



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Supersalud 

# Ordenamiento de EPS: Siguiendo la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y el Auto 260 del 16 de noviembre de 2012

---

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

DICIEMBRE 20 DE 2012



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



## **Tabla de contenido**

Introducción .....	3
Metodología .....	5
Resultado del Ordenamiento .....	11
Discusión sobre implicaciones de la publicación del ordenamiento .....	13
ANEXO 1 – Ficha Técnica de los Indicadores.....	20



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

**Supersalud**

## Introducción

En cumplimiento de la orden 20 de la Sentencia T760 de 2008 y del Auto 260 del 16 de noviembre de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud se permiten poner a disposición de la Corte Constitucional, la Procuraduría General de la Nación y la Defensoría del Pueblo el resultado del ordenamiento de Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y subsidiado.

El ordenamiento que se presenta busca medir y evaluar las entidades que incurren en “prácticas violatorias del derecho a la salud” según lo ha señalado la Corte Constitucional. Para ello se ha recurrido a diversas fuentes de información existentes en el sector, entre las cuales se incluyen los registros administrativos reportados por las mismas entidades, las preguntas, quejas y reclamos de los usuarios registradas ante la Superintendencia Nacional de Salud, la encuesta de evaluación de servicio y el estudio de tutelas que se está realizando por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Con base en este ordenamiento, se busca contribuir a garantizar el acceso a la información para que los usuarios del sistema puedan ejercer el goce efectivo de su derecho a la libre escogencia. El Ministerio de Salud y Protección Social considera que este ordenamiento es complementario al Sistema de Evaluación de Actores del sector salud que genera información sobre el desempeño de EPS, IPS y Entidades Territorial. Con estos dos instrumentos los ciudadanos tendrán una mejor comprensión del alcance de los servicios, desde la perspectiva de las negaciones –tema fundamental en este ordenamiento- y desde las otras dimensiones del desempeño de las EPS e IPS.

El ordenamiento ha sido diseñado para darle un estricto cumplimiento a los catorce parámetros enunciados en el numeral 3.5 de la parte motiva del auto 260, los cuales, para mayor claridad son transcritos a continuación:

“El Ministerio de Salud y Protección Social así como la Superintendencia Nacional de Salud, con la finalidad de garantizar el derecho a la información y a la libre escogencia de los usuarios del sistema, deberán realizar de manera conjunta un ranking en el que identifiquen tanto las Entidades Promotoras de Salud como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS o que se requieran con necesidad, bajo los parámetros señalados en los capítulos 4° y 8° de la sentencia T-760 de 2008, los cuales fueron reiterados en el Auto 044 de 2012, puntualmente, el ranking realizado en cumplimiento a esta providencia



deberá evaluar obligatoriamente, sin perjuicio de lo dispuesto por el Gobierno Nacional, los siguientes parámetros:

1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.
2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.
3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.
4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.
5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.
6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.
7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.
8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aún cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.
9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.
10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.
11. Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar



- existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.
12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.
  13. Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.
  14. Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.”

Los parámetros enunciados están relacionados fundamentalmente a negaciones de servicios, tanto aquellos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, como servicios que no están en el Plan Obligatorio de Salud, pero que a criterio del médico tratante son requeridos con necesidad. Adicionalmente, varios de los parámetros involucran el criterio de oportunidad. Es decir, no basta con autorizar un servicio, sino que se debe contemplar la oportunidad de la autorización para garantizar el goce efectivo del derecho. En los casos en que se deben medir las negaciones, así como la oportunidad del servicio, se incluyen indicadores adicionales que captan con mayor sensibilidad ambos aspectos del derecho.

El documento se divide en tres secciones. En la primera se describe la metodología que se utilizó en la construcción del presente ordenamiento, incluyendo las fichas técnicas de cada indicador. En la segunda sección se presentan los resultados del ordenamiento. En la tercera sección se presenta una discusión sobre las implicaciones que tiene la publicación del ordenamiento.

## **Metodología**

En esta sección se describen los indicadores utilizados para operacionalizar los parámetros definidos por la Corte Constitucional y se presenta la metodología empleada para la construcción del ordenamiento.

### **a. Indicadores seleccionados para evaluar cada parámetro**

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud realizaron un barrido de las fuentes de información disponibles para construir un conjunto de indicadores que sistematizaran los parámetros definidos por la Corte Constitucional.



En cada uno de los catorce parámetros determinados por la Corte se definieron uno o varios indicadores que permitieran medir lo establecido. Se tomaron indicadores de la resolución 1446, de la resolución 744, también se tomó información del estudio de tutelas realizado por el Ministerio, las Peticiones Quejas y Reclamos de la Superintendencia Nacional de Salud, la Encuesta de evaluación de los servicios de las de las EPS 2012 realizada por el Ministerio, la información de utilización de servicios insumo para el estudio de suficiencia POS-UPC y la base de datos del FOSYGA sobre los recobros.

Existe una amplia variedad en las fuentes de información utilizadas con el objetivo de hacer el mejor uso de la información disponible y tener el mejor acercamiento posible a los parámetros establecidos por la Corte Constitucional.

<b>INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL ORDENAMIENTO</b>			
<b>Criterio de la Corte Constitucional Auto 44</b>	<b>No.</b>	<b>Indicador Seleccionado</b>	<b>Fuente</b>
1. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS	1.1	Número de solicitudes de de recobro con glosa POS por cada 10.000 afiliados	Ministerio de Salud y Protección Social. Base de Recobros - Fosyga
	1.2	Número de quejas en Supersalud por oportunidad en la prestación de servicios POS por 10.000 afiliados	Superintendencia Nacional de Salud
	1.3	Proporción de asignación de citas de medicina general después de 3 días/ total de personas encuestadas que asistieron a medicina general	Encuesta de servicios EPS
	1.4	Proporción de autorizaciones realizadas después de los primeros 5 días de la solicitud/ total de personas que solicitaron autorizaciones	Encuesta de percepción EPS
	1.5	Oportunidad de la asignación de citas de medicina general	Superintendencia Nacional de Salud
	1.6	Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados	Superintendencia Nacional de Salud
	1.7	Oportunidad en la entrega de medicamentos POS	Superintendencia Nacional de Salud
	1.8	Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados	Estudio Tutelas
	1.9	Negaciones POS por 10.000 afiliados	Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 744
	1.10	Oportunidad de CTC negados por estar en el POS	Ministerio de Salud y Protección



<b>INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL ORDENAMIENTO</b>			
<b>Criterio de la Corte Constitucional Auto 44</b>	<b>No.</b>	<b>Indicador Seleccionado</b>	<b>Fuente</b>
			Social - Resolución 744
2. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud No POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.	2.1	Negaciones de servicios No POS requeridas con necesidad por cada 10.000 afiliados.	Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 744
3. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva al CTC	3.1	Número de negaciones porque la solicitud no fue tramitada por el CTC/ total de afiliados a la EPS	Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 744
4. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido este como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar la salud	4.1	Tutelas que fallan tratamiento integral por 10.000 afiliados	Ministerio de Salud y Protección Social - Estudio de Tutelas
	4.2	Número de niños con diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda que recibieron tratamiento antineoplásico en más de una institución/ Casos de Leucemia Linfóide Aguda en niños	Ministerio de Salud y Protección Social. Bases de datos de uso de servicios. RIPS - Suficiencia
5. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando estos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente	5.1	Número de negaciones porque el médico que ordena no pertenece a la EPS por 10.000 afiliados	Ministerio de Salud y Protección Social - Resolución 744
6. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside	6.1	No de Tutelas porque se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside por	Min Salud y Protección Social - Estudio de Tutelas



