

**Levantamiento de la línea de base de productividad de entidades
intervenidas por el programa de renovación de la administración pública**

**Informe Final
presentado por Fedesarrollo**

Capítulo VI – Instituto de Seguros Sociales (ISS)

Equipo de investigación:

Directora del proyecto: Marcela Meléndez¹

Investigadores: Camila Aguilar, Nicolás González y Nicolás León².

Asesores: Jorge Baldrich³ y Carlos Caballero Argáez⁴

Noviembre de 2006

¹ Subdirectora de Fedesarrollo.

² Autor principal de este capítulo.

³ Consultor independiente y profesor de la Universidad de San Andrés, Buenos Aires, Argentina.

⁴ Investigador Asociado de Fedesarrollo.

1. Resumen ejecutivo

El Instituto de Seguros Sociales es una entidad del estado que ofrece servicios de aseguramiento y protección en el sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales). Anteriormente prestaba servicios de salud en forma directa. A partir de junio de 2003 se escindieron del ISS los servicios hospitalarios que se constituyeron como una empresa independiente, y el ISS pasó a prestar, exclusivamente, servicios de aseguramiento. El trabajo plantea una serie de indicadores que, en forma conjunta, permiten medir la evolución de la productividad en esta entidad a través de un indicador global. Este indicador está compuesto por indicadores de estabilidad financiera, calidad y oportunidad en 3 servicios centrales al cumplimiento de la misión. Los servicios seleccionados son el aseguramiento de (1) riesgos de problemas de salud, (2) riesgo de falta de ingresos causado por invalidez, vejez o muerte, y (3) riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

2. Misión

El Instituto de Seguros Sociales es una entidad del estado que ofrece servicios de aseguramiento y protección en el sistema de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), con calidad, innovación y eficiencia, para generar bienestar a sus usuarios y funcionarios. Busca contribuir al logro de cobertura universal y reinvertir su mayor rentabilidad en toda la sociedad.

3. Actividades principales

El producto/servicio de una compañía de seguros consiste en el aseguramiento de un riesgo. El seguro es el compromiso de pago, por parte de la compañía aseguradora, de una prestación asistencial o económica, en caso de que ocurra un siniestro particular (suceso indeseado contra el cual el cliente se asegura). El asegurador cobra una prima como contrapartida a este compromiso, y asume dos tipos de riesgos, el riesgo de ocurrencia del siniestro, y un riesgo financiero de manejo de los recursos de las primas, que determina el valor futuro de éstas. Parte del objetivo del asegurador es administrar estos riesgos para reducirlos al máximo. Si se presenta el siniestro, el asegurador debe realizar oportunamente el pago de la prestación o indemnización, que puede ser

monetaria o asistencial, provista directamente o subcontratando, después de comprobar que el asegurado cumple con los requisitos estipulados en el contrato. El servicio de aseguramiento consta entonces de tres actividades: (1) Cobro de primas (2) manejo de riesgo y (3) pago del siniestro (prestación, indemnización o pensión).

En el caso del Instituto de Seguros Sociales (ISS), al ser una empresa estatal que cumple una función social, dentro del servicio que presta la entidad está el de buscar generar cobertura total y contribuir a que toda la población esté asegurada.

El ISS asegura los riesgos sociales contemplados por el sistema de seguridad social. Estos se dividen en tres grupos: (1) riesgos de problemas de salud, (2) riesgo de falta de ingresos causado por invalidez, vejez o muerte, y (3) riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El **aseguramiento de una pensión en caso de invalidez, vejez o muerte** en el ISS, se provee a través del sistema de pensiones del ISS, que es el primer sistema de pensiones en el país y el más importante por volumen de afiliados. Éste opera bajo un sistema de pensiones de prima media con prestación definida⁵. La prima es pagada conjuntamente por los trabajadores y empleadores bajo un sistema solidario, en el cual las contribuciones de hoy se destinan a pagar las pensiones de hoy. La pensión consiste en un pago monetario periódico, permanente (en caso de invalidez está condicionado a que se mantenga la condición de invalidez) que se paga a los beneficiarios que son los huérfanos y viudas de un cotizante o beneficiario, las personas mayores o las personas que quedan inválidas, previo cumplimiento de las condiciones de cotización que exige el ISS para ser beneficiario. El funcionamiento del sistema de pensiones depende del número de cotizantes (afiliados que aportan en un período de tiempo determinado), estrechamente ligado al número de afiliados (personas que estando vinculadas laboralmente a una empresa, o que siendo trabajador independiente, se inscriben al régimen de prima media con prestación definida (RPD) administrado por el ISS), y de contribuciones del gobierno nacional, en los casos en que los aportes de los cotizantes y

⁵ La afiliación a un sistema de pensiones es obligatoria para todas las personas empleadas (con algunas excepciones para los trabajadores independientes). Las personas pueden escoger entre el régimen de prima media del ISS y el régimen de ahorro individual de los fondos de pensiones privados. Una vez se escoge un régimen, el trabajador se debe quedar en este durante mínimo 5 años. Cada cambio de régimen implica la misma restricción, aunque no hay una restricción sobre el número de cambios a lo largo de la vida.

los ahorros del sistema, no alcancen a cubrir la nomina pensional de los beneficiarios activos (personas que han ejercido su seguro).

El **aseguramiento en salud** que provee el ISS, a través de su Empresa Promotora de Salud (EPS), es un plan integral de protección en salud (atención preventiva, médica, quirúrgica y medicamentos esenciales), denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)⁶. El Sistema de Seguridad Social en Salud bajo el cual funciona el POS, cubre los riesgos de problemas de salud del cotizante, de su núcleo familiar⁷ y de otros beneficiarios adicionales que este indique. Por este servicio el cotizante paga una prima, en conjunto con el empleador, que se fija con respecto a los ingresos laborales del cotizante y que va al Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA). Los ingresos de la EPS son independientes del valor de la prima de cotización (pero no del pago oportuno de ésta) y corresponden a una Unidad de Pago por Capitación (UPC)⁸ por afiliado, que paga el FOSYGA, la cual reconoce diferencias en costos de aseguramiento por perfiles epidemiológicos⁹ de cada afiliado. Por estos ingresos la EPS del ISS se compromete a pagar prestaciones monetarias y asistenciales ante la ocurrencia de problemas de salud. El aseguramiento monetario consiste en el reconocimiento de ingresos perdidos por incapacidades temporales. El aseguramiento asistencial consiste en la provisión de servicios de salud subcontratados con instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) con el fin de reestablecer la salud del paciente. Para controlar el riesgo de ocurrencia de enfermedades la EPS también subcontrata programas de promoción y prevención.

⁶ El POS lo ofrecen varias EPSs públicas (ISS) y privadas. Todo trabajador está obligado a afiliarse a un POS.

⁷ Serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

⁸ La prima es recaudada por la EPS. Ésta descuenta el valor correspondiente a las UPC del cotizante y su núcleo familiar y le pasa el excedente al FOSYGA. En caso en que el valor de las UPCs sea mayor a la prima el FOSYGA le gira el faltante a la EPS.

