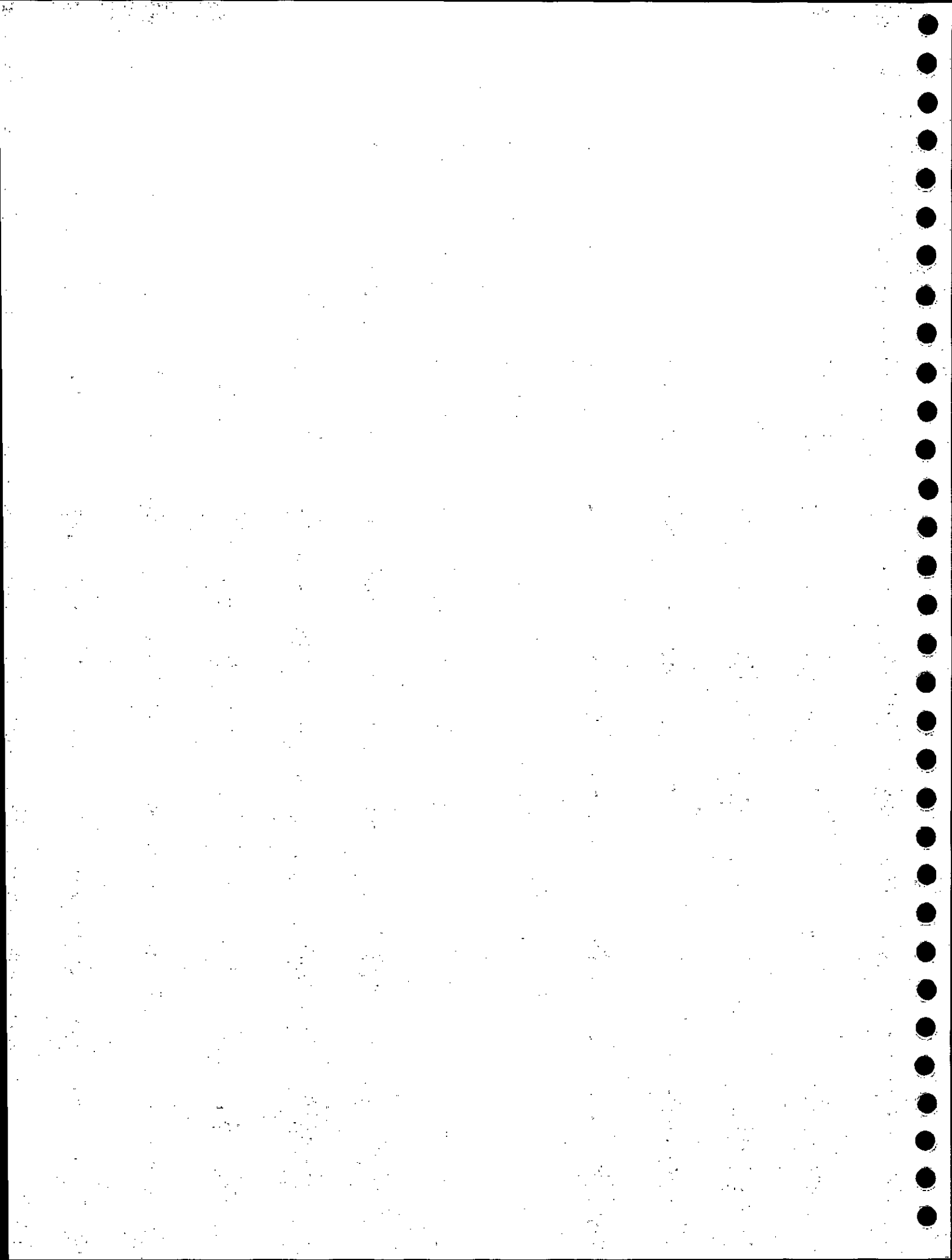
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total de mujeres en estado de gestación con toma de serología para sífilis	por 100	%
Denominador	Total de Mujeres en estado de Gestación		

Perioricidad: Mensual <input type="checkbox"/>	Bimestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input checked="" type="checkbox"/>
---	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	---

CÓDIGO E-08

FUENTE Resolución 4505 Numerador: 4505 Denominador: 4505

RP





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención en Sífilis y VIH Sida
Subdominio	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida

Nombre del indicador	Porcentaje de personas de 13 o más años en estadio SIDA al momento del diagnóstico
Definición	Expresa la proporción de casos con 13 o mas años de edad con estadio Sida al momento del diagnóstico en relación con los casos reportados.
Objetivo del indicador	Monitorear el funcionamiento de las estrategias para detección y diagnóstico temprano del VIH en adolescentes y adultos.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas con 13 o mas años con estadio Sida al momento del diagnóstico y el total de personas con 13 o mas años con VIH/SIDA al momento del diagnóstico.
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas con 13 o más años con estadio Sida al momento del diagnóstico	100	%
Denominador	Total de personas con 13 o mas años con VIH/SIDA al momento del diagnóstico.		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-09

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

88





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención en Sífilis y VIH Sida
Subdominio	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
Definición	Se define como el número de casos nuevos de sífilis congénita, entre los nacidos vivos en un periodo de tiempo.
Objetivo del indicador	Realizar un análisis periódico de la tendencia de la de incidencia de Sífilis Congénita permite determinar las áreas y poblaciones con mayor riesgo frente al evento, para definir y planear intervenciones frente al mismo.

Formula de Cálculo Cociente entre el número de casos nuevos de nacidos vivos con Sífilis Congénita y el número de nacidos vivos

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de casos nuevos de nacidos vivos con Sífilis Congénita	por 1.000 nacidos vivos	
Denominador	Total de nacidos vivos		

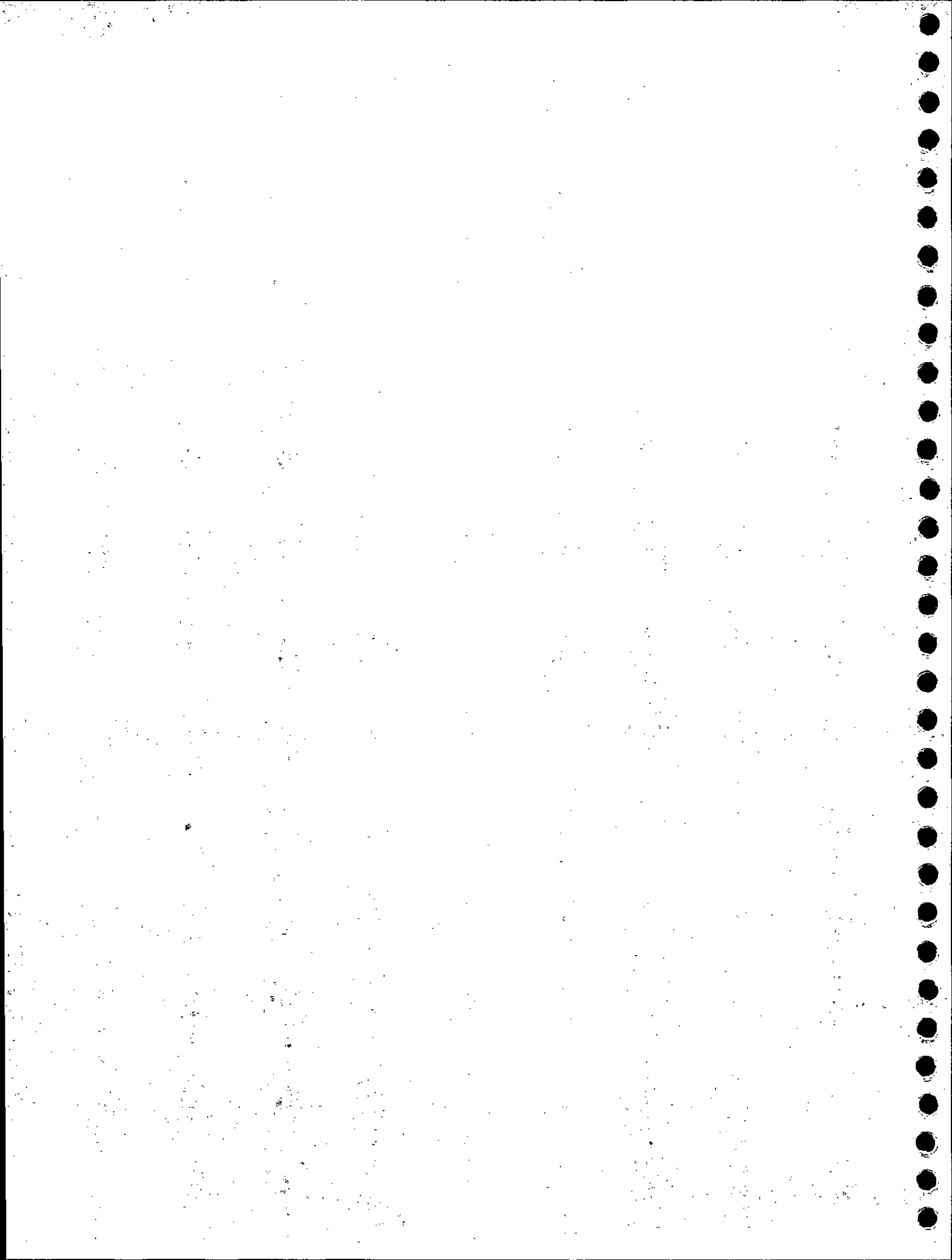
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-10

FUENTE

Numerador: SIVIGILA Denominador: RUAF-ND

100





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Atención en Sífilis y VIH Sida
Subdominio	Calidad de la atención en sífilis y VIH sida

Nombre del indicador	Porcentaje de personas viviendo con VIH/SIDA con indicación de Tratamiento Antirretroviral, que reciben Tratamiento Antirretroviral.
Definición	Expresa la proporción de casos con diagnóstico de VIH/Sida que recibe terapia antirretroviral en relación con los casos reportados con diagnóstico de VIH/Sida con indicación de TAR
Objetivo del indicador	Determinar que pacientes con diagnóstico de VIH/sida con indicación de TAR que tienen acceso a terapia antirretroviral

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas con diagnóstico de VIH/Sida que reciben TAR y el total de personas reportadas con éste diagnóstico con TAR indicada
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas con diagnóstico de VIH/Sida que reciben TAR	100	%
Denominador	Total de personas reportadas con diagnóstico de VIH y TAR indicada		