<b>INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL ORDENAMIENTO</b>			
<b>Criterio de la Corte Constitucional Auto 44</b>	<b>No.</b>	<b>Indicador Seleccionado</b>	<b>Fuente</b>
		10.000 afiliados	
7. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos	7.1	Número de quejas por NO autorización de tratamientos de alto costo/ total de afiliados a la EPS	Superintendencia de Salud
	7.2	Sumatoria en días de la diferencia entre el tiempo de realización CTC y la fecha de solicitud del servicio para atender patología de alto costo/ Número de solicitudes servicios alto costo	Min Salud y Protección Social - Resolución 744
8. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aun cuando dichos servicios y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación	8.1	tutelas por 10.000 afiliados	Min Salud y Protección Social - Estudio de Tutelas
	8.2	Número de negaciones de servicios de salud que requieren los menores por cada 10.000 afiliados	Min Salud y Protección Social - Resolución 744
9. Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora	9.1	Número de quejas por demora en la autorización de servicios por falta de pago de cuotas moderadoras por cada 10.000 afiliados	Superintendencia de Salud
10. Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido	10.1	Número de quejas por la negación del pago de incapacidades por falta de oportunidad en el pago de aportes por 10.000 afiliados	Superintendencia de Salud
11. Se niegan a afiliarse personas, a pesar de que estas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica	11.1	No. de tutelas por negaciones a afiliarse personas a pesar de que estas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica por 10.000 afiliados	Estudio de Tutelas y Base de tutelas del Ministerio de Salud





INDICADORES SELECCIONADOS PARA EL ORDENAMIENTO			
Criterio de la Corte Constitucional Auto 44	No.	Indicador Seleccionado	Fuente
12. Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que este haya en efecto sido asumido por otro prestador	12.1	Número de negaciones por período de mora por 10.000 afiliados	Resolución 744
13. Cobran copagos a personas que padecen enfermedad catastrófica o de alto costo	13.1	Sumatoria del número de personas en que se reportan copagos en registros con diagnósticos de enfermedades de alto costo/ total de afiliados a la EPS	Estudio de suficiencia
	13.2	Número de quejas por cobro de copagos en enfermedades de alto costo por 10.000 afiliados	Superintendencia de Salud
14. Se niegan a autorizar servicios de salud que han sido ordenados por fallo de tutela	14.1	Número de quejas por desacatos de Sentencias de la Corte Constitucional por cada 10.000 afiliados	Superintendencia de Salud

## b. Descripción de la metodología

Luego de recolectar la información para cada uno de los indicadores anotados en el literal anterior, y calcular los indicadores<sup>1</sup> para cada EPS en cada régimen, el resultado fue normalizado utilizando la siguiente fórmula:

$$Z_i = \frac{X_i - \mu}{\delta}$$

Donde  $X_i$  es el valor del indicador para la EPS  $i$ ,  $\mu$  es la media de los datos para este indicador y  $\delta$  es la desviación estándar de los datos para este indicador.

Una vez normalizados los datos de cada indicador, estos se convierten en variables aleatorias con distribución normal estándar, es decir la media de cada una de estas variables es 0 y la varianza es 1.

Ahora se debe calcular un puntaje para cada dimensión, así, para aquellas dimensiones que están compuestas por un solo indicador su puntaje es el valor obtenido luego de la normalización del indicador, pero para aquellas dimensiones que se encuentran compuestas por más de un indicador el puntaje asignado a la dimensión fue el promedio

<sup>1</sup> Ver Fichas técnicas de cada indicador en el anexo 1.



simple de los valores obtenidos luego de la normalización para los indicadores que la componen.

Para ordenar las EPS de cada régimen fue necesario ponderar cada una de las dimensiones de acuerdo a la importancia que estas tienen en el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para esto se aplicó una metodología que utilizó el criterio expertos<sup>2</sup> quienes asignaron puntuaciones a las 14 dimensiones de acuerdo a sus conocimientos y experiencia<sup>3</sup>:

Dimensión	1	2	3	4	5	6	Promedio
i.1	0,30000	0,09000	0,23000	0,10000	0,20000	0,20000	0,18667
i.2	0,07500	0,04650	0,00090	0,10000	0,10400	0,20000	0,08773
i.3	0,05000	0,04650	0,00090	0,15000	0,10400	-	0,05857
i.4	0,07500	0,04650	0,23000	0,10000	0,07000	-	0,08692
i.5	0,05000	0,04650	0,01000	0,04000	0,10400	-	0,04175
i.6	0,04000	0,04650	0,00010	0,04000	0,03000	-	0,02610
i.7	0,07500	0,09000	0,20000	0,10000	0,03000	0,20000	0,11583
i.8	0,07500	0,04650	0,01000	0,04000	0,10400	0,20000	0,07925
i.9	0,04000	0,09000	0,01000	0,02500	0,06000	-	0,03750
i.10	0,04000	0,09000	0,10000	0,10000	0,03000	-	0,06000
i.11	0,04000	0,09100	0,00010	0,04000	-	-	0,02852
i.12	0,05000	0,09000	0,00400	0,10000	0,03000	0,10000	0,06233
i.13	0,04000	0,09000	0,00400	0,02500	0,10400	-	0,04383
i.14	0,05000	0,09000	0,20000	0,04000	0,03000	0,10000	0,08500

Así, cada dimensión fue ponderada con el valor que se obtuvo como promedio de las calificaciones asignadas por los expertos y dado que las 14 dimensiones eran variables aleatorias con distribución normal estándar, esta combinación lineal es también una variable aleatoria con distribución normal estándar.

Finalmente para presentar el resultado se calcularon los percentiles 25, 50 y 75 de los puntajes obtenidos por las EPS en cada Régimen y con estos valores se generaron para cada Régimen cuatro grupos de EPS de acuerdo al puntaje obtenido. Para el nivel bajo el

<sup>2</sup> El grupo se encuentra compuesto por profesionales en medicina, odontología, derecho, sociología y economía.

<sup>3</sup> Se realizó también un ordenamiento usando una metodología de promedio simple, dando el mismo peso a cada uno de los indicadores y una metodología de componentes principales. La correlación entre cada una de ellas fue superior el 80%, escogiéndose la de juicio de expertos por ser más transparente y fácil de entender en comparación a la que utilizaba componentes principales.



límite superior se encuentra determinado por el percentil 25 de la distribución, el nivel medio bajo se encuentra delimitado por los percentiles 25 y 50, el nivel medio alto por los percentiles 50 y 75 y finalmente el nivel alto tiene como límite inferior el percentil 75.

Los indicadores seleccionados para los parámetros 6, 11 y 12 si bien se identificaron y se calcularon no fueron incluidos en la ponderación final del ordenamiento debido a que la metodología estadística recomienda que se deban utilizar indicadores que presenten una variación significativa entre los actores que se evalúan, que en este caso son las EPS.

## Resultado del Ordenamiento

A continuación se presentan los resultados obtenidos, el orden al interior de los grupos corresponde a un ordenamiento alfabético y no refleja el puntaje obtenido por cada EPS.