⁹ Se compensan las entidades que tienen pacientes a los que deben suministrarle medicamentos retrovirales (tratamiento VIH), diálisis peritoneal y hemodiálisis renal por insuficiencia renal crónica, tratamientos con radioterapia de cáncer y/o medicamentos incluidos para tratamiento con quimioterapia, acto quirúrgico y prótesis en reemplazos articulares de cadera y rodilla, acto quirúrgico para trasplante de médula ósea, corazón y riñón, incluyendo el salvamento de órgano y medicamentos inmunosupresores post trasplante, Acto Quirúrgico en Tratamiento por Enfermedad Cardíaca: Angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía post-angioplastia inmediata); Puente coronario (Bypass) Aortocoronario (con vena safena) uno o más vasos; Recambio valvular. Cambios valvulares con aplicación de prótesis; Corrección de cardiopatías congénitas)

El **aseguramiento contra riesgos profesionales** (accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP)) en el ISS, se provee a través de la Administradora de Riesgos Profesionales (ARP) del ISS. Los clientes de la ARP son las empresas, quienes están obligadas a afiliar a sus trabajadores a una ARP¹⁰. Por cada empleado, las ARP cobran una prima al empleador (o al trabajador independiente en caso de empresas unipersonales), la cual depende tanto de los ingresos salariales de cada trabajador asegurado, como del riesgo de accidentalidad, que se determina de acuerdo al sector en que se desempeña la compañía (existen 5 clases de riesgo). A cambio de esta prima, la ARP se compromete a dar prestaciones económicas y asistenciales al trabajador que sufra una enfermedad profesional, o un accidente de trabajo. La prestación económica consiste en un pago monetario ante incapacidades temporales o permanentes parciales, una indemnización por pérdida de capacidad laboral, o una pensión ante casos de invalidez o muerte (pensión para los sobrevivientes). Esta última va acompañada de un auxilio funerario. Las prestaciones asistenciales consisten en un pago monetario a las EPS o IPS que presten la atención médica al trabajador y/o una prestación directa de servicios de rehabilitación integral (profesional y física). Adicionalmente, la ARP del ISS ofrece servicios de promoción de salud ocupacional y prevención de accidentes y enfermedades de origen laboral¹¹. Algunos de estos servicios no están incluidos en la prima y tienen un costo adicional. La Figura 1 es un cuadro-resumen del negocio del ISS.

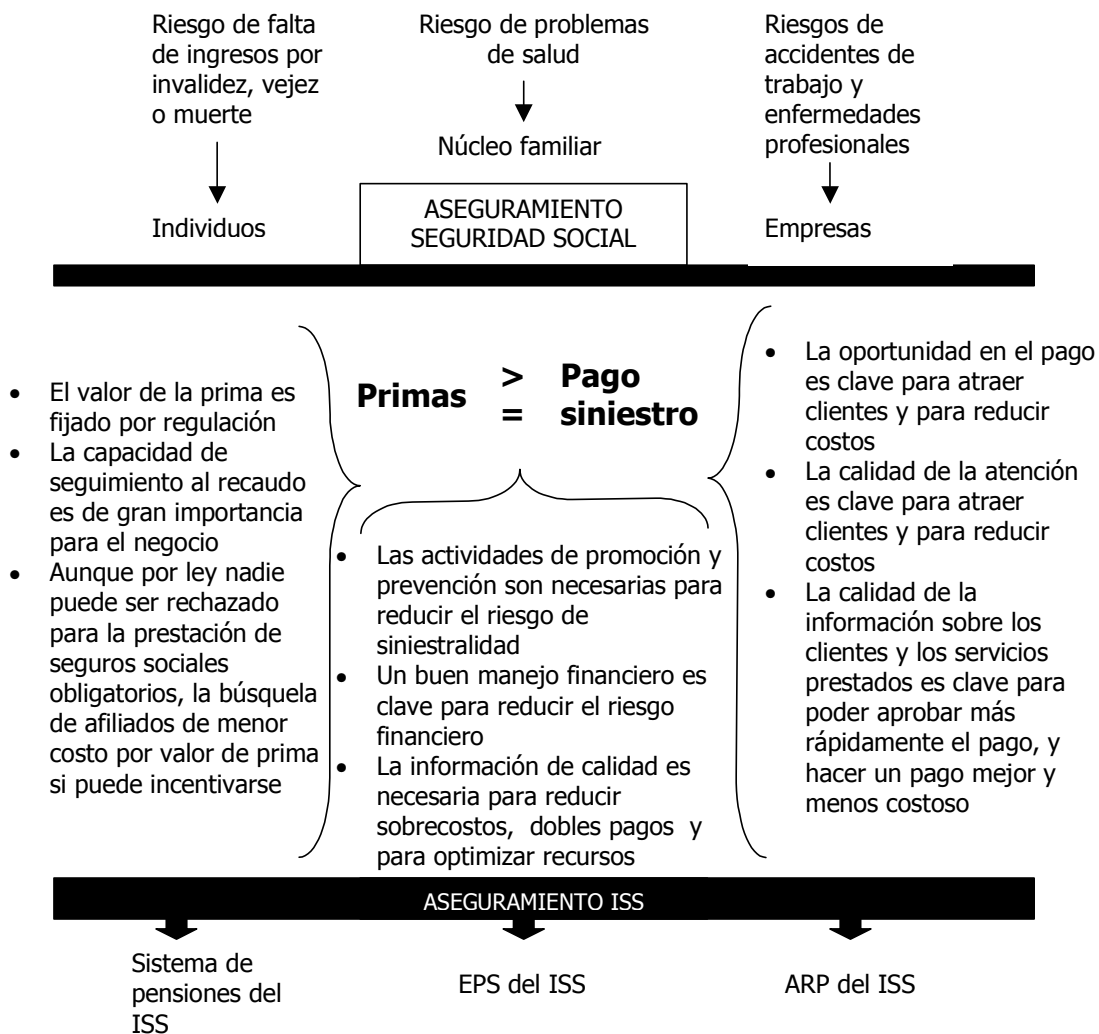
4. Descripción de la reforma del PRAP

El Programa de Renovación de la Administración Pública (PRAP) significó, para el ISS, un cambio tanto en planta como en estructura. En el sector de la salud el Estado venía jugando el tripe papel de regulador, asegurador y prestador de servicios, lo cual implica el riesgo de incurrir en conflictos de interés. La integración vertical del aseguramiento y la prestación del servicio en la figura del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS) distorsionaba la competencia en el mercado, afectando la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. El Decreto 1750 del 26 de Mayo de 2003 escindió del ISS la Vicepresidencia de Prestación de servicios de salud, las clínicas y los centros

¹⁰ Existen ARPs públicas (ISS) y privadas entre las cuales las empresas pueden elegir.

¹¹ Los servicios básicos que presta esta ARP son: Asesoría técnica para el diseño del Programa de Salud Ocupacional, Capacitación básica para el montaje de una brigada de primeros auxilios, Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional o a los vigías ocupacionales, Fomento de trabajo y vida saludables y Acompañamiento y material didáctico para consulta

Figura 1
Esquema del negocio de aseguramiento del ISS



ambulatorios y creó 7 Empresas Sociales del Estado (ESE). Esto afecta tanto a la EPS como a la ARP del ISS. Aunque la separación no implica automáticamente una libertad total de contratación para la EPS del ISS, a partir de junio de 2006 la EPS queda libre para ubicar a sus afiliados, en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPSS) que le representen mayor eficiencia. La reforma también ha significado una reducción de personal y cambios en la contratación que repercuten en menores costos laborales.

5. Indicadores de línea de base para la medición de la productividad

Un ejercicio de seguimiento de la productividad de la entidad debe indicar el desempeño de ésta en la realización de sus funciones, dados unos insumos, y mostrar dentro de los eslabones principales del producto/servicio final (ver capítulo 3), cuales son los más débiles o aquellos en donde se necesita hacer mejoras para aumentar la productividad en el cumplimiento de la misión. También debe permitir identificar el impacto de las reformas del PRAP en la productividad (ver capítulo 4). Con este objetivo, buscando una medida del desempeño misional de la entidad, en este capítulo, a cada una de las actividades identificadas se le asocian una o más formas de medir su evolución en el tiempo. Se construye una línea de base con indicadores que, en forma conjunta, miden productividad, y que pueden calcularse en forma periódica.

El capítulo se divide en 2 secciones. La primera sección presenta el criterio de selección de los indicadores, la metodología de normalización de los mismos y la metodología de ponderación para llegar a un indicador global. La segunda sección presenta los indicadores seleccionados.

5.1 Metodología de selección, normalización y ponderación de indicadores

Como punto de partida para la selección de indicadores, es importante establecer qué se entiende por productividad y cómo se puede medir en el contexto de esta entidad. Productividad es la relación entre un producto y los insumos necesarios para producirlo. Cambios positivos en productividad implican la producción del mismo bien con un menor número de insumos iguales. Cuando el bien cambia o el insumo cambia, es fundamental tener en cuenta estos cambios para medir productividad. Un aumento en productividad podría ser entonces la producción de un bien de mejor calidad con el mismo o menor número de insumos iguales, la producción de un bien con una mejora en calidad mayor al aumento en sus insumos, la producción de un bien con una mejora en calidad con insumos distintos que son equivalentes a igual o menor cantidad del insumo anterior, la producción del mismo bien con insumos distintos que representen menor cantidad del insumo anterior, y otras posibilidades cada vez más complejas de medir.