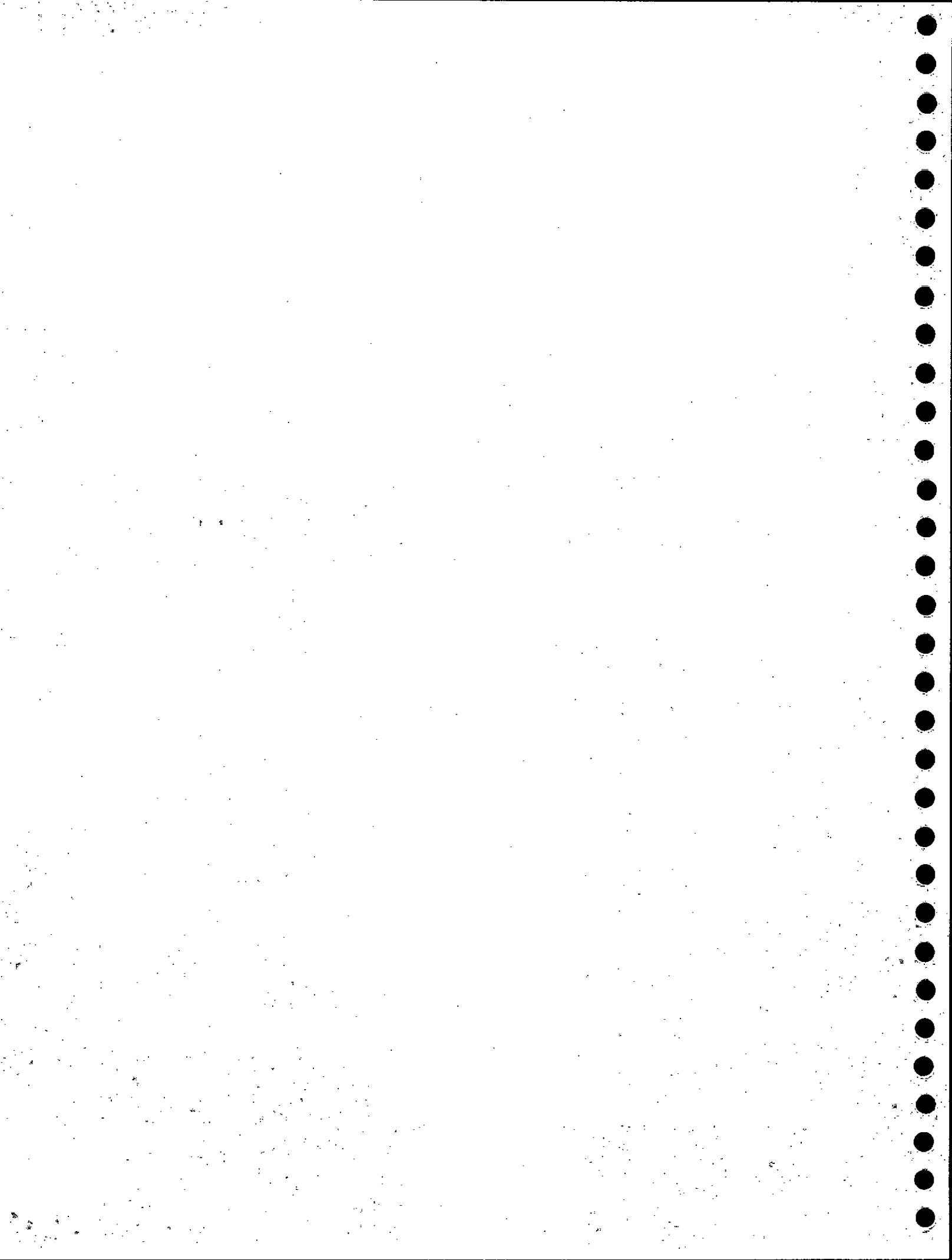
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-11

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

02





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Enfermedades transmitidas por vectores
Subdominio	Calidad de la atención en enfermedades transmitidas por vectores

Nombre del indicador	Letalidad por Dengue
Definición	Es la proporción de casos de Dengue (Dengue y Dengue Grave) que han fallecido en un determinado periodo de tiempo entre el número de casos de dengue grave.
Objetivo del indicador	Porcentaje de defunciones por dengue de las personas diagnosticadas con dengue grave. La letalidad es más sensible que los datos crudos de mortalidad o incluso que la tasa de mortalidad, ya que tiene en cuenta el número de casos graves de la enfermedad que está directamente relacionado con el número de muertos, entre más casos graves mayor probabilidad de morir tienen los pacientes. Permite comparaciones entre países.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de muertes por dengue grave y el número de casos de dengue grave
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de muertes por dengue grave	100	%
Denominador	Número de casos de dengue grave		

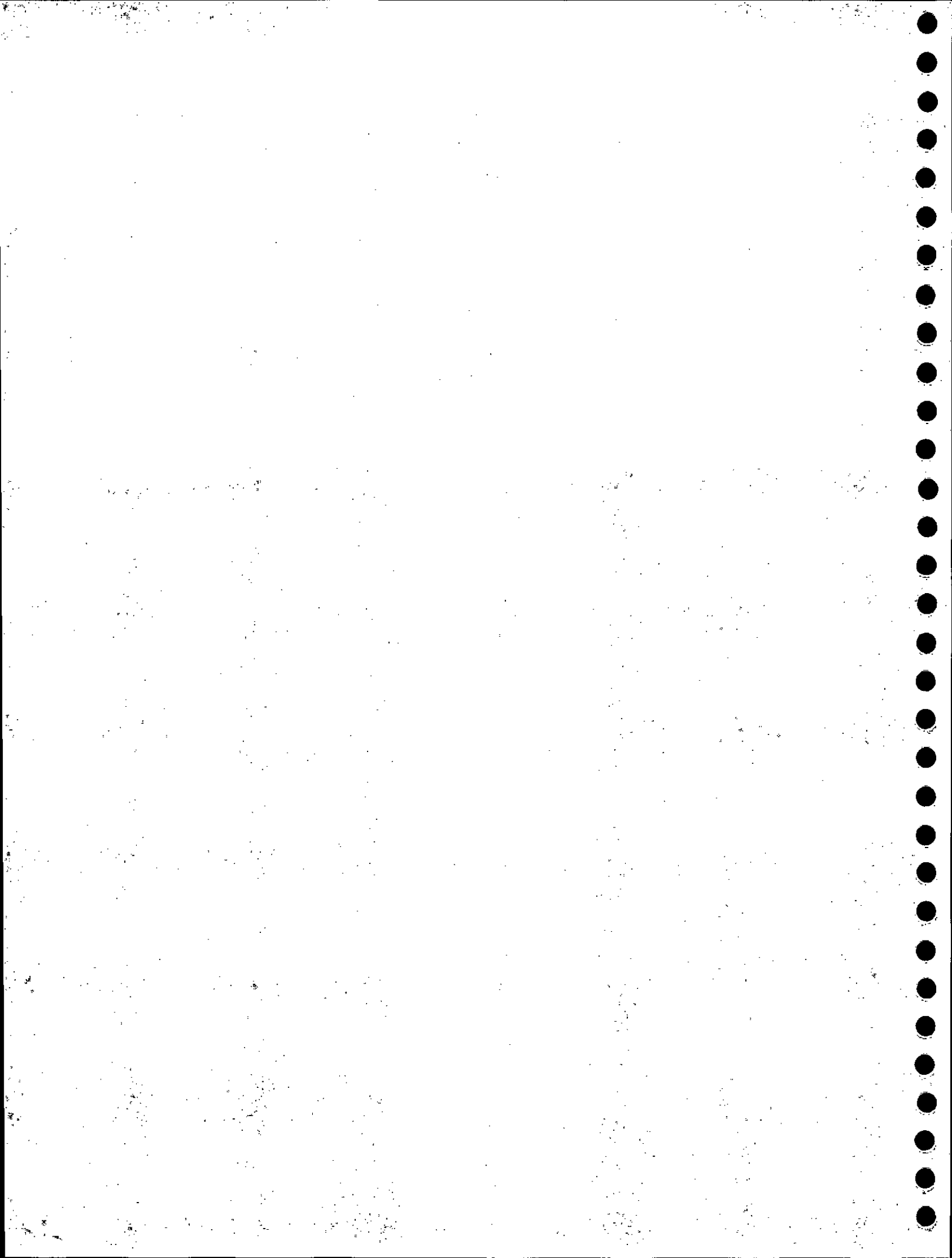
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-12

FUENTE

Numerador: SIVIGILA Denominador: SIVIGILA

03





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención x Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
Subdominio	Calidad de la atención en enfermedades cardiocerebrovasculares y metabólicas

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de Enfermedad Renal Crónica Estadio 5
Definición	Expresa la proporción de casos nuevos de enfermedad renal crónica estadio 5 frente a los pacientes reportados en cortes anteriores en relación con la población general.
Objetivo del indicador	Determinar los casos nuevos con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio 5.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de casos nuevos de enfermedad renal crónica estadio 5 frente a los pacientes reportados en cortes anteriores y la población general.
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de casos nuevos de enfermedad renal crónica estadio 5 en relación con los pacientes reportados en cortes pasados	100	%
Denominador	Total de la población general		