### a. Régimen Contributivo

GRUPO	EPS
ALTO	COOMEVA
	EPS   SURA.
	SALUDCOOP
	SANITAS
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)
MEDIO ALTO	COMFENALCO VALLE
	COMPENSAR
	CRUZ BLANCA
	GOLDEN GROUP
	SALUD COLPATRIA
MEDIO BAJO	CAFESALUD
	COMFENALCO ANTIOQUIA
	NUEVA EPS
	SALUD TOTAL
BAJO	ALIANSA LUD
	FAMISANAR
	HUMANAVIVIR
	SALUDVIDA
	SOLSALUD



## b. Régimen Subsidiado

GRUPO	EPS
ALTO	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)
	AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO)
	ANAS WAYUU (EPS-I)
	ASMET SALUD
	CCF BOYACÁ "COMFABOY"
	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"
	CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"
	CCF NORTE DE SANTANDER "FAMISALUD COMFANORTE"
	COOSALUD
	MUTUAL SER
	SELVASALUD
MEDIO ALTO	CAFESALUD
	CAPRECOM
	CAPRESOCA
	CCF CAFAM
	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"
	CCF COMFENALCO TOLIMA
	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"
	CCF DE LA GUAJIRA
	CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"
	EMSSANAR
SOLSALUD	
MEDIO BAJO	CCF DE SUCRE
	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"
	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"
	CCF COLSUBSIDIO
	CCF DE NARIÑO
	CONVIDA
	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)
	ECOOPSOS
	PIJAOS SALUD (EPS-I)
	SALUD CONDOR
BAJO	CAPITAL SALUD
	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"
	CCF BARRANCABERMEJA "CAFABA"
	CCF COMFENALCO SANTANDER
	COMFENALCO QUINDIO
	COMPARTA
EMDISALUD	



GRUPO	EPS
	HUMANAVIVIR
	MALLAMAS (EPS-I)
	MANEXKA (EPS-I ZENU)
	SALUDVIDA

## Discusión sobre implicaciones de la publicación del ordenamiento

### a. Revisión de la literatura internacional sobre escogencia de aseguradores y prestadores a partir de indicadores

Parece existir un consenso en que la posibilidad de escoger es un medio para subir los estándares tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios de salud. Es por esto que bajo la expectativa de que los usuarios tienen la habilidad de comparar y juzgar los diferentes actores usando información sobre su desempeño, contribuirá a implementar la reforma del sistema donde los resultados, equidad y eficiencia son los principales objetivos<sup>4</sup>.

Según la experiencia internacional los criterios usados hasta el momento para escoger el asegurador por parte de los usuarios han sido bastante sencillos<sup>5</sup>. La cercanía al sitio de vivienda o la recomendación por otras personas correspondieron al 66% de las respuestas en una encuesta realizada en el Reino Unido<sup>6</sup>. A pesar de ser realizada hace algún tiempo y en otra comunidad con características disímiles a nuestro contexto, no parece irracional asumir que los resultados podrían ser similares. No existe una evidencia que los usuarios realmente van a expandir sus criterios de selección con base en información sobre la calidad del asegurador o prestador.

El Minnesota Health Data Institute evaluó la manera en que los usuarios usaban la información de los boletines de calificación de diferentes aseguradores. Los hallazgos mostraron que los usuarios encontraban los boletines pesados, complejos y demasiado

<sup>4</sup> S. Sofaer, "Informing and Protecting Consumers under Managed Competition", Health Affairs (Supplement 1993): 76 – 86.

<sup>5</sup> D. Mechanic, "Consumer Choice among Health Insurance options", Health Affairs (Spring 1989): 138-148.

<sup>6</sup> C. Salisbury, "How do people chose their doctor?", BMJ (September 1989): 299.



detallados<sup>7</sup>. Posteriores evaluaciones de mayor profundidad acerca de la comprensión de la información sobre calidad de los servicios, mostraron que la mayoría de indicadores no eran bien comprendidos por los usuarios<sup>8</sup>. Las características que se encontraron como las más significativas para los usuarios fueron: que la información fuera comprensible y sobresaliente desde el punto de vista del usuario. A esto se suma que existe una poca comprensión de las personas sobre el sistema de salud, lo que en este contexto lleva a que no sea fácil relacionar la información de calidad contenida en los reportes con el servicio que está o va a ser prestado<sup>9</sup>.

Otros trabajo muestran que existe una pobre motivación a usar la información. Las personas interesadas en usar información del desempeño de aseguradores o prestadores son aquellos que están considerando cambiarse o por alguna circunstancia deben hacerlo. Por ejemplo quienes se trasladan de ciudad<sup>10</sup>. Otra característica a resaltar es que son aquellos de más alto ingreso los que muestran un mayor interés en información comparativa<sup>11</sup>.

Los indicadores que fueron catalogados como sobresalientes por los usuarios fueron aquellos que reflejaban la calificación por parte de otras personas y aquellos que se enfocaban en la provisión de servicios de prevención de la enfermedad. Por el contrario las medidas de desempeño como los eventos adversos y otros fueron catalogados como menos útiles. Pero los indicadores que las personas calificaron como útiles no necesariamente son los que utilizaron para hacer la selección del asegurador.

En el proceso de selección de un grupo de indicadores no debe proveerse únicamente la información que lo usuarios piden, también debe proveerse la información que es necesaria para tomar una adecuada decisión informada<sup>12</sup>. De manera frecuente los usuarios se enfocan en la oportunidad y en garantizar el acceso y dejan de lado la importancia la calidad o la pertinencia de los servicios que reciben.

<sup>7</sup> Minnesota Health Data Institute, 1995 Consumer Survey, "You and your Health Plan", Minneapolis, July 1996.

<sup>8</sup> J. Hibbard, "What Type of Quality Information Do Consumers Want in a Health Care Report Card?", *Medical Care Research and Review* 1996: 28 – 47.

<sup>9</sup> L. Hibbar, "Will Quality Report Cards Help Consumers?" *Health Affairs* May/June 1997: 218 – 228.

<sup>10</sup> J. McGee, "Employee Response to Health Benefits Survey" Fall 1992.

<sup>11</sup> B.D. Davidson, "Designing Health Insurance Information for the Medicare Beneficiary"" *Health Services Research* 23: 685 – 720.

<sup>12</sup> E. Buckley, "Working for patients – a journey into the unknown" *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1989: 87 – 90.



Para evitar caer en este problema se debe entender que la toma de decisiones informadas es un proceso educativo. La importancia que los usuarios dan a la información presentada está ligada al entendimiento de la forma en que funciona el sistema de salud y así mismo la posibilidad de comprender los indicadores con los cuales se califican a los aseguradores y prestadores.

El proceso de identificar la información que se debe presentar a los usuarios para que tomen las decisiones debe ser un proceso iterativo que evidencie la manera en que la comprensión tanto del funcionamiento del sistema como del contenido de los reportes va mejorando. Haber hecho un proceso de formación o no antes de usar la información de diferentes reportes para la toma de decisiones en un contexto experimental, llevó a que los primeros consideraran la información más relevante y útil que quienes no recibieron la formación previa<sup>13</sup>.

## **b. Discusión sobre el ordenamiento presentado**

El ordenamiento presentado en este documento da respuesta a lo solicitado por la Corte Constitucional, al haber hallado que de manera reiterada, tanto prestadores como aseguradores han violado los derechos de las personas y que la entrega de información a los usuarios puede favorecer la toma de decisiones. Se entiende la posibilidad de escoger como un vehículo más para proteger los derechos al hacer manifiesto los actores que con mayor frecuencia atentan contra los derechos de las personas cuando a prestación de servicios de salud se refiere.

Los catorce puntos que fueron señalados por la Corte Constitucional como fundamentales para estar contenidos en el ordenamiento, se centran en la autorización de servicios como una representación del acceso y en la oportunidad en la prestación de los servicios. La construcción de los indicadores, que combinados dan una medida de resumen, tuvo en cuenta tanto mediciones objetivas como los tiempos para autorización de procedimientos o los tiempos perdidos por haber enviado a evaluación por el CTC un medicamento que estaba incluido en el POS. También mediciones más globales, como es la Encuesta de

---

<sup>13</sup> J. Hibbar, "Condition Specific Performance Information: Assessing salience, comprehension and approaches for communicating quality," Health Care Financing Review 1996; 18: 95-109.