La medición del producto y de los insumos en el ISS tiene algunas complicaciones que deben ser tenidas en cuenta en la construcción de indicadores de productividad. El

producto de una compañía de seguros es un seguro, asociado al cumplimiento de unas obligaciones por parte de la compañía aseguradora, cuyo valor es una prima – que para los seguros sociales, que operan bajo un sistema solidario, no es equivalente al valor que paga el asegurado por el seguro sino al valor que recibe la institución por asegurar al individuo. Las primas varían según el riesgo, en la EPS y ARP, y según los ingresos en sistema de pensiones. El valor de la prima está regulado y la movilidad de los asegurados es limitada. Esto implica que la calidad del seguro – de la oportunidad del pago y del cumplimiento de las obligaciones - puede cambiar considerablemente sin que ocurran movimientos importantes en el mercado en el corto plazo, y por consiguiente, los cambios en los precios no necesariamente reflejan los cambios en el producto. Los insumos para proveer este producto son los empleados, máquinas, y servicios propios de la institución, los servicios subcontratados para cumplir con los pagos asistenciales, los pagos asistenciales propios y los pagos económicos propios.

En el trabajo, el producto se asocia al valor de la prima (dado una calidad y oportunidad en el cumplimiento de las obligaciones), lo que permite comparar seguros con riesgos distintos. Los insumos se aproximan por su valor monetario que corresponde a los costos de siniestralidad, los costos administrativos para manejar la información y los pagos, y los costos en que incurre la compañía para disminuir la siniestralidad. Con estos valores se construye un indicador de sostenibilidad financiera que sirve como medida de productividad. Este indicador se complementa con indicadores de calidad y oportunidad en el cumplimiento de las obligaciones al asegurado, que controlan por cambios en las características del producto y en la calidad de los insumos que no se recogen en los precios.

Para cada uno de los 3 tipos de seguros que ofrece el ISS se calcula un indicador compuesto de productividad con tres dimensiones de igual peso: (1) sostenibilidad financiera (2) oportunidad y (3) calidad. Cada una de estas dimensiones se mide con una ponderación simple de indicadores normalizados que son diferentes para cada área. El indicador global de la entidad es el promedio simple de los 3 indicadores compuestos. En el Cuadro 1 se presenta un ejemplo de la ponderación. El indicador se construye como una ponderación simple de indicadores en 3 áreas y tres dimensiones, por lo que el indicador global se puede calcular como un promedio simple de un indicador compuesto por tipo de

riesgo asegurado (IPTRA_i) o de un indicador compuesto por dimensión (IPD_i) y ante cambios en el indicador global, el indicador se puede desagregar en cada uno de sus dimensiones y áreas (DiTRA_i) para identificar donde se produjo el progreso o deterioro en la productividad¹².

Cuadro 1
Ejemplo ponderación de indicador global de productividad

Tipo de riesgo asegurado (TRA _i) \ Dimensión (D _i)		D1	D2	D3	Total
		33%	33%	33%	100%
TRA1	33%	D1TRA1	D2TRA1	D3TRA1	IPTRA1
TRA2	33%	D1TRA2	D2TRA2	D3TRA2	IPTRA2
TRA3	33%	D1TRA3	D2TRA3	D3TRA3	IPTRA3
Total	100%	IPD1	IPD2	IPD3	IP

Cada uno de los indicadores de dimensión por área (DiTRA_i) es el promedio simple de un conjunto de indicadores normalizados entre 0 y 10, donde 0 representa un comportamiento ideal y 10 un comportamiento inaceptable, de tal forma que las mejoras en productividad deben acercar el indicador particular, el indicador de área y de dimensión, y el indicador global, a 0. El Cuadro 2 presenta tres ejemplos de normalización de indicadores: I1) La productividad mejora a medida que aumenta el indicador, I2) la productividad empeora a medida que aumenta el indicador e I3) la productividad empeora cuando el indicador se aleja de 0. Para cada indicador se establece un valor a partir del

Cuadro 2
Ejemplo de normalización

Indicador	Valores que puede tomar el indicador sin normalizar		Normalización			
	Valor máximo que puede tomar el indicador sin normalizar	Valor mínimo que puede tomar el indicador sin normalizar	Valor de máxima productividad = 0	Valor de mínima productividad = 10	Formula de normalización (x = valor de indicador sin normalizar)	Rango normalizado a través de la formula
I1	1,000,000	0	> 100,000	= 0	$10 - (x/10,000)$	(0 , 100,000)
I2	500,000	0	< 1,000	> 10,000	$(x-1,000)/900$	(1,000 , 10,000)
I3	1,000,000	-1,000,000	= 0	+/- 1,000,000	$ x /100,000$	(-1,000,000 , 1,000,000)

¹² Es importante anotar que estas ponderaciones reflejan la importancia del comportamiento que el indicador intenta capturar y no de la variable que el indicador está midiendo en forma explícita.

cuál el comportamiento es ideal y otro a partir del cuál el comportamiento es inaceptable. A estos valores se les asignan los valores extremos del indicador normalizado - 0 para productividad ideal y 10 para productividad inaceptable. Para los valores intermedios se establece una formula de normalización que reescala estos valores entre 0 y 10.

El Cuadro 3 compara los valores que tomaría un indicador conjunto de estos tres indicadores, si se realiza con los indicadores normalizados y sin normalizar. En el trabajo, se propone la metodología de normalización para cada indicador y se deja abierto a discusión el valor de los parámetros para definir el nivel del indicador 0 y 10. En cada uno de los indicadores se deja resaltado en azul el lugar en donde debe ir el parámetro máximo y el parámetro mínimo.

Cuadro 3
Comparación indicadores normalizados y no normalizados

Ejemplo	Período		
	1	2	3
I1	1,000,000	300,000	1,000,000
I2	0	3,500	3,500
I3	5,000	450,000	-350,000
IP normal	335,000	251,167	217,833
I1 Normalizado	0	0	0.0
I2 Normalizado	0	2.8	2.8
I3 Normalizado	0.05	4.5	3.5
IP normalizado	0.02	2.43	2.09

Se propone calcular los indicadores de productividad por tipo de riesgo asegurado y dimensión (DiTRAi) para los totales nacionales y no por regiones. La mayoría de la información puede recogerse por entidad regional y la evolución de algunos indicadores individuales puede ser útil a nivel de región para seguir su progreso. Sin embargo, el manejo del riesgo es nacional, y pueden haber diferencias regionales en composición de afiliados y en capacidad institucional (y costos) para prestar los servicios, que hacen que las regiones no sean comparables sin ajustar los indicadores. El indicador de productividad conjunto se estima entonces con base en indicadores nacionales normalizados.

5.2 Línea de base para la medición de la productividad

A continuación se presenta la línea de base para medir productividad en el ISS. Como se señaló anteriormente, los indicadores están divididos en 3 grupos de riesgo: (1) riesgos de problemas de salud, (2) riesgo de falta de ingresos causado por invalidez, vejez o muerte,

y (3) riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Estos 3 grupos de riesgo corresponden a las tres áreas mencionadas en la sección anterior y se representan por las filas del Cuadro 2. Dentro de cada área se presentan indicadores en tres temas, (1) sostenibilidad financiera (2) oportunidad y (3) calidad. Para cada indicador se presenta la metodología para su medición y normalización y una breve justificación para su inclusión. En el anexo se recogen y enumeran todas las variables utilizadas para la construcción de los indicadores, se describen las áreas encargadas de la recolección de la variable (fuente de la variable), se hacen algunas observaciones sobre las variables, y se señala el nivel de agregación al que se debe recoger la variable. En cada indicador se señala el número al que corresponde cada variable en el anexo acompañada de las siglas VA (variable anexo). En la construcción de indicadores se tienen en cuenta los indicadores actualmente en uso en el ISS y los indicadores más comúnmente utilizados en el sector¹³. Estos indicadores corresponden a las 3 columnas denominadas Di del Cuadro 2.