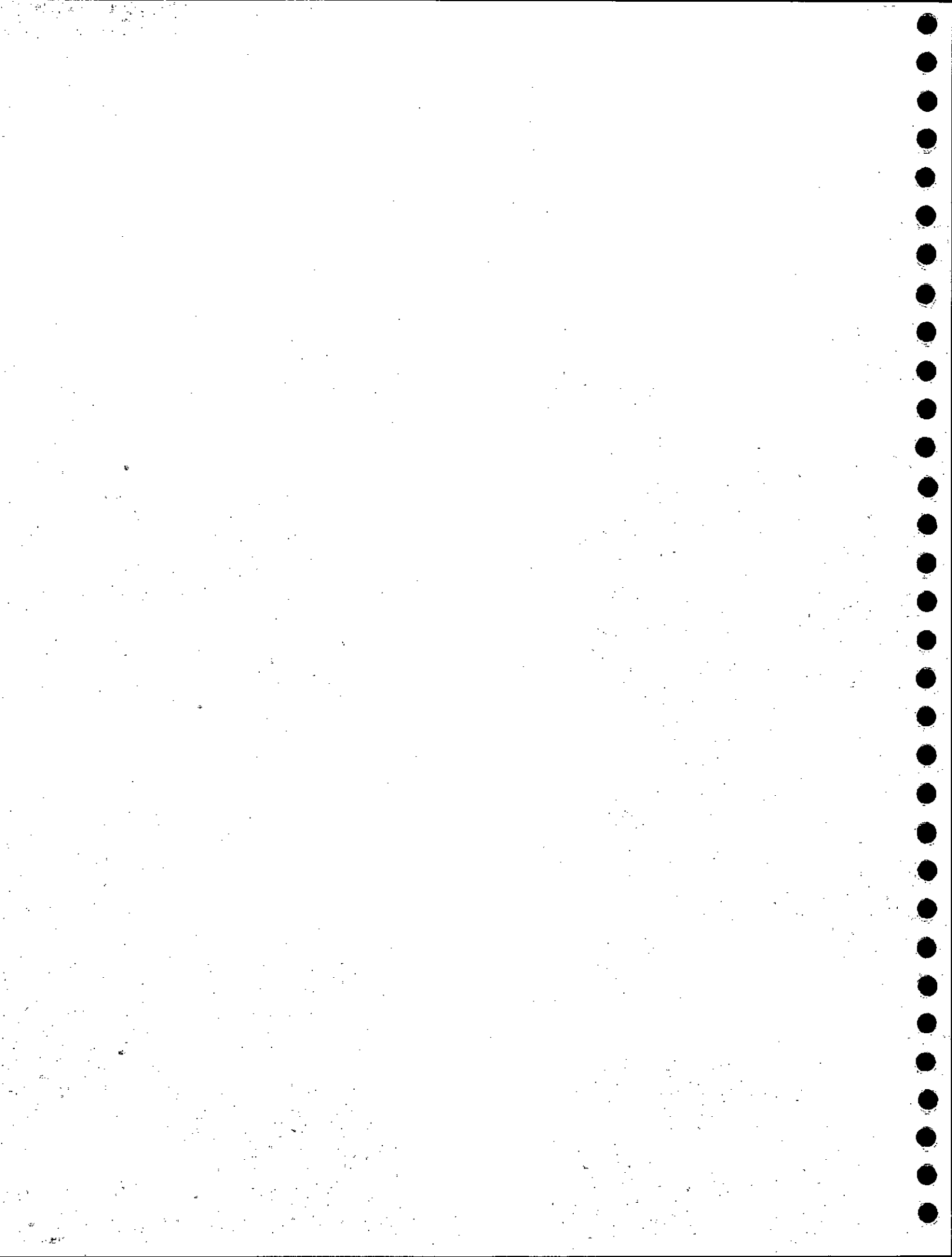
Perioidicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO E-13

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

84





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del riesgo
Subdominio	Calidad de la atención obstétrica

Nombre del indicador	Porcentaje de partos institucionales atendidos por profesional de la salud
Definición	Se define como la proporción de nacidos vivos cuyo parto fue atendido por médico o enfermera en una institución de salud habilitada.
Objetivo del indicador	Conocer el cubrimiento y accesibilidad a los servicios de salud en la atención al parto por parte del sistema de salud, teniendo en cuenta que el ideal debería ser el 100%.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de partos institucionales atendidos por médico o enfermera y el número nacidos vivos
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de partos institucionales atendidos por médico o enfermera	por 100 (%)	%
Denominador	Total de nacidos vivos		

Perioidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO | S-1

FUENTE

Numerador: RUAF-ND Denominador: RUAF-ND

05





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del riesgo
Subdominio	Calidad de la atención obstétrica

Nombre del indicador	Porcentaje de partos por cesárea
Definición	Mide la proporción de niños que nacen por vía quirúrgica (cesarea)
Objetivo del indicador	La cesárea se ha convertido en un procedimiento muy común (según la OMS, en 2007 Colombia fue el tercer país en el mundo con mayor proporción de cesáreas) y se asocia con aumento de los costos y los riesgos de complicaciones maternas y fetales, con relación al parto vaginal. La proporción de cesáreas no puede determinar el uso adecuado de los servicios, pero la variación de la proporción de realización de este procedimiento quirúrgico a través de las instituciones y las regiones sí puede lograrlo.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de nacidos vivos por cesárea y el número nacidos vivos
---------------------------	---

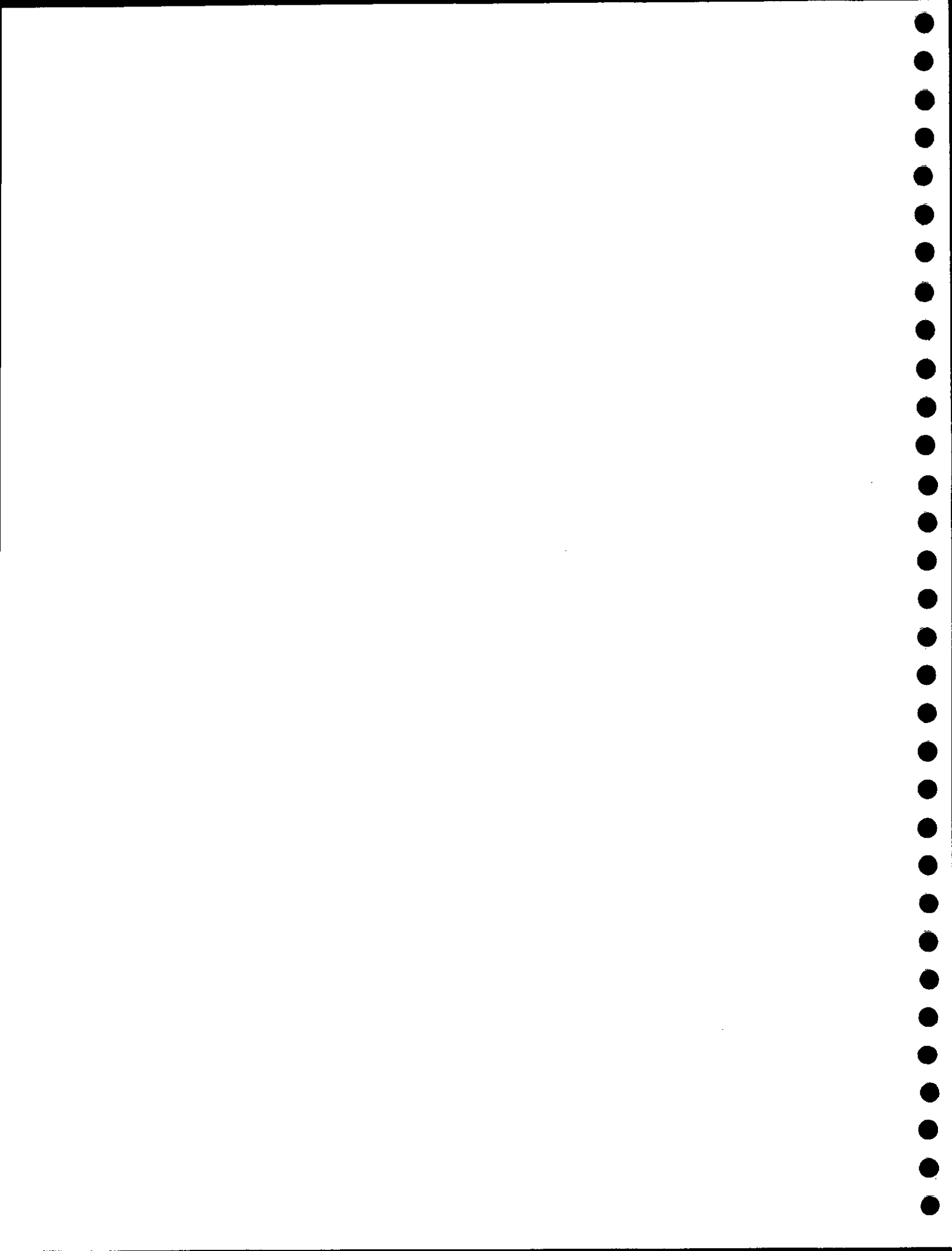
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de nacidos vivos por cesárea	por 100 (%)	%
Denominador	Total de nacidos vivos		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO | S-2

FUENTE

Numerador: RUAF-NDDenominador: RUAF-ND





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del riesgo
Subdominio	Calidad de la atención obstétrica

Nombre del indicador	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales
Definición	Se define como la proporción de nacidos vivos cuyas madres asistieron a cuatro o más controles prenatales durante su gestación.
Objetivo del indicador	Permite conocer el acceso al conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de nacidos vivos cuyas madres recibieron 4 o más consultas de control prenatal y el número de nacidos vivos
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	número de nacidos vivos que recibieron 4 o más controles prenatales	por 100 (%)	%
Denominador	Total de nacidos vivos		

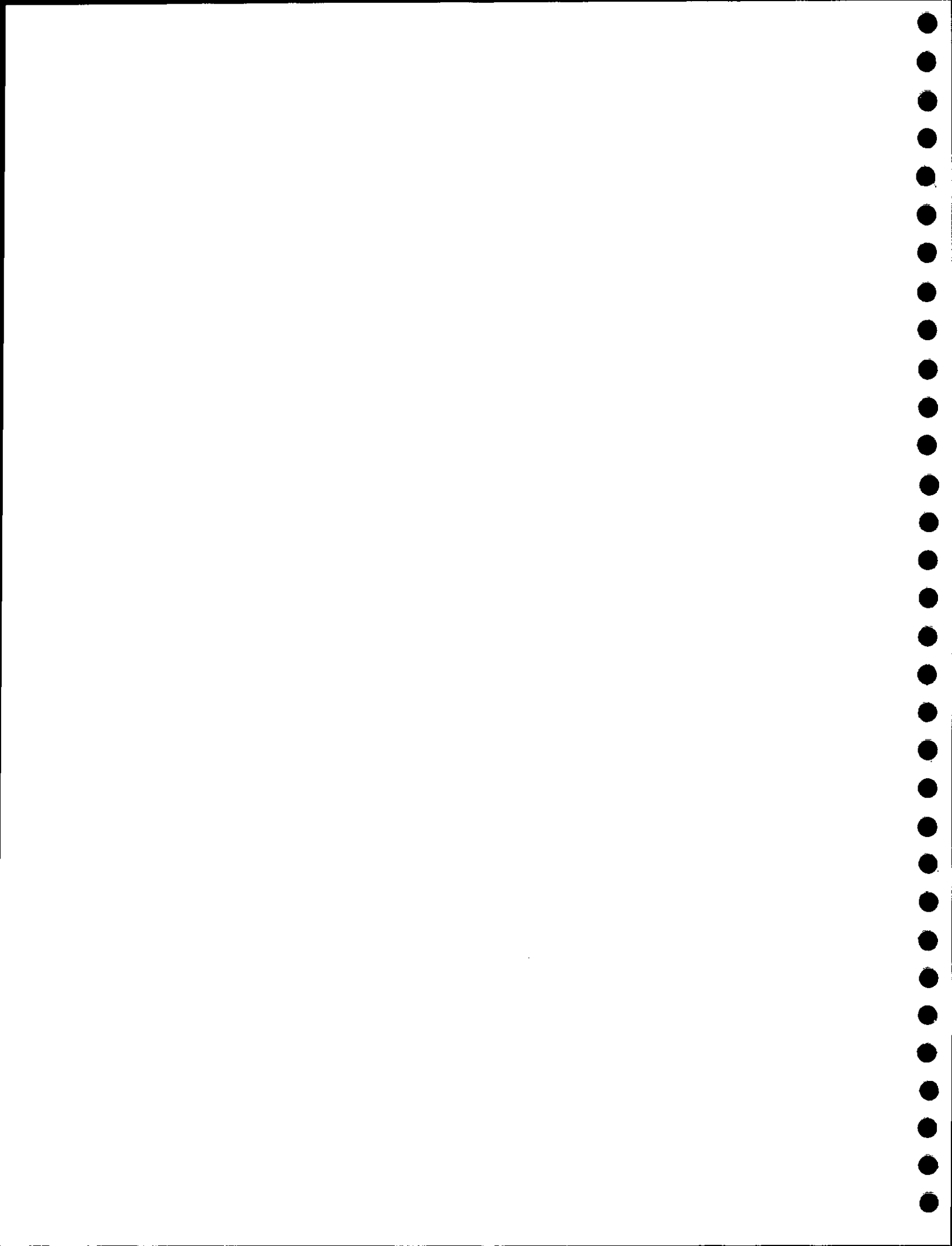
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-03