Evaluación de los Servicios de las EPS<sup>14</sup> donde el usuario establece un valor para el tiempo que trascurrió desde que solicitó la cita hasta que fue efectivamente atendido. Como se puede apreciar en las fichas que describen cada uno de los indicadores usados, son aproximaciones de lo que estrictamente se deseaba medir.

En muchos de los casos esa información puntual no está disponible por ser algunos de los requerimientos conductas no permitidas de las cuales usualmente no se dejan registros. Aún así, los indicadores escogidos se pueden considerar trazadores de que el funcionamiento no es adecuado y se puede estar en presencia de una violación de los derechos y la normatividad vigente. Aunque las quejas no necesariamente son una violación a los derechos, si de manera reiterada se repiten es bastante indicativo de que muchas personas están inconformes con los servicios recibidos y que elevan una queja ante una autoridad porque dentro su conocimiento los servicios no se están prestando de la manera que debería ser.

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social adelanta un estudio sobre las tutelas en cumplimiento de la orden 30 de la sentencia T760. Este estudio permite calcular la frecuencia de ocurrencia de varios de los parámetros definidos por la Corte en el auto 260. Es evidente que cuando se presenta una tutela por la no prestación de servicios POS es alta la probabilidad de que se hayan producido fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención o con el apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de las obligaciones de las EPS para con el afiliado. Monitorear de este indicador debe permitir identificar áreas de mejoramiento en los procesos mencionados. Se reconoce que la tutela no puede ser la única fuente de información sobre violación de derechos, ya que no siempre las personas recurren a estos mecanismos. Sin embargo, al combinarse con otros indicadores, el número de tutelas representa una buena aproximación a un comportamiento que puede presentarse en las entidades que autorizan servicios de salud.

### **c. Comparación del ordenamiento presentado con el construido con base en la encuesta de evaluación de EPS**

Al realizar la comparación de los resultados obtenidos en el presente ordenamiento y los resultados de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS se aprecian diferencias.

---

<sup>14</sup> <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Calidad-de-atencion-en-salud.aspx>





En el caso del régimen contributivo se aprecia que la EPS Coomeva aparece con un desempeño Alto bajo los criterios de la Corte Constitucional pero lo usuarios la califican en la encuesta en un nivel Medio – Bajo de desempeño. Por el contrario la EPS Aliansalud en el ordenamiento bajo los criterios de la Corte Constitucional presenta un desempeño bajo, pero en la encuesta de calificación de los servicios los usuarios la califican con un desempeño alto.

Hay que tener en cuenta que el cuestionario de la encuesta de evaluación de EPS fue construido con base en entrevistas a líderes de opinión y grupos focales de usuarios, donde se interrogó acerca de los aspectos más importantes en la prestación de los servicios de salud. Estos no necesariamente concuerdan con los criterios de la Corte Constitucional, sin que esto quiera decir que haya una prioridad de unos sobre los otros. Los grupos focales mostraron una mayor sensibilidad para identificar los temas importantes, sin entrar en la especificidad de los criterios presentados por la Corte Constitucional.

Como se mencionó al principio de la sección, de la comprensión del contenido de la información contenida en cada una de las medidas depende la utilización de la misma. Las medidas agregadas, como es el presente ordenamiento donde muchas variables se compactan en una sola, tienen la gran ventaja de ser fáciles de entender. Al mismo tiempo tienen la desventaja de que puede estarse asumiendo que todas las personas juzgan bajo las mismas preferencias y es precisamente el reconocimiento a la diversidad lo que se busca defender con la posibilidad de escoger.

Es por esto que el Ministerio de Salud y Protección Social adelanta el desarrollo de un Sistema de Evaluación y Calificación de Actores que recopile información suficiente para que se tengan un gran número de dimensiones para realizar la calificación. Esto permitirá presentar la información de manera clara para los diferentes tipos de usuarios, haciéndolo de manera comprensible y permitiendo al usuario tomar la información que considere relevante. A la vez se busca empoderar al usuario, creando los espacios de formación y reforzando la función del aseguramiento de representación del usuario, para que tome decisiones informadas.



La Ley 1438 de 2011 establece que de manera anual se debe presentar un informe con la calificación de los actores, de donde se puede obtener un ordenamiento que tenga en cuenta los catorce criterios ordenados por la Corte Constitucional, la evaluación que realizan los usuarios de los servicios que reciben de la EPS a la que se encuentran afiliados y otros indicadores, como la calidad en la prestación de servicios o la efectiva realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Ordenamiento criterios H. Corte Constitucional		Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS	
GRUPO	EPS	GRUPO	EPS
ALTO	COOMEVA	ALTO	ALIANSALUD
	EPS   SURA.		COMFENALCO VALLE E.P.S.
	SALUDCOOP		EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA
	SANITAS		EPS SURA
	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)		CAFE SALUD
MEDIO ALTO	COMFENALCO VALLE	MEDIO ALTO	COLPATRIA
	COMPENSAR		COMPENSAR
	CRUZ BLANCA		CRUZ BLANCA
	GOLDEN GROUP		SALUD TOTAL
	SALUD COLPATRIA		SANITAS
MEDIO BAJO	CAFESALUD	MEDIO BAJO	COOMEVA
	COMFENALCO ANTIOQUIA		NUEVA EPS
	NUEVA EPS		SALUD COOP
	SALUD TOTAL		SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.
BAJO	ALIANSALUD	BAJO	FAMISANAR
	FAMISANAR		GOLDEN GROUP
	HUMANAVIVIR		HUMANA VIVIR
	SALUDVIDA		SALUD VIDA
	SOLSALUD		SOL SALUD



**Tabla 1 Comparación del ordenamiento de acuerdo a las diferentes fuentes en el Régimen Subsidiado**

GRUPO	Ordenamiento criterios H. Corte Constitucional		GRUPO	Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS	
	EPS			EPS	
ALTO	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	CCF HUILA "COMFAMILIAR HUILA"	ALTO	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E.S.S.	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"
	AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO)	CCF NORTE DE SANTANDER "FAMISALUD COMFANORTE"		ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	CAJA DE DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO
	ANAS WAYUU (EPS-I)	COOSALUD		CAFE SALUD	EPS PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA
	ASMET SALUD	MUTUAL SER		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR"	PIJA SALUD
	CCF BOYACÁ "COMFABOY"	SELVASALUD		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DE TOLIMA COMF	SELVA SALUD
	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"			ASMET SALUD	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE
MEDIO ALTO	CAFESALUD	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	MEDIO ALTO	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	CAPRESOCA
	CAPRECOM	CCF DE LA GUAJIRA		ASOCIACION MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO	COMPARTA
	CAPRESOCA	CCF ORIENTE "COMFAORIENTE"		CAFAM	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD
	CCF CAFAM	EMSSANAR		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	MALLAMAS
	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"	SOLSALUD		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	
	CCF COMFENALCO TOLIMA			ASOCIACION INDIGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRAO DUSAKAWI	COMFAMA
MEDIO BAJO	CCF DE SUCRE	CONVIDA	MEDIO BAJO	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIA	CONDOR
	CCF ANTIOQUÍA "COMFAMA"	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NA	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTE
	CCF CHOCÓ "CONMFACHOCÓ"	ECOOPSOS		CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO COMFACHOCO	ECOOPSOS
	CCF COLSUBSIDIO	PIJAOS SALUD (EPS-I)		COMFABOY	MANEXKA EPSI
	CCF DE NARIÑO	SALUD CONDOR		ANASWAYUU	COMFACUNDI
BAJO	CAPITAL SALUD	EMDISALUD	BAJO	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL DE SA	CONVIDA
	CCF ATLÁNTICO "CAJACOPI"	HUMANAVIVIR		CAPITAL SALUD	HUMANA VIVIR
	CCF BARRANCABERMEJA "CAFABA"	MALLAMAS (EPS-I)		CAPRECOM	SALUD VIDA
	CCF COMFENALCO SANTANDER	MANEXKA (EPS-I ZENU)		COLSUBSIDIO	SOL SALUD
	COMFENALCO QUINDIO	SALUDVIDA			
	COMPARTA				