5.2.1 Indicadores aseguramiento de pensión por invalidez, vejez o muerte

5.2.1.1 Sostenibilidad financiera

La sostenibilidad financiera se sigue a través de dos indicadores, ingresos contra egresos del negocio, y participación de costos administrativos. El primero es una aproximación a la siniestralidad cuenta compañía¹⁴ y el segundo mide el peso de los costos administrativos en los ingresos por primas.

Ingresos contra egresos directos al negocio

Este indicador es una medida de sostenibilidad financiera del aseguramiento de pensión por invalidez, vejez o muerte que ofrece el ISS. El indicador mide la relación entre los ingresos por primas, rendimiento de las reservas, e ingresos por cobro de bonos y los pagos de pensiones por invalidez, vejez o muerte, auxilios funerarios e indemnizaciones. El indicador no está midiendo la sostenibilidad financiera de largo plazo en la medida en que no está cuantificando el costo de los compromisos adquiridos con los afiliados actuales. La forma ideal de medir este indicador es comparar el valor esperado del pago en pensiones para los afiliados con el valor esperado de los ingresos. Sin embargo, en la actualidad el

¹³ Se tuvo en cuenta la resolución 1446 de 2006 que determina indicadores para monitorear calidad en EPSs e IPSs, y otros indicadores utilizados por el Ministerio de Protección Social, por el SIGOB, por FASECOLDA, ASOFONFOS, ACEMI y por el Centro de Gestión Hospitalaria.

¹⁴ La siniestralidad cuenta compañía indica la proporción de las primas devengadas que las compañías destinan al pago de los siniestros incurridos. Este es un indicador de uso común en la industria de seguros.

ISS no cuenta con un buen sistema de información que permita medir esto de forma sistemática y precisa. El indicador se construye entonces como una comparación de los ingresos del negocio y egresos del negocio en el periodo, que es una medida de la sostenibilidad financiera de corto plazo, un aspecto relevante de seguimiento.

$$\text{Egresos vs Ingresos} = \frac{\text{Gasto en pensiones, auxilios e indemnizaciones}}{\text{Total cotizaciones, rendimientos y bonos}}$$

Gasto en pensiones, auxilios e indemnizaciones: VA 3 + VA 4 + VA 5

Total cotizaciones, rendimientos y bonos: VA 14 + VA 15 + VA 16

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una relación entre egresos e ingresos de Y % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de Z % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y Z % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Participación costos administrativos

Otro indicador de sostenibilidad financiera que complementa al indicador anterior es la relación entre los costos administrativos y los ingresos por primas, que señala que parte de las primas se destina al funcionamiento de la entidad. Los costos administrativos son todos los costos que no corresponden directamente al pago de las obligaciones al beneficiario (personal, equipos, servicios, papelería, rentas, depreciaciones y otros). Estos costos son los gastos que hace la rama de pensiones del ISS y los gastos que hace el ISS en su conjunto pero que contribuyen al funcionamiento del negocio de pensiones¹⁵.

$$\text{Costo administrativo} = \frac{\text{Costos distintos a pensiones, indemnizaciones y auxilios (CDPIA)}}{\text{Total cotizaciones, rendimientos y bonos}}$$

$$\text{CDPIA} = \text{CFP} - \text{CPIA} + \left[\text{CISSNA} \times \frac{\text{cotizaciones de la FP}}{\text{Cotizaciones totales del ISS}} \right]$$

Total cotizaciones, rendimientos y bonos: VA 14 + VA 15 + VA 16

CFP = Costos totales fondo de pensiones: VA 2

CPIA = Costo pago de pensiones, indemnizaciones y auxilios: VA 3 + VA 4 + VA 5

CISSNA = Costos ISS no asignados a ninguna de las ramas = Costos totales del ISS – CFP – CEPS – CARP:
VA1 – VA2 – VA6 – VA9

Cotizaciones de la FP: VA 14

Cotizaciones totales del ISS: VA 14 + VA 18 + VA 26

¹⁵ Algunos gastos corporativos se pueden distribuir directamente entre las 3 ramas de seguros, mientras que otros gastos no son discernibles. Aquellos gastos no discernibles se distribuyen según la contribución a las cotizaciones de cada una de las ramas, de tal forma que todos los costos de la institución queden incluidos en los costos de alguna de las tres ramas, incluyendo los costos de las oficinas regionales.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una participación de los costos administrativos de Y % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de Z % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y Z % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.1.2 Oportunidad

Tiempo en aprobación de pago de obligaciones

El tiempo de respuesta en el pago de una pensión es un indicador de la oportunidad en el servicio. Señala la prontitud con la que un asegurado puede ejercer su seguro una vez cumple con los requisitos para este, y por ende, el tiempo en que está expuesto a la ausencia de ingresos. Este tiempo puede medirse en diferentes etapas del proceso de reclamo de una pensión. El proceso completo comienza en el momento en que una persona es apta para pensionarse, y termina en el momento en que toman una decisión con respecto a su pensión y lo notifican. Una medida única del tiempo que toma este proceso, es ideal en el sentido en que representa el período en que un afiliado está expuesto al riesgo de ausencia de ingresos, pero tiene el inconveniente de que en el actual sistema, gran parte de este proceso depende del afiliado, quien debe realizar una serie de tramites para poder reclamar su pensión. En este sentido, sería sesgado atribuirle al área respectiva el transcurso de tiempo que le lleva al afiliado la realización de trámites pues lo que se aspira a cuantificar es la productividad del área. Lo anterior hace conveniente dividir el tiempo entre el momento en que se cumplen los requisitos, y el momento en que se aprueba y notifica la pensión¹⁶.

Facilidad del trámite

Este indicador señala el número de días promedio que le toma a un afiliado radicar los papeles para poder ser beneficiario del seguro (el tiempo promedio entre el cumplimiento de los requisitos para pensionarse y el tiempo en que le aceptan los papeles que comprueban el cumplimiento de estos). Este tiempo depende tanto del afiliado como de los requisitos que exija el seguro, y del trabajo previo que haya realizado el ISS para

¹⁶ En la actualidad el fondo de pensiones del ISS le hace seguimiento a este aspecto a través de un indicador de Tiempo de Oportunidad en la Decisión y Número de días promedio para notificación.

informar a sus afiliados los requisitos necesarios y adelantar su cumplimiento previo al momento en que el afiliado es apto para pensionarse.

Facilidad papeles (VA 29)¹⁷ =
$$\frac{\text{Sumatoria de DAPaR para todos los candidatos a pensionarse}}{\text{Número de candidatos a pensionarse (VA 31)}}$$

DAPaR = Días entre el momento en que una persona dice ser Apta para Pensionarse y el momento en que Radica los papeles.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un tiempo de **Y** días o menos para radicar los papeles, es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de **Z** días o más indica problemas graves en los requisitos, o en los procesos para llevarlos a cabo y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** días equivale a $(X - Y) / ((Z - Y) / 10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Agilidad del proceso interno

Este indicador señala el número de días promedio que le toma al ISS aprobar o rechazar, y notificar a un afiliado, el cumplimiento de los requisitos para pensionarse. Este proceso depende exclusivamente de la institución y es determinante para que el beneficiario pueda acceder a su pensión.