FUENTE

Numerador: RUAF-NDDenominador: RUAF-ND

007





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del riesgo
Subdominio	Calidad de la atención obstétrica

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

Formula de Cálculo Cociente entre Total de mujeres en estado de gestación con toma de elisa para VIH y el Total de Mujeres en estado de Gestación en un período y territorio determinado

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Total de mujeres en estado de gestación con toma de elisa para VIH	por 100 (%)	%
Denominador	Total de Mujeres en estado de Gestación		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

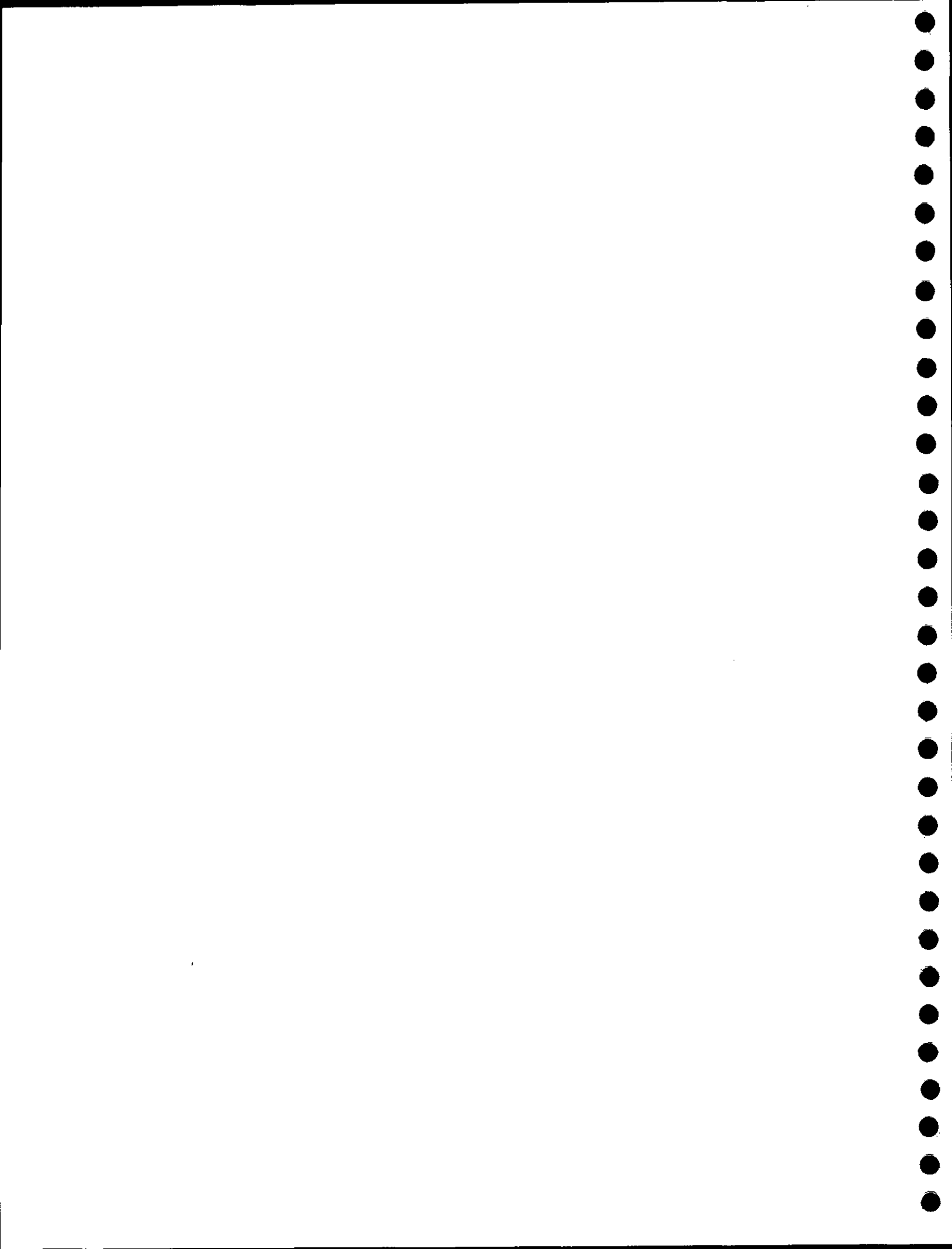
CÓDIGO S-04

FUENTE

Resolución 4505 Numerador: 4505

Denominador: 4505

88





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del Riesgo
Subdominio	Calidad de la atención en el paciente diabético e hipertenso

Nombre del indicador	Captación de pacientes con Diabetes Mellitus.
Definición	Expresa la proporción de casos captados con respecto a los casos esperados con diagnóstico de diabetes mellitus
Objetivo del indicador	Monitorear el funcionamiento de las estrategias para la captación de pacientes con patologías precursoras en de enfermedad renal crónica con el fin de lograr identificar la prevalencia esperada para el país.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas captadas con diagnóstico de diabetes mellitus y el total de personas esperadas con éste diagnóstico
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas captadas con diagnóstico de diabetes mellitus	100	%
Denominador	Total de personas esperadas con diagnóstico de diabetes mellitus		

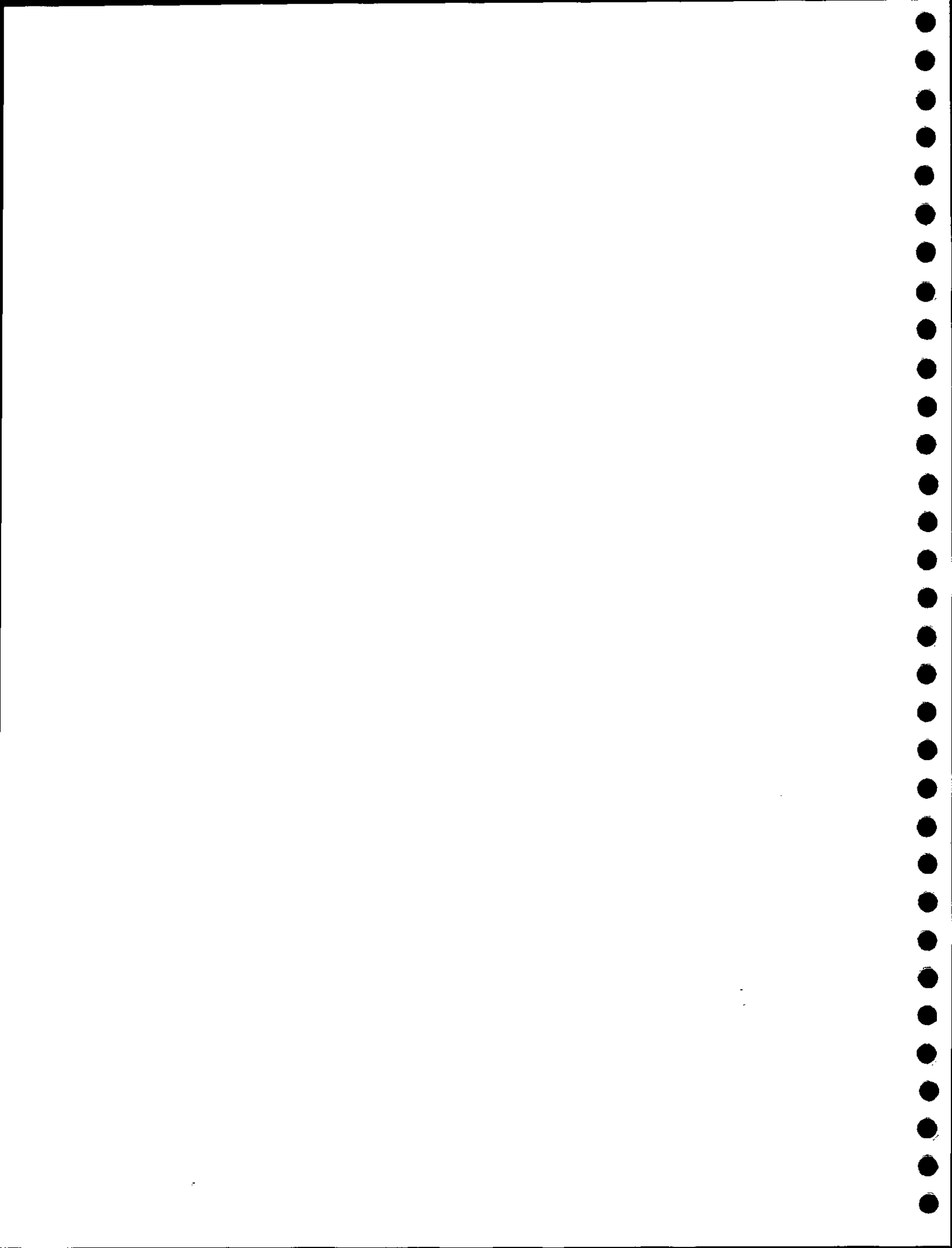
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-05

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

20





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del Riesgo
Subdominio	Calidad de la atención en el paciente diabético e hipertenso

Nombre del indicador	Porcentaje personas con Diabetes Mellitus estudiadas y clasificadas.
Definición	Expresa la proporción de casos con diagnóstico de diabetes mellitus estudiados para enfermedad renal crónica en relación con los casos reportados
Objetivo del indicador	Monitorear el funcionamiento de las estrategias para la detección, diagnóstico y clasificación de la enfermedad renal crónica en pacientes con diagnóstico de patologías precursoras de la enfermedad.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de diabetes mellitus y el total de personas reportadas con éste diagnóstico
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de diabetes mellitus	100	%
Denominador	Total de personas reportadas con diagnóstico de diabetes mellitus		