## ANEXO – Ficha Técnica de los Indicadores

### Parámetro 1: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud incluidos en el POS.

<b>Indicador 1.1</b>	<b>Número de solicitudes de de recobro con glosa POS por cada 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Base de datos de recobros del FOSYGA
Fórmula de cálculo	$GlosaPOS = \left( \frac{R_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>GlosaPOS</i> = Número de solicitudes de de recobro con glosa POS por cada 10.000 afiliados  <i>R<sub>i</sub></i> = # de solicitudes de recobro con glosa POS de la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Septiembre 2011 – septiembre 2012
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Las glosas POS ofrecen información sobre servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) que deberían haberse prestado sin necesidad de un trámite adicional. Para obtener la prestación de los servicios relacionados en este indicador las personas debieron recurrir ante un Comité Técnico Científico o una Tutela, lo cual implicó una demora injustificada, en vista de que el servicio estaba incluido en el POS.
Observaciones	Se tomó como glosa POS los siguientes campos de la variable <i>Codigo_Glosa</i> de la base de datos del FOSYGA: 1-03 Los valores objeto de recobro ya han sido pagados por el FOSYGA 4-03 Como consecuencia de un fallo de CTC o tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios 6-03 Cuando los valores objeto de recobro ya han sido pagados por el FOSYGA o se encuentran en planes de beneficios Este indicador solo se calcula para el régimen Contributivo debido a que los servicios No POS del régimen subsidiado se recobran ante las entidades territoriales.



<b>Indicador 1.2</b>	<b>Número de quejas por oportunidad en la prestación de servicios POS por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de quejas y reclamos.
Fórmula de cálculo	$QuejasPOS = \left(\frac{Q_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>QuejasPOS</i> = Número de quejas por servicios contenidos en el POS por cada 10.000 afiliados  <i>Q<sub>i</sub></i> = # de quejas por servicios POS de la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Enero – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Mensual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador recoge para cada EPS todas las quejas relacionadas con la oportunidad de los servicios que están incluidos en el Plan de Beneficios. La relación con el parámetro definido por la Corte es directa, sobre todo en el aspecto de oportunidad de servicios POS.
Observaciones	

<b>Indicador 1.3</b>	<b>Proporción de personas a que NO fueron atendidas por el médico general dentro de los tres primeros días siguientes a haber solicitado la cita.</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS
Fórmula de cálculo	$(N_i/A_i)$ Donde: <i>N<sub>i</sub></i> = Número de personas que refieren que la cita fue asignada para ser atendidos en un periodo mayor a tres días después de la solicitud. <i>A<sub>i</sub></i> = Número total de personas que usaron el servicio de cita con medicina general
Período informado	Uso de servicios en el año anterior a la aplicación de la encuesta



Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La normatividad vigente establece un término de 3 días para la asignación y atención por medicina general.
Observaciones	

<b>Indicador 1.4</b>	<b>Proporción de personas que les fue entregada la autorización en un periodo superior a los 5 días.</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Evaluación de los servicios de las EPS
Fórmula de cálculo	(Ni/Ai) Donde: Ni = Número de personas que refieren la autorización les fue entregada en un período superior a 5 días. Ai = Número total de personas que solicitaron autorización de servicios
Período informado	Uso de servicios en el año anterior a la aplicación de la encuesta
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La normatividad vigente establece un término de 5 días para la expedición de la autorización..
Observaciones	

<b>Indicador 1.5</b>	<b>Oportunidad de la asignación de citas de medicina general</b>
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud. Reporte de las EPS, a partir de la información contenidas en los libros de citas de las entidades prestadoras de servicio, atendiendo la resolución 1446.
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal  Numerador: Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente



	<p>solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita</p> <p>Denominador: Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución</p>
Período informado	Primer semestre del 2012
Periodicidad del reporte de información	Semestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores está relacionado a la capacidad de la EPS de prestar un servicio básico contenido en el POS de manera oportuna, que es uno de los componentes del parámetro definido por la Corte Constitucional relacionado con “negaciones a autorizar oportunamente servicios contenidos en el POS”.</p>
Observaciones	Este indicador se complementa con el cálculo de la oportunidad en citas de médico general proveniente de una fuente distinta (encuesta de evaluación de servicios de las EPS), con el fin de reducir posibles divergencias por información omitida en la fuente.

<b>Indicador 1.6</b>	<b>Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud. Reporte de las EPS atendiendo la resolución 1446.
Fórmula de cálculo	$TutelasPOS = \left( \frac{NT_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde: TutelasPOS = Número de tutelas por no prestación de</p>



	<p>servicios POS por 10.000 afiliados</p> $NT_i = \# \text{ de tutelas por no prestación de servicios POS reportados por la EPS } i$ $A_i = \# \text{ afiliados de la EPS } i$
Período informado	Primer semestre del 2012
Periodicidad del reporte de información	Semestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>Cuando se presenta una tutela por la no prestación de servicios POS es alta la probabilidad de que se hayan producido fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención o con el apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de las obligaciones de la EAPB para con el afiliado.</p> <p>Monitorear de este indicador debe permitir identificar áreas de mejoramiento en los procesos mencionados.</p>
Observaciones	<p>El indicador incluye las tutelas relacionadas a servicios incluidos en el plan de beneficios, pero no necesariamente por negaciones. Muchas de las tutelas se interponen para que la prestación del servicio se de en un menor tiempo. Por esta razón este indicador incluye tanto elementos de negaciones como elementos de oportunidad en la prestación del servicio. Este indicador se complementa con el cálculo del número de tutelas POS por 10.000 afiliados proveniente de una fuente distinta, con el fin de reducir posibles divergencias por información omitida en la fuente.</p>

<b>Indicador 1.7</b>	<b>Oportunidad en la entrega de medicamentos POS</b>
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud. Reporte de las EPS atendiendo la resolución 1446. El origen primario de los datos proviene de las droguerías de las EPS.
Fórmula de cálculo	<p>Numerador/Denominador * 100</p> <p>Numerador: Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula</p> <p>Denominador: Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su</p>





	representante durante el período
Período informado	Enero – junio 2012
Periodicidad del reporte de información	Semestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>Los derechos establecidos en el plan obligatorio de salud incluyen la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos.</p> <p>Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es la complejidad de los trámites en algunas entidades promotoras de salud y el despacho incompleto de la fórmula – en tipo y cantidades. Se presume que si el medicamento está incluido dentro del plan de beneficios, la entidad promotora de salud debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a ella.</p>
Observaciones	

<b>Indicador 1.8</b>	<b>Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Tutelas en Salud.
Fórmula de cálculo	$TutelasPOS = \left( \frac{NT_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>TutelasPOS</i> = Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados  <i>NT<sub>i</sub></i> = # de tutelas por no prestación de servicios POS reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Enero – noviembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con	Igual al indicador 1.6



el parámetro definido por la Corte Constitucional	
Observaciones	Este estudio cubre una muestra de 1237 expedientes de tutelas que incluyen 2774 solicitudes de servicios.