Agilidad proceso (VA 30) =
$$\frac{\text{Sumatoria de DRaDN para todos los candidatos a pensionarse}}{\text{Número de candidatos a pensionarse (VA 31)}}$$

DRaDN = Días entre la radicación de los papeles y la notificación de la decisión.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un tiempo de **Y** días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de **Z** días o más es inaceptable y el indicador equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** días equivale a $(X - Y) / ((Z - Y) / 10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Pago oportuno a beneficiarios

Una vez que una persona es declarada como beneficiaria, el ISS ésta obligada a pagarle mensualmente una pensión. El pago oportuno de la pensión es primordial para el asegurado y constituye una de las principales obligaciones del asegurador. El indicador

¹⁷ Es común que los indicadores de oportunidad (tiempos promedio) se reporten ya contruados, en vez de reportar la suma de minutos, horas o días, de las personas atendidas, ya que esa variable es poco común. Por esto, la variable que se reporta es el indicador de resultados. Sin embargo, se solicita también la variable del denominador, por si se quiere reconstruir el numerador. O hacer promedios ponderados.

mide el número de días promedio de impuntualidad en el pago (días entre la fecha en que el seguro pagó la pensión y la fecha en que debía pagarla) a sus afiliados.

$$\text{Puntualidad en el pago (VA 34)} = \frac{\text{Suma de días de impuntualidad}}{\text{Número de pensionados (VA 33)}}$$

Suma de días de impuntualidad = $DI_1 + DI_2 + \dots + DI_i + \dots + DI_N$ donde N es el número de pensionados
 DI_i = Días de impuntualidad en pago a pensionado i = Fecha de pago de la pensión a pensionado i – Fecha de compromiso de pago de la pensión a pensionado i

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un tiempo de Y días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de Z días o más es inaceptable y el indicador equivale a 10. Un indicador entre Y y Z días equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.1.3 Calidad

La calidad en el aseguramiento en pensiones se sigue a través de tres indicadores, certidumbre sobre aseguramiento, calidad en el concepto de cumplimiento de requisitos e información temprana sobre historia de cotizaciones.

Certidumbre de Aseguramiento

Para que una persona sea apta para pensionarse tiene que cumplir unos requisitos de semanas cotizadas, y en el caso de pensiones de vejez, también unos requisitos de edad. Cuando las personas no cumplen con los requisitos, tienen que seguir cotizando hasta completarlos. Cuando un afiliado está en edad muy avanzada y ya no tiene posibilidad de seguir cotizando, este puede tranzar con el ISS una indemnización que corresponde al monto cotizado hasta la fecha, pero no recibe una pensión vitalicia. Dado que el objetivo del ISS es asegurar a las personas contra los riesgos de falta de ingresos contra vejez, invalidez o muerte, el que una persona termine indemnizada y no pensionada representa, en la mayoría de los casos, una falla en el proceso de aseguramiento. Esta falla puede ser un problema de información o de comunicación, que en muchos casos podría ser evitado con mejores sistemas de seguimiento, o empezando el proceso de recolección de información con anticipación para permitir que las personas que no cumplan los requisitos alcancen a tomar medidas para cumplirlos. El indicador mira la relación entre personas que se indemnizan y personas a las que se les aprueba la pensión en el período.

$$\text{Certidumbre pensión} = \frac{\text{número de indemnizados (VA32)}}{(\text{Indemnizados} + \text{pensionados en el período}) (\text{VA 31})}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un porcentaje de **Y** % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** %o más es inaceptable y el indicador equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** días equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Calidad en el concepto de cumplimiento de requisitos

Auditoría decisiones sobre nuevas pensiones

El manejo de la historias de los pacientes se realiza en las oficinas regionales. A nivel nacional se auditan permanentemente expedientes para asegurarse que las decisiones tomadas sobre estos expedientes fueron adecuadas, reduciendo el riesgo de pago indebido de siniestralidad o de injusticias hacia los afiliados. El indicador mide el número de expedientes auditados de nuevos pensionados en los cuales la autorización de la pensión fue equivocada. Este indicador es importante para contrastar el indicador anterior, ya que el número de indemnizaciones no debe bajar a costa de aprobar pensiones que no cumplen los requisitos¹⁸.

$$\text{Error manejo historia} = \frac{\text{Nº de expedientes con problemas en decisión (VA 35)}}{\text{Número de expedientes auditados (VA 36)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un porcentaje de **Y** % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** %o más es inaceptable y el indicador equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** días equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Información acertada sobre cotizaciones

Reclamos

Uno de los insumos más importantes para los afiliados es conocer su historia de cotización tanto en el ISS como en las instituciones anteriores al ISS para poder hacer una planeación laboral y de cotizaciones que les permita culminar su vida laboral con una pensión adecuada a sus necesidades. Por ley el ISS está obligado a reportar a sus afiliados

¹⁸ Actualmente el FP del ISS hace seguimiento a este aspecto a través de un Índice de calidad en la decisión y de un indicador que compara la proporción de expedientes con errores en decisión y/o liquidación sobre el total de expedientes auditados. La medición regional de este indicador puede ser pertinente.

su historia de cotización. Cuando la información de los afiliados no se recoge en forma sistemática desde el momento de la afiliación, la probabilidad de tener imprecisiones en la información aumenta y con ésta, también aumenta el número de reclamos. Un indicador de reclamos por errores en la información en los expedientes es una buena aproximación a la calidad de la información sobre los afiliados en el sistema de pensiones del ISS. El ideal de este indicador sería que se contaran también los reclamos por errores sobre información de cotizaciones previas a la afiliación en el ISS que incluye cotizaciones a otros fondos de pensiones públicos o privados que finalmente repercutirán en el cumplimiento o no de los requisitos para pensionarse¹⁹.

$$\text{Reclamos expedientes} = \frac{\text{Número de reclamos sobre información en expediente (VA 37)}}{\text{Número de expedientes (VA 38)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Un porcentaje de Y % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un valor de Z %o más es inaceptable y el indicador equivale a 10. Un indicador entre Y y Z días equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.2 Indicadores aseguramiento en salud

5.2.2.1 Sostenibilidad financiera

La sostenibilidad financiera se sigue a través de dos indicadores, ingresos contra egresos del negocio, y participación de costos administrativos. El primero es una aproximación a la siniestralidad cuenta compañía y el segundo mide el peso de los costos administrativos en los ingresos por primas.

Siniestralidad

Este indicador es una medida de sostenibilidad financiera del aseguramiento en salud que ofrece la EPS del ISS. El indicador mide la relación entre los ingresos por primas y los

¹⁹ El ISS no recoge actualmente esta información para los fondos de pensiones estatales por lo que tendría que ajustar el sistema de solicitud de bonos pensionales del ISS para que el indicador incluya estos reclamos. Las cotizaciones realizadas por un afiliado a otros fondos de pensiones del Estado, son pagadas al nuevo fondo de pensiones del afiliado a través de un bono redimible al momento de pensionarse el afiliado. Estos bonos pueden reclamarse desde el momento en que el afiliado cambia de fondo de pensión, pero en la actualidad, en el ISS sólo se comienzan a tramitar en el momento en que el afiliado solicita la pensión, muchos años después del retiro del empleado de la entidad en la que cotizaba al otro fondo, por lo que en algunos casos la entidad ya no existe y el afiliado no tiene a quien reclamar estos aportes, lo que puede repercutir en que el afiliado pierda el derecho a pensionarse y el seguro pierda estos ingresos.

gastos en prestaciones económicas y asistenciales que es equivalente a un indicador de siniestralidad cuenta compañía, comúnmente utilizado en la industria de seguros.

$$\text{Siniestralidad} = \frac{\text{Gasto en prestaciones monetarias y asistenciales}}{\text{TIEN}}$$

Gasto en prestaciones monetarias y asistenciales: VA 7 + VA 8

TIEN = Total ingresos efectivos del negocio = IEC + IETR + LMER + IECM + IEC + IEMNP + IERATEP

IEC = Ingresos efectivos por cotizaciones (ingresos por UPC): VA 18

IETR = ingresos efectivos por tutelas recobradas: VA 19

LMER = Licencias de maternidad efectivamente recaudadas en el año: VA 20

IECM = Ingresos efectivos por cuota moderadora: VA21

IEC = Ingresos efectivos por copago: VA 22

IEMNP = Ingresos efectivos por medicamentos no POS: VA 23

IERATEP = Ingresos efectivos por recobros eventos ATEP a ARP privadas e ISS: VA24

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una relación entre egresos e ingresos de **Y** % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Participación costos administrativos

Otro indicador de sostenibilidad financiera que complementa al indicador anterior es la relación entre los costos administrativos y los ingresos del negocio, que señala que parte de las primas se destina al funcionamiento de la entidad. Los costos administrativos, que son los costos en que incurre la EPS y todo el ISS para administrar el sistema, pero que no corresponden directamente al pago de las obligaciones al beneficiario (personal, equipos, servicios, papelería, rentas, depreciaciones y otros). Estos costos son los gastos que hace la rama promotora de salud (EPS) del ISS y los gastos que hace el ISS en su conjunto que contribuyen al funcionamiento del negocio de la EPS²⁰.

$$\text{Costo administrativo} = \frac{\text{Costos distintos a prestaciones monetarias y asistenciales (CDPMA)}}{\text{TIEN}}$$

$$\text{CDPMA} = \text{CEPS} - \text{CPPMA} + \left(\text{CISSNA} \times \frac{\text{Cotizaciones de la EPS}}{\text{Cotizaciones totales del ISS}} \right)$$

²⁰ Algunos gastos corporativos se pueden distribuir directamente entre las 3 ramas de seguros, mientras que otros gastos no son discernibles. Aquellos gastos no discernibles se distribuyen según la contribución, a las cotizaciones, de cada una de las ramas; de tal forma que todos los costos de la institución queden incluidos en los costos de alguna de las tres ramas, incluyendo los costos de las oficinas regionales.