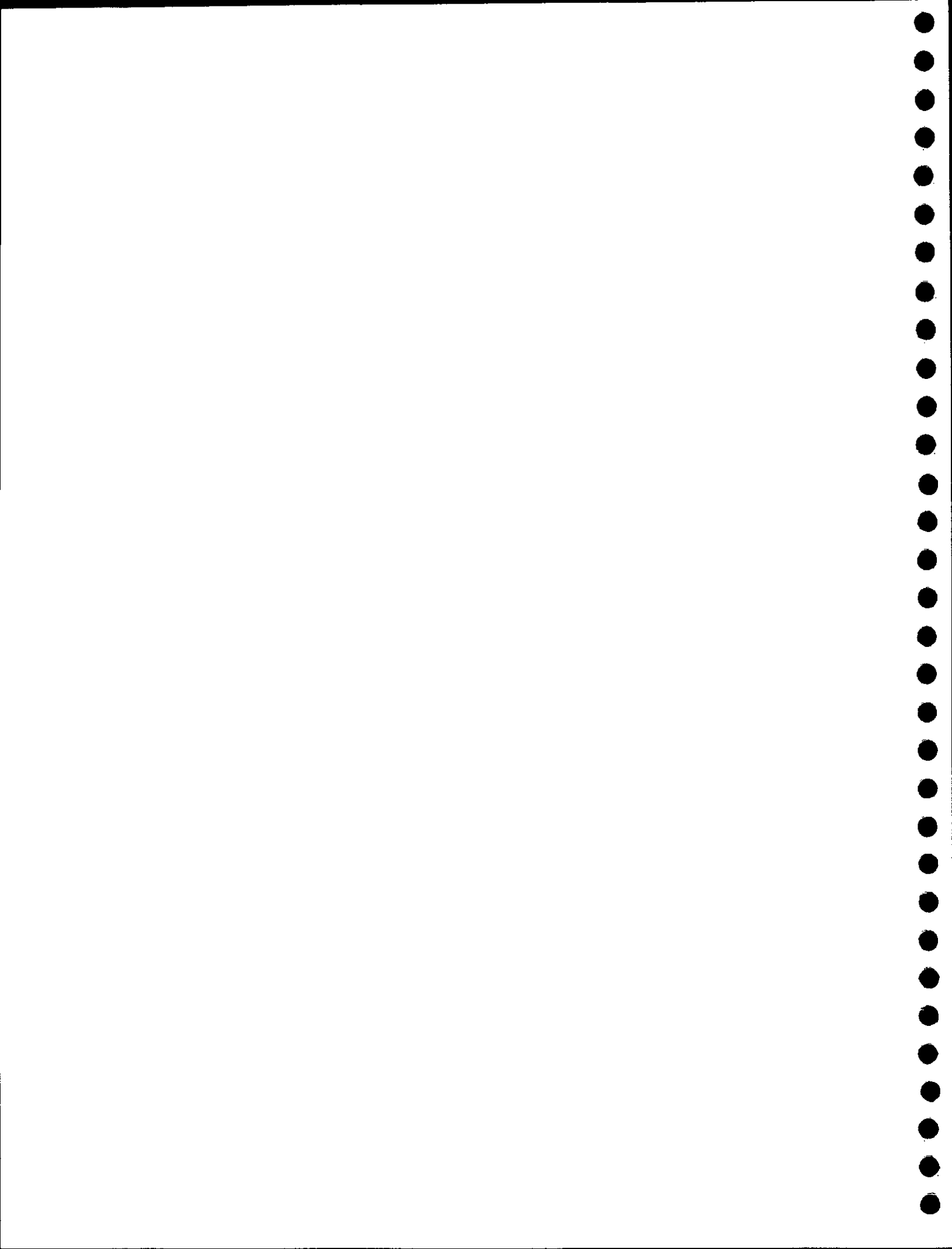
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-06

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

00





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del Riesgo
Subdominio	Calidad de la atención en el paciente diabético e hipertenso

Nombre del indicador	Captación de pacientes con Hipertensión Arterial.
Definición	Expresa la proporción de casos captados con respecto a los casos esperados con diagnóstico de hipertensión arterial
Objetivo del indicador	Monitorear el funcionamiento de las estrategias para la captación de pacientes con patologías precursoras en enfermedad renal crónica con el fin de lograr identificar la prevalencia esperada para el país.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas captadas con diagnóstico de hipertensión arterial y el total de personas esperadas con éste diagnóstico
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas captadas con diagnóstico de hipertensión arterial	100	%
Denominador	Total de personas esperadas con diagnóstico de hipertensión arterial		

Períodicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-07

FUENTE Cuenta de Alto Costo





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del Riesgo
Subdominio	Calidad de la atención en el paciente diabético e hipertenso

Nombre del indicador	Porcentaje de personas con Hipertensión Arterial estudiadas y clasificadas.
Definición	Expresa la proporción de casos con diagnóstico de hipertension arterial estudiados para enfermedad renal crónica en relación con los casos reportados
Objetivo del indicador	Monitorear el funcionamiento de las estrategias para la detección, diagnóstico y clasificación de la enfermedad renal crónica en pacientes con diagnóstico de patologías precursoras de la enfermedad.

Formula de Cálculo	Cociente entre el número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de hipertensión arterial y el total de personas reportadas con este diagnóstico
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de personas estudiadas para enfermedad renal crónica con diagnóstico de hipertensión arterial	100	%
Denominador	Total de personas reportadas con diagnóstico de hipertensión arterial		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-08

FUENTE

Cuenta de Alto Costo

92





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Gestión del evento adverso
Subdominio	Calidad de la atención intrahospitalaria

Nombre del indicador	Tasa de Infección Intrahospitalaria
Definición	Expresa la tasa de infección intrahospitalaria en servicios hospitalarios, con excepción de la UCI
Objetivo del indicador	Calcular la tasa de infección intrahospitalaria de pacientes hospitalizados sin incluir la UCI(Unidad de Cuidado Intensivo)

Formula de Cálculo	Cociente entre el número e pacientes con infección intrahospitalaria general. No incluye UCI/Número de pacientes hospitalizados general. No incluye UCI
---------------------------	---

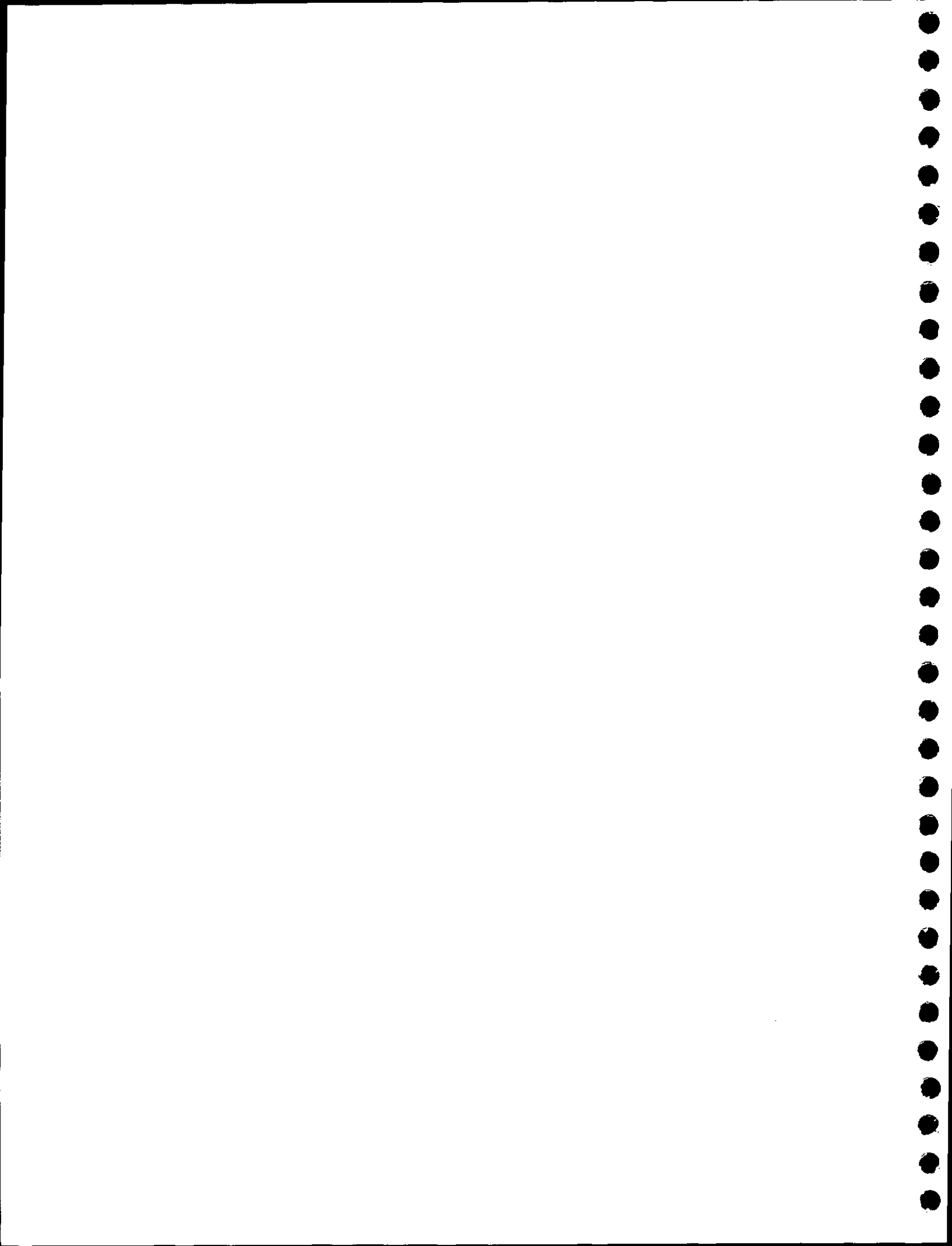
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Número de pacientes con infección intrahospitalaria general. No incluye UCI		por 100 (%)
Denominador	Número de pacientes hospitalizados general. No incluye UCI		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO S-09

FUENTE Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

23





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta Medicina General
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de cita para Medicina General
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Medicina General

Formula de Cálculo	Cociente entre: la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica general y la fecha para la cual es asignada la cita) y el número total de consultas médicas generales asignadas en la entidad
---------------------------	--