<b>Indicador 1.9</b>	<b>Negaciones POS por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$NegPOS_i = \left( \frac{N_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>NegPOS<sub>i</sub></i> = Negaciones POS de la EPS <i>i</i> por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de negaciones de servicios POS reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La resolución 744 determina que las EPS deben informar sobre las negaciones de servicios a sus afiliados en el formato definido en el anexo de dicha resolución. El indicador está directamente relacionado con el parámetro de la Corte, ya que mide el número de negaciones de servicios contenidos en el por EPS. Los aspectos relacionados con la oportunidad de la negación se recogen en el indicador 1.10.
Observaciones	Debido a que la fuente primaria de la información son los reportes de las EPS, y que ésta no tiene un incentivo a auto incriminarse, se tiene el riesgo de un sub registro de casos de negaciones. Esto se controla al incorporar otros indicadores con fuentes de información diversa, como tutelas o quejas de usuarios, sobre la negación de servicios contenidos en el POS.



<b>Indicador 1.10</b>	<b>Oportunidad de CTC negados por estar en el POS</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$\bar{D}_i = \frac{(\sum Fctc_n - FSolicitud_n)}{N_i}$ <p>Donde:  <math>\bar{D}_i</math> = Número de días promedio entre la solicitud de servicios y las negaciones del CTCs de la EPS <math>i</math>, por ser un servicio incluido en el POS.  <math>Fctc_n</math> = Fecha del acta del CTC con la negación del servicio <math>n</math>  <math>FSolicitud_n</math> = Fecha de solicitud del servicio <math>n</math>  <math>N_i</math> = Número total de negaciones de solicitudes de servicios incluidos en el POS</p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>El indicador establece el tiempo promedio que se demora una entidad en negar un servicio incluido en el POS que se remite al CTC. Esta negación se debe a que en su momento el médico tratante consideró que el servicio no estaba considerado en el plan de beneficios y solicitó, mediante el formato correspondiente, que se realice un Comité Técnico Científico para autorizarlo. Una vez revisada la solicitud, el CTC conceptuó que realmente se trataba de un servicio incluido en el Plan de Beneficios, por lo cual se niega la autorización de que se preste el servicio bajo la figura de un No POS que se podría recobrar.</p> <p>Lo anterior demuestra el desconocimiento del médico tratante sobre el contenido del plan, lo cual se traduce en un trámite innecesario para el paciente que demora la prestación del servicio.</p>
Observaciones	El hecho de que el CTC haya negado el servicio por considerarse en el POS no necesariamente implica la negación del servicio, ya que con el concepto del CTC, la EPS debería proceder a prestar el servicio sin derecho al recobro.



**Parámetro 2: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud excluidos del POS que se requieren con necesidad y que no pueden ser costeados por el interesado, bien sea porque su costo le resulta impagable dado su nivel de ingreso o porque le impone una carga desproporcionada.**

<b>Indicador 2.1</b>	<b>Negaciones de servicios No POS requeridas con necesidad por cada 10.000 afiliados.</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$NegNoPOS_i = \left( \frac{N_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>NegNoPOS</i> = Negaciones de servicios No POS de la EPS <i>i</i> por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de negaciones de servicios No POS reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>El número de negaciones de servicios No POS por parte de los CTC de las EPS por cada 10.000 afiliados es un indicador que se aproxima al parámetro exigido por la Corte, con algunas precisiones.</p> <p>En primer lugar, los CTC no tienen en cuenta la capacidad de pago del afiliado, por lo cual ninguna negación en este comité se da por falta de capacidad de pago. Las negaciones de servicios por el no pago de cuota moderadora son revisadas en otro parámetro y bajo otros indicadores.</p> <p>En segundo lugar, es importante anotar que las negaciones amparadas bajo estos criterios no implican necesariamente que el servicio de salud no se prestó, ya que existe la posibilidad de requerir nuevamente el servicio luego de corregir la solicitud o de recibir un servicio alternativo. Sin embargo, se reconoce en este indicador que la negación del CTC genera trámites adicionales que implican demoras en la prestación del servicio.</p>



<p>Observaciones</p>	<p>Se tomaron los servicios No POS negados por CTC (campo 14, valor NEG del anexo 1 de la resolución 744) por todos los conceptos (N, O, P, R, S, T, U y V del anexo 1 de la resolución 744) excluyendo los casos en que la negación se debe a que el servicio solicitado no es pertinente y los servicios que están en el POS. En el primer caso se excluyeron los servicios no pertinentes, ya que el parámetro de la Corte determina que la negación debe ser de un servicio No POS que se requiere con necesidad, aludiendo precisamente a la pertinencia del servicio.</p> <p>Los criterios de negación N, O, P, R, S, T, U y V del anexo 1 de la resolución 744 son los siguientes:</p> <p>N – El médico solicitante no pertenece a la red de la EPS</p> <p>O – No cumple con las normas vigentes del INVIMA y las referentes a la habilitación de servicios en el Sistema de Garantía de la Calidad en Servicios de Salud.</p> <p>P – La información aportada por el profesional de la salud es incompleta o insuficiente, no existe descripción de agotamiento de alternativas POS</p> <p>R – No existe riesgo inminente para la vida del Paciente</p> <p>S – El servicio solicitado corresponde a prestaciones de servicios no clasificadas como: medicamentos, procedimientos, insumos, dispositivos médicos, y las cuales no corresponden al ámbito de la salud</p> <p>T – La cobertura de la póliza SOAT no ha sido agotada</p> <p>U – La cobertura de otra póliza de seguros no ha sido agotada</p> <p>V- Otros motivos.</p>
----------------------	---



**Parámetro 3: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico -CTC-.**

<b>Indicador 3.1</b>	<b>Número de negaciones de servicios No POS porque la solicitud no fue tramitada por el CTC por cada 10.000 afiliados a la EPS</b>
Fuente de Información	Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$NegNoCtC_i = \left(\frac{N_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>NegNoCtC</i> = Negaciones de servicios debidas a la no presentación de CTC de la EPS <i>i</i> por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de negaciones de servicios No POS reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>El parámetro que la Corte solicita hacerle seguimiento son negaciones de servicios debido a que la persona no ha realizado un trámite ante un CTC. Esto tiene dos implicaciones: por una parte que la EPS impone un trámite a una persona que debería ser interno de la EPS o entre la IPS y la EPS, y por otra parte, que el servicio solicitado era No POS, ya que de lo contrario la razón de la negación no podría ser que no se haya tramitado un CTC.</p> <p>La resolución 744 permite determinar cuándo las negaciones de las EPS para servicios No POS se dan sin que haya mediado un trámite de un CTC. En este caso se seleccionaron aquellas razones que implicarían que la EPS le está imponiendo trámites adicionales a los usuarios, siendo que estos trámites debían haberse realizado internamente o de manera oficiosa entre la EPS y la IPS.</p>
Observaciones	<p>Para obtener los casos de negaciones porque las personas no realizaron los trámites del CTC, filtró la base de datos de los reportes de la resolución 744 bajo los siguientes parámetros: campo 14, servicio ordenado por médico tratante y no tramitado ante el CTC; para el campo 15: motivos para no haber tramitado CTC, se escogió “otros motivos” (debido a que el motivo de negación A es “el servicio solicitado es cobertura POS” se entiende que los demás motivos son No POS). Luego entre las razones esbozadas para “otros motivos” se escogieron, entre otras, las siguientes:</p> <p>-Actividad no pos-s acuerdo 029 del 2011 asumido por la entidad territorial.</p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Servicio no pos se debe tramitar por subsidio a la oferta Estos motivos se sustentan en el hecho de que esta negación implica que el usuario se deberá trasladar a la entidad territorial para pedir la autorización, cuando este trámite, de acuerdo con la jurisprudencia, debería ser interno entre la EPS, IPS y la ET.</li><li>- Inconsistencia de soportes.</li><li>- Información insuficiente adjuntar soportes adicionales.</li><li>-Servicio a cargo de la entidad territorial</li></ul> <p>Estas dos negaciones implican que el usuario requiera al médico tratante o la IPS completar la información para solicitar nuevamente a la EPS la realización del CTC.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-No cubierto por el Plan POS-S. Esta negación de la EPS del subsidiado le genera la necesidad al usuario de buscar la autorización ante la entidad territorial.</li><li>-No fue diligenciado el formato del CTC por el médico</li></ul>
--	--