CEPS = Costos totales empresa promotora de salud del ISS = Estos son los costos directos de la EPS y los costos corporativos que se pueden asignar por área para todas las áreas: VA 9
 CPPMA = Costo pago de prestaciones monetarias y asistenciales: VA7 + VA8
 CISSNA = Costos ISS no asignados a ninguna de las ramas = Costos totales del ISS – CFP – CEPS – CARP:
 VA1 – VA2 – VA6 – VA9
 TIEN = Total ingresos del negocio = VA 18 + VA 19 + VA 20 + VA 21 + VA 22 + VA 23 + VA 24
 Cotizaciones de la EPS: VA18
 Cotizaciones totales del ISS: VA 14 + VA 18 + VA 26

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una participación de los costos administrativos de Y % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de Z % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y Z % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.2.2 Oportunidad

La oportunidad en la atención en la EPS del ISS está medida por la rapidez con que se autoriza y se asigna la atención en salud. Las puertas de entrada a la atención en salud en cualquier hospital son la atención por urgencias y la consulta médica y odontológica general. La atención en consulta general es asignada o aprobada por la EPS, y la atención inicial por urgencias, aunque es obligatoria y no está mediada por la autorización de una EPS, si se ve afectada en el momento de remisión a otras áreas del hospital y en procesos más complejos que comienzan en la atención por urgencias, que dependen de la autorización de la EPS. Los otros servicios del hospital – consultas especializadas, hospitalización, cirugía y actividades de apoyo diagnóstico y clínico – a los que se accede a través de estas dos puertas también requieren autorización previa de la EPS.

La oportunidad en el acceso depende de factores administrativos y del tamaño de la red de IPSs a la que tienen acceso los afiliados, que determina la congestión en el acceso a los servicios. La oportunidad en el cumplimiento de las obligaciones de aseguramiento esta medida a través de indicadores de oportunidad en consulta externa, médica y odontológica, general y especializada, en el tiempo de resolución de urgencias, en el acceso a cirugía y en la entrega de medicamentos²¹.

²¹ Gran parte de estos indicadores están contemplados en la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social para su medición por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), incluyendo las EPSs, la cual es de carácter obligatorio. Algunos indicadores se copian textualmente de la resolución. El objetivo es tratar de limitar al máximo los indicadores nuevos para disminuir el esfuerzo administrativo de este ejercicio.

Oportunidad de consulta

Este indicador se calcula por separado para consulta general y especializada, médica y odontológica y se hace un promedio simple de los cuatro indicadores una vez normalizados.

El indicador mide el tiempo en días entre la solicitud de una consulta y la fecha de atención. Entre menor sea el número de días de espera, más oportuno es el servicio, ya que esto contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico. Este registro se lleva para todas las consultas ya sea por entidad o para toda la red²².

$$\text{Oportunidad de consulta } j = \frac{\text{Suma (días de espera de una cita) } j}{\text{Número de consultas solicitadas } j}$$

J: Tipo de consulta

Suma (días de espera de una consulta) = $DE_1 + DE_2 + DE_3 + \dots + DE_i + \dots + DE_N$

DE_i = Días de espera de la consulta i = Fecha consulta i – Fecha solicitud consulta i

Oportunidad de consulta j : Medicina general (VA 39), medicina especializada (VA 40), odontología general (VA 41) y odontología especializada (VA 42)

Número de consultas solicitadas j : Medicina general (VA 43), medicina especializada (VA 44), odontología general (VA 45) y odontología especializada (VA 46)

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una espera de consulta medica general de **Y** días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una espera de **Z** días o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador de oportunidad de consulta entre **Y** y **Z** días equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Una espera de consulta medica especializada de **A** días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una espera de **B** días o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador de oportunidad de consulta entre **A** y **B** días equivale a $(X-A)/((B-A)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Una espera de consulta odontológica general de **C** días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una espera de **D** días o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador de oportunidad de consulta entre **C** y **D** días equivale a $(X-C)/((D-C)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Una espera de consulta odontológica especializada de **E** días o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una espera de **F** días o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador de oportunidad de consulta entre **E** y **F** días equivale a $(X-E)/((F-E)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

²² Si el indicador no se calcula directamente para el total nacional, el promedio entre entidades/regiones se realiza haciendo un promedio ponderado por el número de pacientes atendidos en ese tipo de consulta. En la actualidad, este indicador es medido para la consulta médica general y especializada.

Oportunidad en urgencias

La atención por urgencias está dirigida a personas con una alteración física y/o mental, causada por un trauma o por una enfermedad, que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte. La velocidad con la que un paciente es atendido, recibe un diagnóstico y se le resuelve la urgencia es vital para el paciente y para el funcionamiento del área. Un paciente que entra por urgencias debe ser dado de alta o debe estar diagnosticado y remitido a otra dependencia en menos de 24 horas. Cuando los tiempos son mayores se están presentando fallas, que pueden deberse a congestión en urgencias por falta de médicos o de equipos, por ineficiencias en los procesos, por congestión en otras áreas del hospital o por demoras en la autorización por parte de la EPS. Este tiempo se mide como el número de horas transcurridas entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual el paciente es dado de alta o remitido a otra dependencia del hospital o a otro hospital.

Los pacientes, al llegar a urgencias, se catalogan según el nivel de gravedad de su condición, en cuatro categorías. La primera es para pacientes que necesitan intervención inmediata. La segunda es para pacientes que necesitan atención, pueden esperar unos minutos pero se colocan en observación, la tercera categoría es para pacientes que requieren atención, pero cuyo tratamiento no es prioritario y puede esperar minutos u horas. Finalmente están los pacientes cuya atención no es urgente, por lo que se remiten a consulta externa. Los tiempos esperados de atención y resolución de las urgencias son diferentes para cada categoría, por lo que se calculan tres indicadores, uno para cada categoría, que se normalizan y se promedian para obtener un indicador conjunto de oportunidad en urgencias ajustado por categoría.

$$\text{Tiempo resolución de urgencias } j = \frac{\text{Suma (minutos de resolución de urgencia } j)}{\text{Número de urgencias atendidas } j}$$

Tiempo resolución de urgencias j: riesgo máximo (VA 48), riesgo medio (VA 49) y riesgo leve (VA 50)

Número de urgencias atendidas j: riesgo máximo (VA 52), riesgo medio (VA 53) y riesgo leve (VA 54)

Suma (minutos de resolución de urgencia j) = $MRU_{1j} + MRU_{2j} + MRU_{3j} + \dots + MRU_{ij} + \dots + MRU_{Nj}$

N es el número de urgencias atendidas de la categoría j

j es categoría de la urgencia: Categoría 1 (riesgo máximo), 2 (riesgo medio) o 3 (riesgo leve) ya que la 4 se remite a consulta externa)

ME_{ij} = Minutos de resolución de urgencia j paciente i = Hora de salida de urgencias paciente i – Hora de entrada a urgencias paciente i

Se sugiere el siguiente criterio de normalización de los indicadores:

Para un paciente con urgencia de categoría 1 un tiempo de resolución de una urgencia de **Y** minutos o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de **Z** minutos o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** minutos equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador para la categoría 1 sin normalizar. Para un paciente con urgencia de categoría 2 un tiempo de resolución de una urgencia de **A** minutos o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de **B** minutos o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **A** y **B** minutos equivale a $(X-A)/((B-A)/10)$ donde X es el valor del indicador para la categoría 2 sin normalizar. Para un paciente con urgencia de categoría 3 un tiempo de resolución de una urgencia de **C** minutos o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Un tiempo de **D** minutos o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **C** y **D** minutos equivale a $(X-C)/((D-C)/10)$ donde X es el valor del indicador para la categoría 3 sin normalizar.