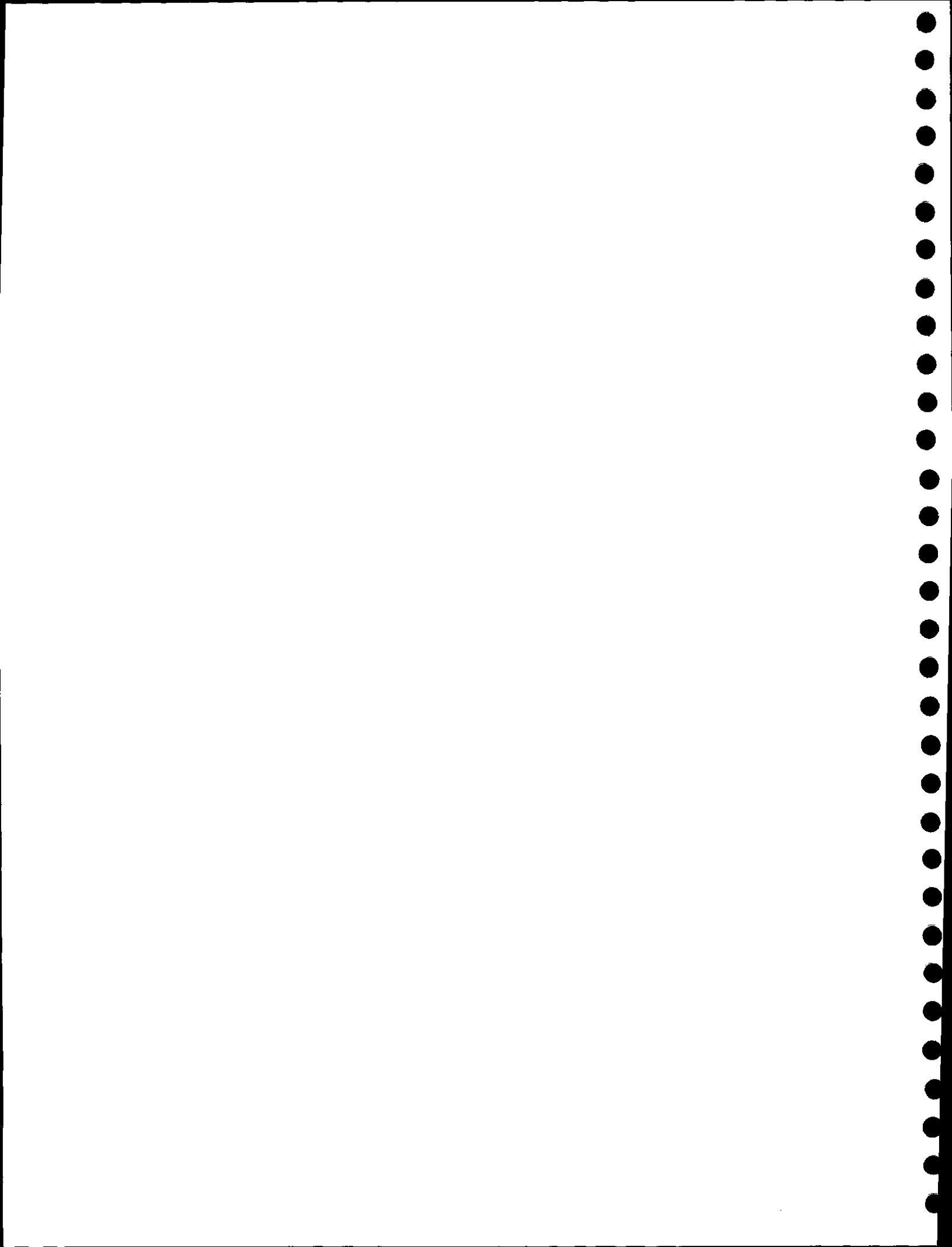
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica general y la fecha para la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas médicas generales asignadas en la entidad		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-01

FUENTE Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

04





MinSalud
Ministerio de Salud
y Promoción Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta médica especializada - Medicina Interna
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Medicina Interna
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Medicina Interna

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - medicina interna y la fecha en la cual es asignada la cita) y el número total de consultas médicas especializadas-medicina interna asignadas en la entidad
---------------------------	--

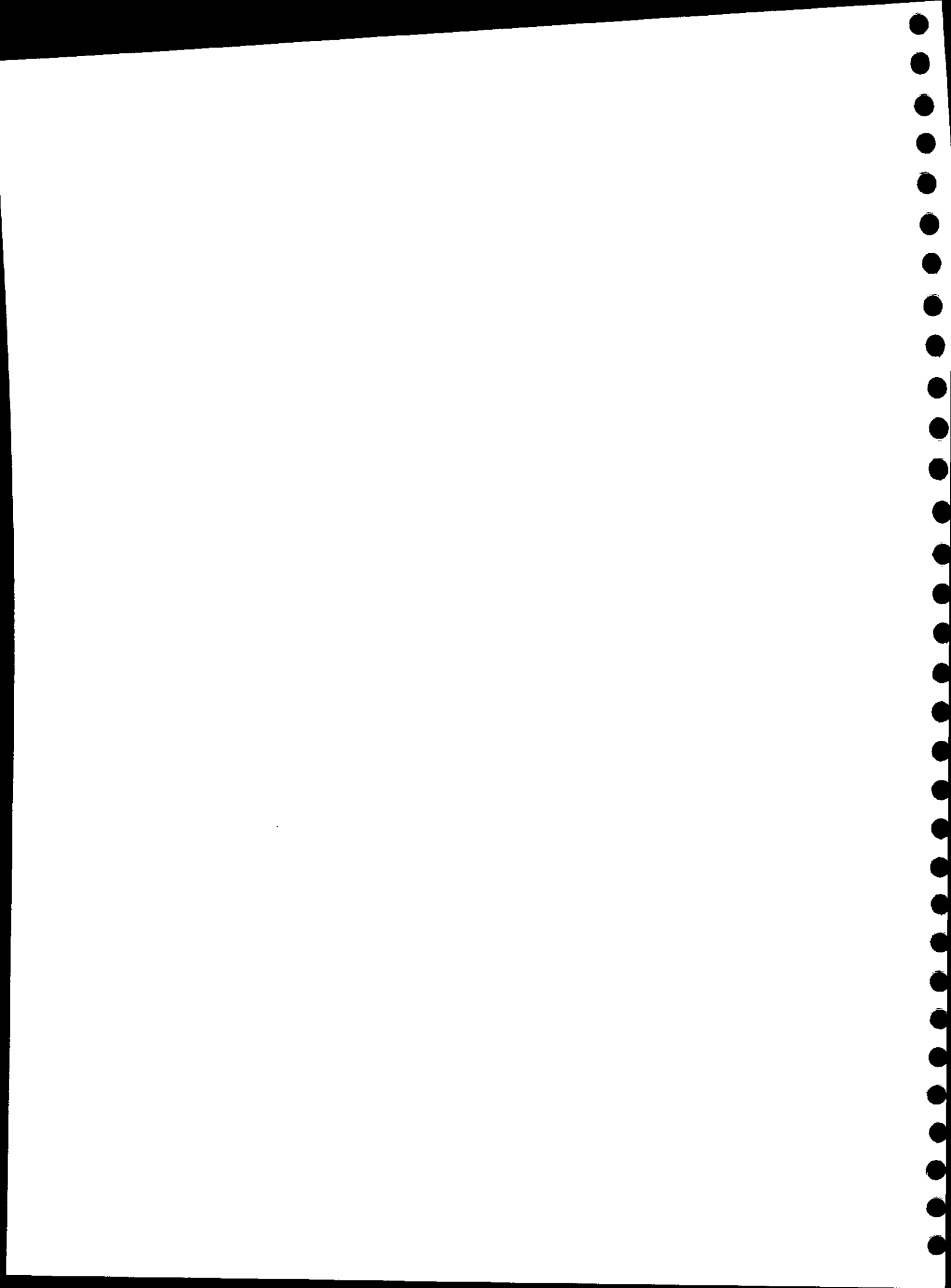
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - medicina interna y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas medicas especializadas-medicina interna asignadas en la entidad		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-02

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta médica especializada - Ginecología
Definición	Promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Ginecología
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Ginecología

Formula de Cálculo	Cociente entre : (lasumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - ginecología y la fecha en la cual es asignada la cita) y Número total de consultas medicas especializadas-ginecología asignadas en la entidad
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - ginecología y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas medicas especializadas-ginecología asignadas en la entidad		

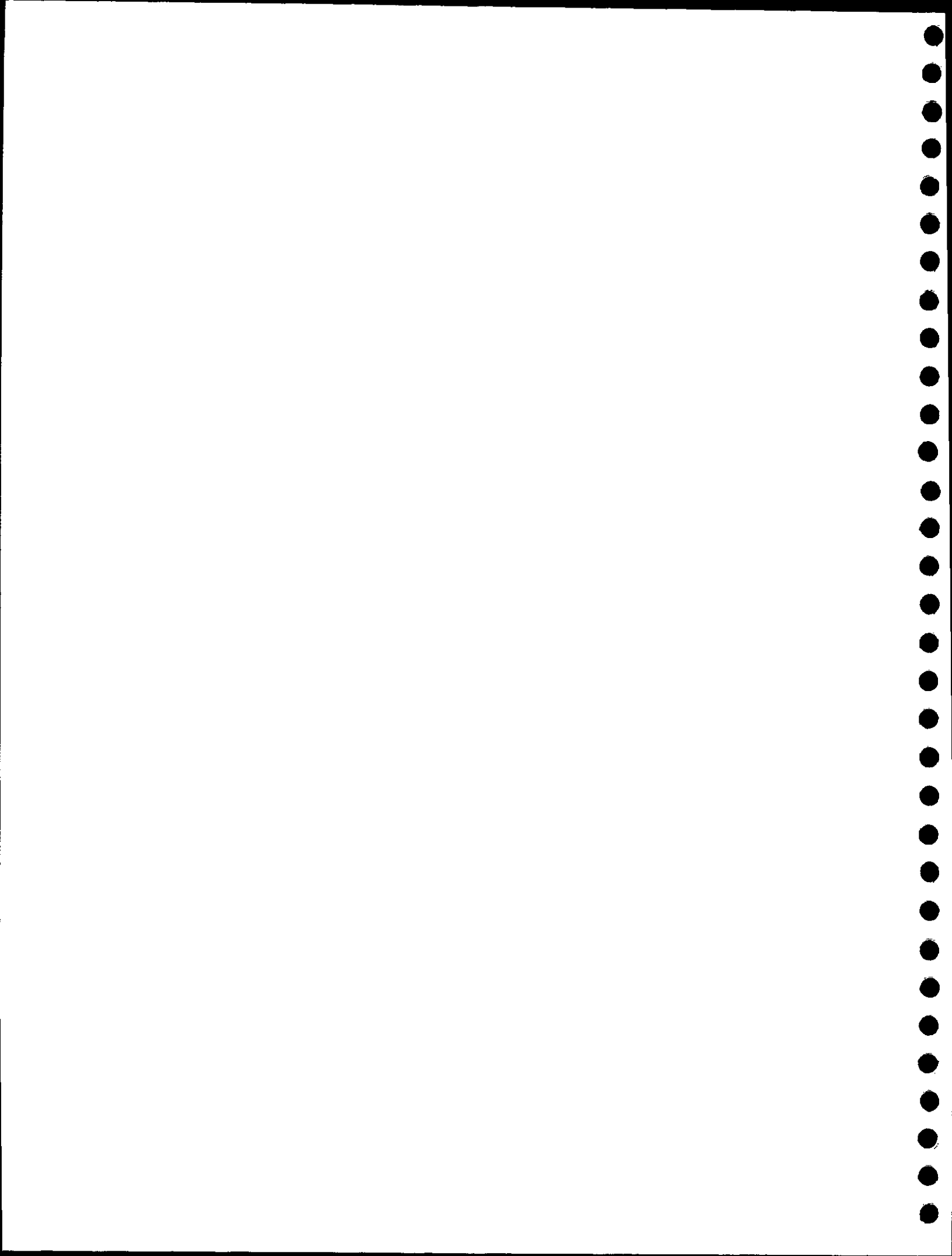
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-03