**Parámetro 4: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con sujeción al principio de integralidad, entendido éste como el no fraccionamiento de las prestaciones que requiera la persona para recuperar su salud.**

**Indicador 4.1 Tutelas que fallan tratamiento integral por 10.000 afiliados**

<b>Indicador 4.2</b>	<b>Integralidad de la atención de niños con Leucemia Linfoide Aguda</b>
Fuente de Información	Base de Datos de utilización de servicios - Estudio de suficiencia POS - UPC
Fórmula de cálculo	(Ni/Ai) Donde: Ni = Número de personas menores de 18 años al momento de la atención que recibieron tratamiento antineoplásico en más de una institución para el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda (C910) Ai = Número de total de personas menores de 18 años que recibieron tratamiento antineoplásico para el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda (C910)
Período informado	Base de Uso de servicios 2011
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La integralidad del tratamiento tiene una estrecha relación con la continuidad del mismo, donde el cambio de prestador se convierte en perjudicial para el paciente. En el caso de la Leucemia Linfoide Aguda en niños, recibir tratamiento antineoplásico en más de una institución puede llevar a complicaciones del tratamiento como demoras injustificadas entre cada ciclo o mayor riesgo de toxicidad. El cuerpo médico especialista en el manejo de esta patología ha recomendado de manera enfática que el tratamiento y seguimiento se haga en una sola institución por el mismo equipo ya que esto se relaciona con una mejor sobrevida.





**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



Observaciones	La información usada corresponde a los registros donde el diagnóstico es C910 y la actividad es realizada por una IPS (se descartaron los profesionales independientes) y la actividad corresponde a una atención de alto costo.
---------------	--



**Parámetro 5: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando éstos han sido ordenados por un médico que no se encuentra adscrito a la entidad encargada de garantizar la prestación, pero que es un profesional reconocido que hace parte del sistema de salud y cuyo concepto no fue desvirtuado por la entidad con base en razones científicas que consideren el caso específico del paciente.**

<b>Indicador 5.1</b>	<b>Número de negaciones porque el médico que ordena no pertenece a la EPS por cada 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$NegMedicoNoRed_i = \left(\frac{N_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>NegMedicoNoRed<sub>i</sub></i> = Negaciones porque el médico que ordena no pertenece a la red de la EPS <i>i</i> por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de negaciones porque el médico que ordena no pertenece a la red de la EPS <i>i</i> reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador tiene una relación directa al parámetro requerido por la Corte Constitucional.
Observaciones	El reporte incluye las negaciones del campo 15 motivo B y las negaciones del campo 17 motivo N del formato de negaciones de la resolución 744. Esto implica que la negación se pudo dar sin que se haya tramitado el CTC, como después de un CTC. La razón por la que se incluyen los casos después de tramitar el CTC es porque en el formato no se especifica si el CTC desvirtuó o no la solicitud. Además, el hecho de que el CTC no cuenta con especialistas médicos implica que no necesariamente sea válido, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte, que el CTC desvirtúa al médico fuera de la red.



**Parámetro 6: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside.**

<b>Indicador 6.1</b>	<b>No de Tutelas porque se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de tutelas y tutelas en las que el Ministerio ha sido vinculado.
Fórmula de cálculo	$TutelasDesp_i = \left(\frac{N_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>TutelasDesp<sub>i</sub></i> = No de Tutelas porque se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud cuando se requiere que la persona se desplace a vivir en un lugar distinto a aquel en el que reside por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de tutelas por ese motivo de la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Enero – noviembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador tiene una relación directa al parámetro requerido por la Corte Constitucional.
Observaciones	De acuerdo con el concepto de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social y a los resultados del informe de tutelas en salud que realizó durante el presente año la Universidad de Los Andes, no se encontró ninguna tutela que responda a esta característica.



**Parámetro 7: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como sus exámenes diagnósticos.**

<b>Indicador 7.1</b>	<b>Número de quejas por NO autorización de tratamientos de alto costo/ total de afiliados a la EPS</b>
Fuente de Información	Peticiones Quejas y Reclamos de la Superintendencia Nacional de Salud
Fórmula de cálculo	$(Ni/Ai) * 10.000$ Donde: Ni = # de PQR por no autorización de tratamientos de alto costo Ai = # afiliados de la EPS i
Período informado	Enero – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La negación de la autorización de tratamientos de Alto Costo y para tratar Enfermedades Catastróficas es una conducta no autorizada. No existe un registro sistemático de este tipo de actuaciones por parte de los actores. La queja por parte del usuario de la interposición de una barrera por parte de la EPS para acceder a estos servicios es el registro sistemático más frecuente de este tipo de irregularidades. Aunque la queja por sí sola no constituye una violación al derecho, que aparezca de manera reiterada por la misma causa apunta a problemas en la operación.
Observaciones	



**Parámetro 8: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo y que no pueden ser costeados por sus responsables, aún cuando dichos servicios estén excluidos del POS y la vida o la integridad del menor no dependen de su prestación.**

<b>Indicador 8.1</b>	<b>Tutelas sobre servicios de menores de edad por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de Tutelas en Salud.
Fórmula de cálculo	$TutelasMenores_i = \left( \frac{NT_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>TutelasMenores<sub>i</sub></i> = Número de tutelas por no prestación de servicios POS por 10.000 afiliados  <i>NT<sub>i</sub></i> = # de tutelas por no prestación de servicios POS reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Enero – noviembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	<p>Cuando se presenta una tutela por la no prestación de servicios POS es alta la probabilidad de que se hayan producido fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención o con el apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de las obligaciones de la EAPB para con el afiliado.</p> <p>Los menores de edad tienen una especial protección constitucional frente a violaciones a su derecho a la salud, por lo cual este indicador merece un monitoreo y seguimiento estricto.</p>
Observaciones	Este estudio cubre una muestra de 1237 expedientes de tutelas que incluyen 2774 solicitudes de servicios. Este indicador se complementa con el número de negaciones a menores por cada 10.000 afiliados reportados bajo la resolución 744, para contrarrestar los problemas de sesgo que implican los reportes administrativos realizados por las mismas EPS.



<b>Indicador 8.2</b>	<b>Número de negaciones de servicios de salud que requieren los menores por cada 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de las EPS en cumplimiento de la resolución 744 de 2012.
Fórmula de cálculo	$NegMenores_i = \left( \frac{NT_i}{A_i} \right) * 10.000$ <p>Donde: <i>NegMenores<sub>i</sub></i> = Número de negaciones de servicios de salud por no prestación de servicios POS reportadas por la EPS <i>i</i> por cada 10.000 afiliados <i>NT<sub>i</sub></i> = # de negaciones de servicios a menores reportados por la EPS <i>i</i> <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La relación es directa frente al parámetro establecido por la Corte Constitucional.
Observaciones	Se excluyen las negaciones de servicios considerados No Pertinentes, es decir, que el servicio no corresponde al diagnóstico presentado por el médico tratante.