Oportunidad de la cirugía

El número de días que un paciente tiene que esperar para poder recibir una cirugía es un indicador de la oportunidad de la intervención. A mayor demora, peor la atención que recibe el paciente.

$$\text{Oportunidad de cirugía (VA 55)} = \frac{\text{Días de espera por cirugía programada (DECP)}}{\text{Número de cirugías programadas realizadas (VA 56)}}$$

DECP = Suma (días de espera por cirugía programada) = $DECP_1 + DECP_2 + \dots + DECP_i + \dots + DECP_N$
 $DECP_i = (\text{Fecha realización cirugía programada paciente } i - \text{Fecha solicitud cirugía programada paciente } i)$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Un valor de **Y** o menos es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Entrega oportuna de medicamentos

Los medicamentos son parte integral del tratamiento médico y en la medida en que los pacientes no tienen acceso a los medicamentos en los tiempos requeridos, se compromete la eficacia del tratamiento. El plan POS solo cubre la entrega de una serie de medicamentos que se conocen como medicamentos POS. En esta medida, la responsabilidad de la EPS es garantizar las existencias de los medicamentos cubiertos por

el seguro. El indicador compara el número de medicamentos POS ordenados por el médico, que son entregados por la farmacia en primera solicitud, con el total de medicamentos POS ordenados en la farmacia. Aunque este indicador utiliza la misma información que ordena recolectar la resolución 1446 para medir oportunidad en la entrega de medicamentos, el cómputo del indicador es ligeramente distinto, ya que no es un promedio del porcentaje de cumplimiento en la entrega por paciente, sino un promedio del porcentaje de cumplimiento del sistema²³.

$$\text{Entrega externa} = \frac{\text{Número de medicamentos POS DCPS (VA 57)}}{\text{Número de medicamentos POS solicitados (VA 58)}}$$

DCPS = Despachados en primera solicitud

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador de oportunidad en la entrega externa de medicamentos: Una tasa de **Y** % o más es óptima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o menos es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Aunque actualmente este indicador no separa los medicamentos por tipo, este indicador permite catalogar los medicamentos por nivel de importancia, de tal forma que la ausencia de ciertos tipos de medicamentos tenga un mayor peso en el indicador que otros medicamentos. Para hacer esto, se separan los medicamentos por grupos y se estima el indicador para cada grupo por separado. Posteriormente se normaliza cada indicador con estándares distintos, y finalmente se hace un promedio simple de los indicadores normalizados.

5.2.2.3 Calidad

La calidad en el aseguramiento en salud se sigue a través de indicadores de certidumbre sobre aseguramiento, mortalidad en algunos grupos vulnerables sujetos a servicios de prevención y promoción, cumplimiento en programas de promoción y prevención y satisfacción de los usuarios con el servicio recibido. Los programas de prevención y promoción tienen gran peso en los indicadores de calidad de la EPS ya que estos dependen más directamente del ISS. Otros indicadores también asociados con calidad,

²³ Este indicador se construye actualmente como el total de formulas despachadas completas en el período sobre el total de formulas despachadas.

como las tasas de reingreso o la calidad de las consultas, dependen preponderantemente de las IPS aunque, indirectamente, dependen del ISS al ser este quien designa las IPS que atienden a sus pacientes.

Certidumbre sobre aseguramiento

Reclamos efectivos por no-cumplimiento de las obligaciones

Cuando los usuarios no reciben un tratamiento al que creen tener derecho dentro de su seguro, imponen una tutela para reclamar la prestación de este servicio. El número de tutelas falladas a favor de los afiliados señalan casos de incumplimiento por parte de la EPS de sus obligaciones como aseguradora (u errores en la defensa de la EPS ante las cortes²⁴). Un indicador de número de tutelas falladas mensualmente a favor del afiliado por la no-prestación de un servicio, es un indicador de calidad en el servicio, en la medida en que la necesidad de recurrir a los estrados judiciales para recibir un servicio al que se tiene derecho plantea incertidumbre sobre el aseguramiento.

$$\text{Tutelas} = \frac{\text{TFAFA}}{12}$$

TFAFA_i = Número de tutelas falladas a favor de afiliados por la no prestación de servicios en el año (VA 59)

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador de tutelas: Y tutelas al mes, o menos, falladas a favor de los afiliados es optimo y el indicador equivale a 0. Z tutelas o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y Z equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Mortalidad de pacientes sujetos a medidas de promoción y prevención

Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo

La neumonía bacteriana es una condición aguda relativamente común, tratable con antibióticos en la mayor parte de los casos. Un tratamiento temprano y adecuado puede prevenir complicaciones de la enfermedad existente, mientras que el tratamiento

²⁴ La acción de tutela es un proceso en el cual la parte acusada tiene la opción de ser escuchada por las cortes, sin que este procedimiento sea necesario para el fallo. Adicionalmente, una vez emitido el fallo, la parte acusada tiene derecho a replica en segunda instancia. A mayor número de casos con resultados finales favorables para los afiliados, mayor el número de tutelas contra las EPSs.

inadecuado para la pulmonía puede aumentar la mortalidad. Las personas menores a 5 años y mayores a 65 años son más vulnerables a complicaciones por neumonía que puedan llevarlas a la muerte. Este indicador mide la tasa de mortalidad por neumonía en los afiliados a la EPS del ISS que están en estos rangos de edad. Esta tasa sirve como una medida de la calidad en la atención a la población vulnerable.

$$\text{Mortalidad por neumonía} = \frac{\text{MN (VA 60)}}{\text{NAGV (VA 61)}}$$

MN = Número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía en menores de cinco años y mayores de 65 años

NAGV = Número de afiliados grupos vulnerables = Número total de pacientes afiliados menores de cinco años y mayores de 65 años

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de mortalidad por neumonía de **Y** % o menos es optima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Mortalidad por maternidad

La mortalidad materna esta asociada con problemas de calidad en el proceso asistencial del parto, en la atención y control prenatal, o con condiciones del paciente no relacionadas directamente con el embarazo. Aunque un indicador ideal separa la mortalidad materna por causas²⁵, esto supone un proceso interno de evaluación complejo, o una auditoría de cada uno de los casos, por lo que el indicador se construye con la totalidad de casos de mortalidad materna. Esto supone que todos los cambios en la mortalidad materna señalan cambios en la oportunidad y en la calidad de la atención²⁶.

$$\text{Defunciones por maternidad} = \frac{\text{Número de defunciones por maternidad (VA 62)}}{\text{Número de nacidos vivos (VA 64)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de mortalidad materna de **A** % o menos es optima y el indicador equivale a 0. Un valor de **B** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **A** % y **B** % equivale a $(X-A)/((B-A)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

²⁵ Como se sugiere en la resolución 1446 de 2006

²⁶ Este indicador se construye actualmente como el número de muertes maternas evitables comparada a una meta.