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

26





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta médica especializada - Obstetricia
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Medicina Interna
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Obstetricia

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada -Obstetricia y la fecha en la cual es asignada la cita) y Número total de consultas medicas especializadas-Obstetricia asignadas en la entidad
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - Obstetricia y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas medicas especializadas-Obstetricia asignadas en la entidad		

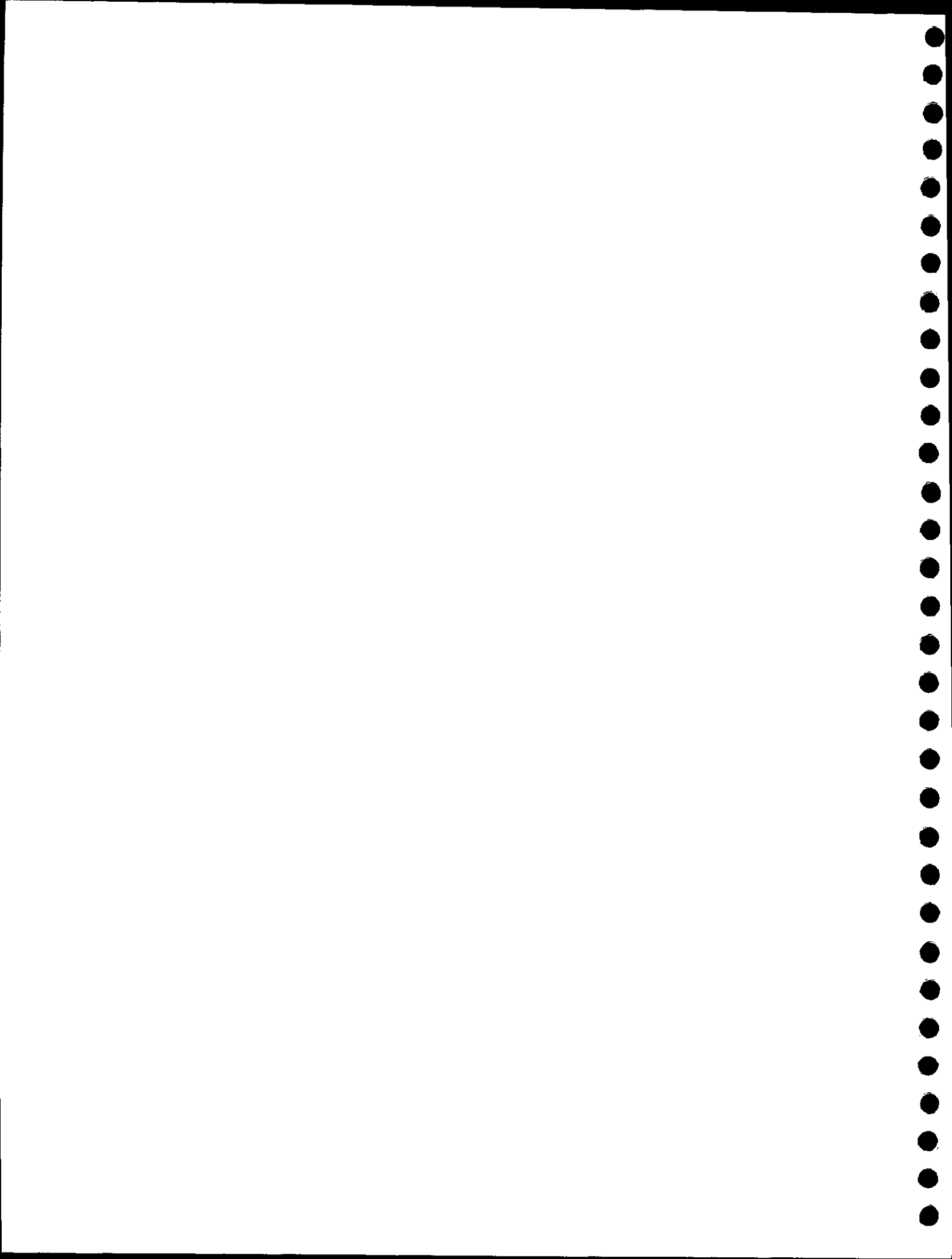
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-04

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

40





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta médica especializada - Pediatría
Definición	Promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Pediatría
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Pediatría

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada -Pediatría y la fecha en la cual es asignada la cita) y Número total de consultas medicas especializadas-Pediatría asignadas en la entidad
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - Pediatría y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas medicas especializadas-Pediatría general asignadas en la entidad		

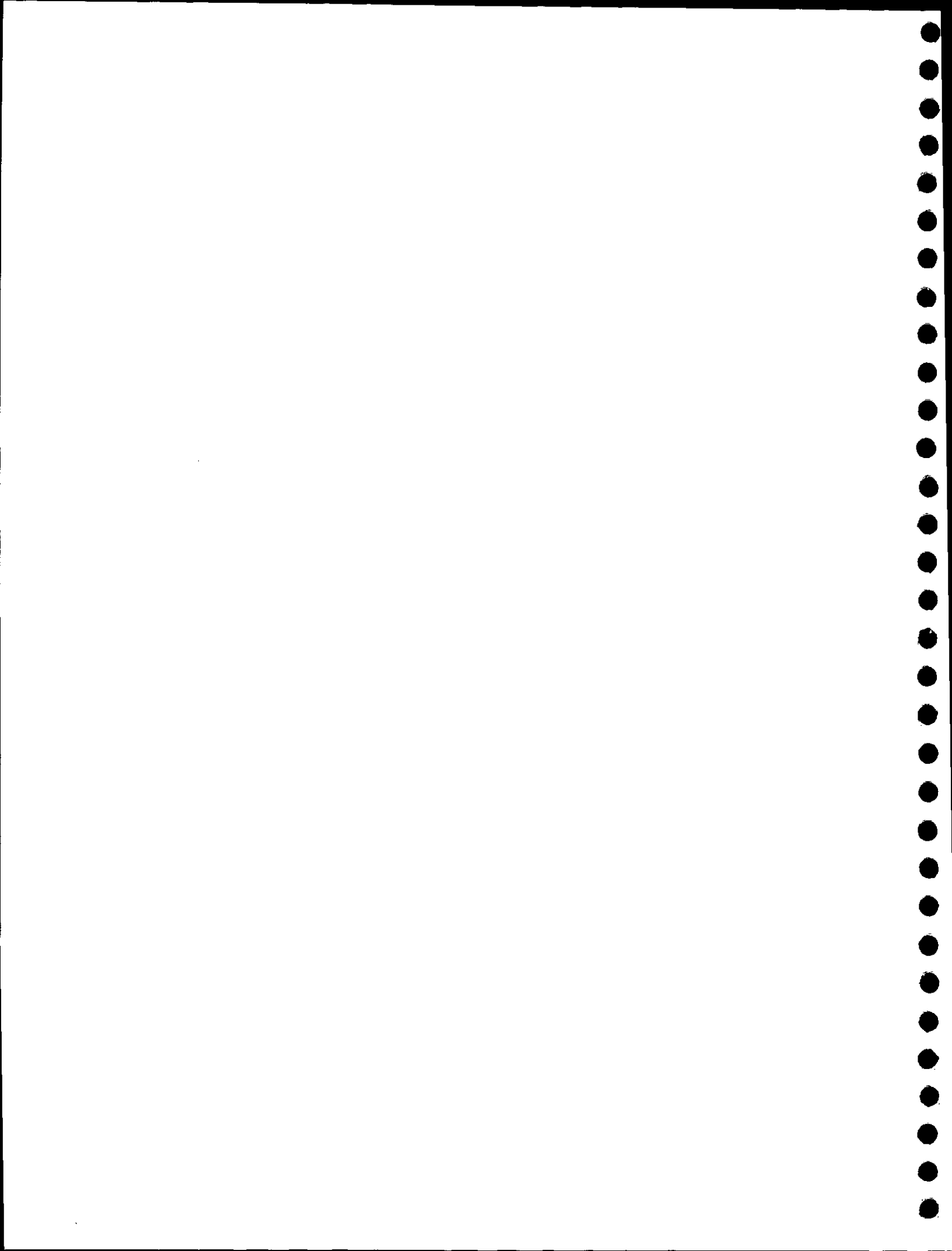
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-05

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

2/3





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en consulta médica especializada - Cirugía General
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Cirugía General
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Cirugía General

Formula de Cálculo	Cociente entre: (Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - Cirugía General y la fecha en la cual es asignada la cita)/Número total de consultas medicas especializadas-Cirugía General asignadas en la entidad
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta medica especializada - Cirugía General y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas medicas especializadas-Cirugía General asignadas en la entidad		

Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-06

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

95





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de consulta de odontología general
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la asignación de citas para Odontología General
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sea asignada una consulta de Odontología General

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha en la cual es asignada la cita)/Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la entidad
---------------------------	--

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita primera vez o prioritaria para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha en la cual es asignada la cita		Días
Denominador	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la entidad		

Periodicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-07

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

100





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera de servicios de imagenología y diagnóstico general Radiología Simple
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la realización de Imágenes Diagnósticas de Radiología Simple
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sean realizados los exámenes diagnósticos general de Radiología Simple