**Parámetro 9: Se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud que se requieren con necesidad, supeditando su prestación al pago de una cuota moderadora.**

<b>Indicador 9.1</b>	<b>Número de inconsistencias por cobro en la cuota moderadora por cada 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Peticiones Quejas y Reclamos de la Superintendencia Nacional de Salud
Fórmula de cálculo	$(Ni/Ai) * 10.000$ Donde: Ni = # de inconsistencias por cobro en la cuota moderadora Ai = # afiliados de la EPS i
Período informado	Enero – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	El cobro de cuota moderadora es responsabilidad de la EPS y está regulada por el Acuerdo 260 del CNSS. Cuando hay cobros que no corresponden al nivel de ingreso o se hacen cobros no autorizados por la normatividad vigente, se constituye esto en una irregularidad. No existe un registro sistemático de este tipo de actuaciones por parte de los actores. La queja por parte del usuario de la interposición de una barrera por parte de la EPS para acceder los servicios es el registro sistemático más frecuente de este tipo de irregularidades. Aunque la queja por sí sola no constituye una violación al derecho, que aparezca de manera reiterada por la misma causa apunta a problemas en la operación.
Observaciones	



**Parámetro 10: Se niegan a autorizar incapacidades laborales derivadas del estado de salud de la persona con el argumento de que en el pasado no se cumplió con la obligación de cancelar los aportes de salud dentro del plazo establecido para ello.**

<b>Indicador 10.1</b>	<b>Número de quejas por la negación del pago de incapacidades por falta de oportunidad en el pago de aportes / Número de personas afiliadas a la EPS</b>
Fuente de Información	Peticiones Quejas y Reclamos de la Superintendencia Nacional de Salud
Fórmula de cálculo	$(Ni/Ai) * 10.000$ Donde: Ni = # de PQR por no reconocimiento de prestaciones económicas Ai = # afiliados de la EPS i
Período informado	Enero – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	No existe un registro sistemático de este tipo de actuaciones por parte de los actores. La queja por parte del usuario de la interposición de una barrera por parte de la EPS para acceder estas prestaciones es el registro sistemático más frecuente de este tipo de irregularidades. Aunque la queja por sí sola no constituye una violación al derecho, que aparezca de manera reiterada por la misma causa apunta a problemas en la operación.
Observaciones	





**Parámetro 11: Se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica.**

<b>Indicador 11.1</b>	<b>No de Tutelas porque se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica por cada 10.000 afiliados.</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio de tutelas y tutelas en las que el Ministerio ha sido vinculado.
Fórmula de cálculo	$TutelasNeg\ Afil_i = \left(\frac{N_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  TutelasNeg Afil<sub>i</sub> = No de Tutelas porque se niegan a afiliar personas, a pesar de que éstas ya hayan cumplido el tiempo para trasladarse, por el hecho de que dentro de su grupo familiar existe una persona (su hijo, un niño) que padece una enfermedad catastrófica por cada 10.000 afiliados.  N<sub>i</sub> = # de tutelas por ese motivo de la EPS <i>i</i>  A<sub>i</sub> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Enero – noviembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador tiene una relación directa al parámetro requerido por la Corte Constitucional.
Observaciones	De acuerdo con el concepto de la Oficina Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social y a los resultados del informe de tutelas en salud que realizó durante el presente año la Universidad de Los Andes, no se encontró ninguna tutela que responda a esta característica.



**Parámetro 12: Interrumpen el suministro de servicios de salud, porque ya transcurrió un mes luego del momento en que la persona dejó de cotizar, en razón a que ahora es desempleado, antes de que éste haya sido en efecto asumido por otro prestador.**

<b>Indicador 12.1</b>	<b>Número de negaciones por período de mora por 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Ministerio de Salud y Protección Social. Reportes de EPS en cumplimiento de la Resolución 744 del 09 de abril de 2012
Fórmula de cálculo	$NegMora_i = \left(\frac{N_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde:  <i>NegMora<sub>i</sub></i> = Negaciones por período de mora de la EPS <i>i</i> por 10.000 afiliados  <i>N<sub>i</sub></i> = # de negaciones porque el médico que ordena no pertenece a la red de la EPS <i>i</i> reportados por la EPS <i>i</i>  <i>A<sub>i</sub></i> = # afiliados de la EPS <i>i</i></p>
Período informado	Mayo – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Trimestral. Sin embargo en la primera entrega de información se solicitó solamente los datos de mayo y junio.
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador es una buena aproximación a la problemática identificada por la Corte en el parámetro 12, relacionada con las negaciones o interrupciones de servicios debidos a que la persona deja de cotizar porque se quedó sin empleo. La información solicitada mediante la resolución 744 a las EPS recoge estos casos, así como otros que se presentan por período de mora en la cancelación de los aportes.
Observaciones	Para poder recoger la información del caso específico de los desempleados que dejan de cotizar se deberá adicionar un campo en la resolución 744.



**Parámetro 13: Cobran copagos a personas que padecen una enfermedad catastrófica o de alto costo.**

<b>Indicador 13.1</b>	<b>Proporción de personas con Leucemia Linfoide Aguda que realizaron copago por actividades de alto costo</b>
Fuente de Información	Base de Datos de utilización de servicios - Estudio de suficiencia POS - UPC
Fórmula de cálculo	$(N_i/A_i)$
	Donde:
	Ni = Número de personas que realizaron copagos para el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda (C910) Ai = Número de total de personas con el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda (C910)
Período informado	Base de Uso de servicios 2011
Periodicidad del reporte de información	Anual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	La normatividad vigente establece que las personas que tienen Enfermedades Catastróficas y que reciben tratamiento de Alto Costo no realizan copagos. La base de datos de uso de servicio solicita a las EPS información del valor pagado por el usuario para cada uno de los registros. Encontrar un valor superior a 0 para atenciones clasificadas como de alto costo se considera un hallazgo anormal. Para este caso se usó la Leucemia Linfoide Aguda. La información consignada en la base de datos de uso de servicios es entregada por cada EPS con la certificación que corresponde a hechos ciertos.
Observaciones	La información usada corresponde a los registros donde el diagnóstico es C910 y el valor del registro en el campo "Valor Usuario" es mayor a 0.



**Parámetro 14: Se niegan a autorizar servicios de salud que ya han sido ordenados por fallo de tutela.**

<b>Indicador 14.1</b>	<b>Número de quejas por desacatos de Sentencias de la Corte Constitucional por cada 10.000 afiliados</b>
Fuente de Información	Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de quejas y reclamos.
Fórmula de cálculo	$QuejasDesacato_i = \left(\frac{Q_i}{A_i}\right) * 10.000$ <p>Donde: <math>QuejasDesacato_i</math> = Número de quejas por desacato POS por cada 10.000 afiliados <math>Q_i</math> = # de quejas por servicios POS de la EPS <math>i</math> <math>A_i</math> = # afiliados de la EPS <math>i</math></p>
Período informado	Enero – septiembre 2012
Periodicidad del reporte de información	Mensual
Relación del indicador con el parámetro definido por la Corte Constitucional	Este indicador recoge para cada EPS todas las quejas relacionadas con la negación de servicios que han sido ordenados por tutela, por lo cual la relación con el parámetro de la Corte es directa.
Observaciones	