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de primera vez o prioritaria de imagenología -radiología simple y el momento en el cual es prestado el servicio)/Total de atenciones en servicios de imagenología - radiología simple
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de primera vez o prioritaria de imagenología -radiología simple y el momento en el cual es prestado el servicio		Días
Denominador	Total de atenciones en servicios de imagenología - radiología simple		

Perioricidad: Mensual <input type="checkbox"/> Bimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input checked="" type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

CÓDIGO A-08

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

100
100





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera de servicios de imagenología y diagnóstico especializado TAC(Tomografía Axial Computarizada)
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la realización de exámenes de imagenología y Diagnóstico Especializado TAC
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sean realizados los exámenes exámenes de imagenología y Diagnóstico Especializado TAC

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de primera vez o prioritaria de imagenología -TAC y el momento en el cual es prestado el servicio)/Total de atenciones en servicios de imagenología - TAC
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de primera vez o prioritaria de imagenología -TAC y el momento en el cual es prestado el servicio		Días
Denominador	Total de atenciones en servicios de imagenología - TAC		

Periodicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-09

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

Handwritten initials/signature





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera Toma de muestras Laboratorio Básico
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la realización de Laboratorios Clínicos Básicos
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente para que le sean realizados los exámenes de Laboratorios Clínicos Básicos requeridos

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y el momento en que se genera el resultado del examen)/Total de atenciones en servicios de muestras de laboratorio
---------------------------	--

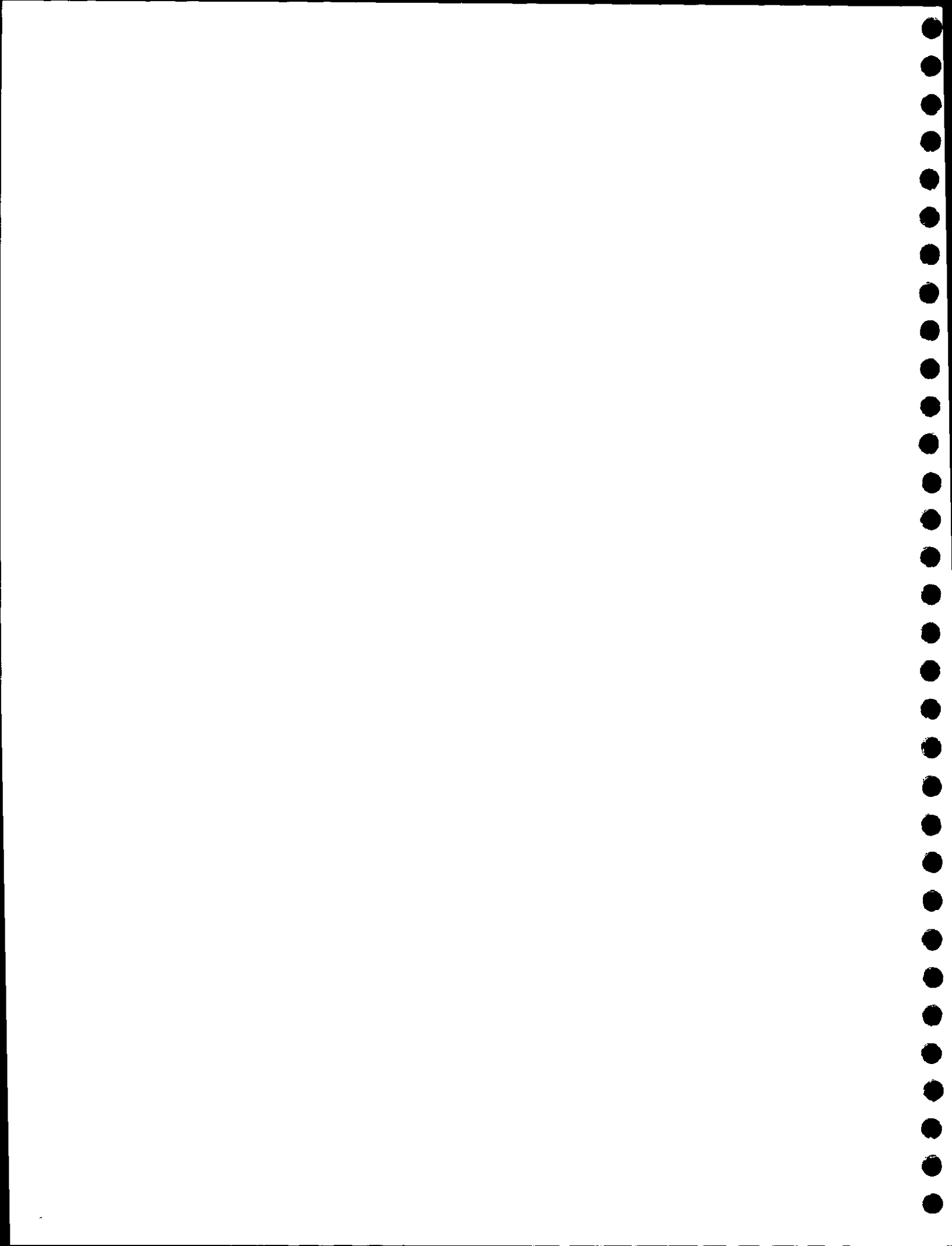
Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de muestra de laboratorio y el momento en que se genera el resultado del examen		Días
Denominador	Total de atenciones en servicios de muestras de laboratorio		

Periodicidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO | A-10

FUENTE | Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

18/05





MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

FICHA TÉCNICA INDICADORES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

I. IDENTIFICACIÓN DEL INDICADOR

Dimensión: Efectividad de la atención Seguridad de la atención Atención centrada en el paciente

Dominio	Tiempos de espera
Subdominio	Calidad de la atención en consultas y procedimientos diagnósticos

Nombre del indicador	Tiempo de espera en la Realización de Cirugía General Programada
Definición	Expresa el promedio de tiempo de espera de los pacientes, para la realización de la cirugía programada
Objetivo del indicador	Calcular los días promedio de espera que tiene un paciente p para la realización de la cirugía programada

Formula de Cálculo	Cociente entre: (la sumatoria del Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía)/Número de cirugías programadas realizadas en el período
---------------------------	---

Fórmula del indicador		Factor	Unidad de medida
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía		Días
Denominador	Número de cirugías programadas realizadas en el período		

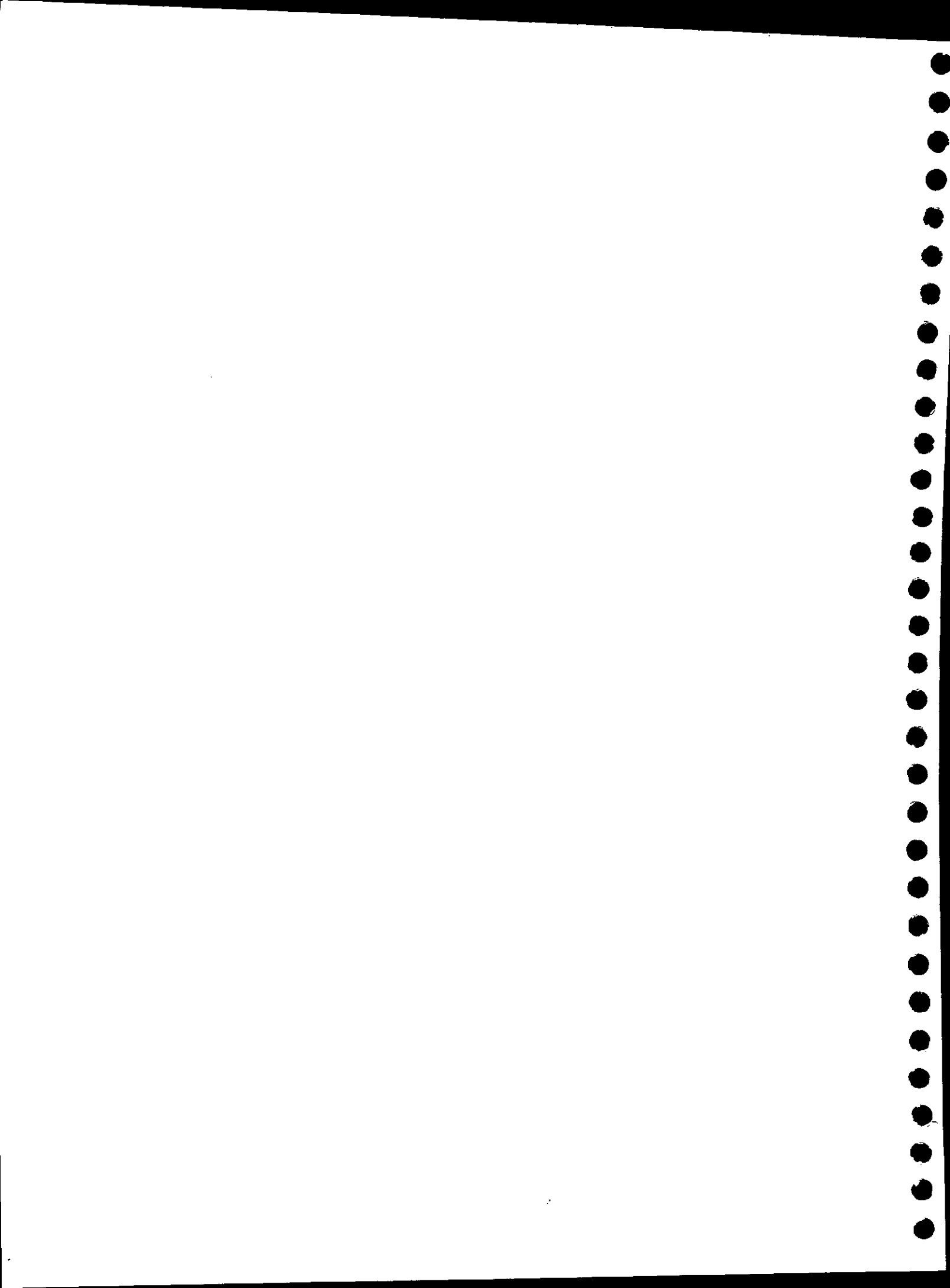
Perioricidad: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

CÓDIGO A-11

FUENTE

Sistema de Inteligencia de Negocios-SNS

28/10/14





10 ANEXOS No. 2: Análisis de concentración intra-departamental en Colombia, 2014

Sí se quiere profundizar sobre el análisis de concentración intra departamental de ocho indicadores de salud: mortalidad materna, mortalidad infantil, bajo peso al nacer, incidencia de sífilis congénita, mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda(EDA), mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99), mortalidad por neoplasias (C00-D48) y mortalidad por las demás causas con agrupación de la lista 6/67, con cuatro determinantes sociales de la salud: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) como proxy de pobreza, y con porcentaje de urbanismo, se puede consultar el CD anexo.

25
100