Mortalidad perinatal

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad de la atención materno infantil. La muerte de un bebe cercano al parto, durante el parto o posterior al parto, aunque depende tanto de los cuidados de la madre, como de las condiciones del bebe, está estrechamente relacionado con los controles médicos y con las condiciones del parto.

$$\text{Defunciones perinatales} = \frac{\text{Número de defunciones perinatales (VA 63)}}{\text{Número de nacidos vivos (VA 64)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de mortalidad perinatal de **C** % o menos es optima y el indicador equivale a 0. Un valor de **D** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **C** % y **D** % equivale a $(X-C)/((D-C)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Cumplimiento programas de promoción y prevención

Esquemas de vacunación niños menores de un año

El cumplimiento en la vacunación a niños menores de un año es central al servicio de promoción de la salud en una población vulnerable, y la población objeto del servicio es claramente identificable (todos los menores de un año afiliados a la EPS del ISS). El porcentaje de niños menores de un año vacunados es una medida de la calidad del servicio de promoción de la salud, y a mayor porcentaje de vacunados, mejor la calidad del servicio.

$$\text{Cumplimiento vacunación} = \frac{\text{NEVA (VA 65)}}{\text{NTN (VA 66)}}$$

NEVA = Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones

NTN = Número total de niños menores de un año afiliados a la EPS del ISS

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de cumplimiento de vacunación de **Y** % o más es optima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Oportunidad en la detección del cáncer de cuello uterino

La detección temprana del cáncer de cuello uterino tiene importantes efectos sobre la mortalidad de los pacientes, y sobre el impacto positivo del tratamiento de salud. Un indicador de la proporción de cánceres de cuello uterino detectados tempranamente mide la calidad de los programas de promoción y prevención para las mujeres afiliadas a la EPS del ISS.

$$\text{Detección temprana} = \frac{\text{Número de pacientes con cáncer de cuello uterino detectados *in situ* (VA 67)}}{\text{Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino (VA 68)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de detección temprana de **Y** % o más es óptima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Satisfacción de los usuarios

Aunque la calidad del servicio de salud es difícil de medir por parte del usuario debido a su carácter técnico, los usuarios pueden detectar algunos aspectos del servicio como la atención y la calidad en la comunicación por parte del médico, la humanidad en el servicio y la percepción de mejoría, que influyen directamente en la satisfacción del usuario y que repercuten en la lealtad a largo plazo de los afiliados. En esta medida es conveniente hacer seguimiento a la proporción de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la EPS del ISS²⁷.

$$\text{Satisfacción global (VA 69)} = \frac{\text{Número de afiliados satisfechos}}{\text{Número de afiliados encuestados}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de cumplimiento de vacunación de **Y** % o más es óptima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

²⁷ Actualmente este indicador se mide a través de dos indicadores, Tasa de intención de desafiliación y a través del índice de insatisfacción con el trato. Este último es igual al indicador propuesto.

5.2.3 Indicadores aseguramiento contra riesgos profesionales

5.2.3.1 Sostenibilidad financiera

La sostenibilidad financiera se sigue a través de dos indicadores, ingresos contra egresos del negocio, y participación de costos administrativos. El primero es una aproximación a la siniestralidad cuenta compañía y el segundo mide el peso de los costos administrativos en los ingresos por primas.

Siniestralidad

Este indicador es una medida de sostenibilidad financiera del aseguramiento contra riesgos profesionales que ofrece la ARP del ISS. El indicador mide la relación entre los ingresos por primas y los gastos en prestaciones económicas y asistenciales que es equivalente a un indicador de siniestralidad cuenta compañía, que es comúnmente utilizado en la industria de seguros. Aunque el ideal en un indicador de siniestralidad es hacer una contabilidad por causación y no por caja, en este ejercicio tanto los gastos como los ingresos se contabilizan cuando entran o salen de la compañía y no cuando se causan. Esto facilita la contabilidad y al mismo tiempo reconoce la posibilidad de incumplimiento en los pagos por parte de los afiliados.

$$\text{Siniestralidad} = \frac{\text{Gasto en prestaciones monetarias y asistenciales}}{\text{TIENB}}$$

Gasto en prestaciones monetarias y asistenciales: VA 10 + VA 11

TIENB = Total ingresos efectivos del negocio básico= IEC + IECC + IECPP

IEC = Ingresos efectivos por cotizaciones: VA 26

IECC = Ingresos efectivos por cobro coactivo: VA 27

IECPP = Ingresos efectivos por cuotas partes patronos: VA 28

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una relación entre egresos e ingresos de **Y** % o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** % equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Participación costos administrativos

Otro indicador de sostenibilidad financiera que complementa al indicador anterior es la relación entre los costos administrativos y los ingresos por cotizaciones, que señala que parte de las primas se destina al funcionamiento de la entidad. Los costos administrativos son los costos en que incurre la EPS y todo el ISS para administrar el sistema que no

corresponden directamente al pago de las obligaciones al beneficiario (personal, equipos, servicios, papelería, rentas, depreciaciones y otros). Estos costos son los gastos que hace la rama de aseguramiento contra riesgos profesionales (ARP) del ISS y los gastos que hace el ISS en su conjunto pero que contribuyen al funcionamiento del negocio de la ARP²⁸.

$$\text{Costo administrativo} = \frac{\text{Costos distintos a prestaciones monetarias y asistenciales (CDPMA)}}{\text{TIENB}}$$

$$\text{CDPMA} = \text{CARP} - \text{VPPMA} + \left(\text{CISSNA} \times \frac{\text{cotizaciones de la ARP}}{\text{Cotizaciones totales del ISS}} \right)$$

CARP = Costos ARP del ISS = Estos son los costos directos de la ARP y los costos corporativos que se pueden asignar por área para todas las áreas, asignados a la ARP: VA 9

VPPMA = Valor pago de prestaciones monetarias y asistenciales VA 10 + VA 11

CISSNA = Costos ISS no asignados a ninguna de las ramas = Costos totales del ISS – CFP – CEPS - CARP
VA1 – VA2 – VA6 – VA9

Cotizaciones de la ARP: VA 26

Cotizaciones totales del ISS: VA 14 + VA 18 + VA 26

TIEN = Total ingresos efectivos del negocio: VA 26 + VA 27 + VA28

Se sugiere el siguiente criterio de normalización: Una participación de los costos administrativos de $Y\%$ o menos es ideal y el indicador equivale a 0. Una relación de $Z\%$ o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y $Z\%$ equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.3.2 Oportunidad

Ante la ocurrencia de un evento ATEP el paciente puede acudir a los servicios de salud a través de su EPS quien posteriormente le cobra los costos del servicio a la ARP, al determinar la naturaleza del siniestro. En esta medida, la oportunidad de la atención médica no depende en forma directa de la ARP del ISS. Sin embargo, la ARP del ISS si toma decisiones con respecto al pago de incapacidades temporales, indemnizaciones, pensiones y reembolsos y, adicionalmente, presta servicios de rehabilitación y de laboratorio.

²⁸ Algunos gastos corporativos se pueden distribuir directamente entre las 3 ramas de seguros, mientras que otros gastos no son discernibles. Aquellos gastos no discernibles se distribuyen según la contribución a las cotizaciones de cada una de las ramas de tal forma que todos los costos de la institución queden incluidos en los costos de alguna de las tres ramas, incluyendo los costos de las oficinas regionales.

Oportunidad en decisión de incapacidades temporales

El número de días que un paciente tiene que esperar para saber la decisión de la ARP sobre su condición de incapacidad temporal es una medida de la oportunidad en el aseguramiento. A mayor demora, peor la atención que recibe el paciente²⁹.

$$\text{Oportunidad decisión incapacidad (VA 70)} = \frac{\text{Días espera para decisión incapacidad temporal (DEDIT)}}{\text{Número de solicitudes incapacidades temporales recibidas (VA 71)}}$$

DEDIT = Suma (días de espera decisión incapacidad temporal) = DEDIT₁ + DEDIT₂ +...+ DEDIT_i +...+ DEDIT_N

DEDIT_i = (Fecha decisión sobre incapacidad temporal paciente i – Fecha de solicitud incapacidad temporal paciente i)

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Un valor de **Y** días o menos es óptimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Oportunidad en decisión de indemnizaciones

El número de días que un paciente tiene que esperar para saber la decisión de la ARP sobre su indemnización es una medida de la oportunidad en el aseguramiento. A mayor demora, peor la atención que recibe el paciente³⁰.

$$\text{Oportunidad decisión indemnización (VA 72)} = \frac{\text{Días espera para decisión indemnización (DEDI)}}{\text{Número de solicitudes indemnizaciones recibidas (VA 73)}}$$

DEDI = Suma (días de espera decisión indemnización) = DEDI₁ + DEDI₂ +...+ DEDI_i +...+ DEDI_N

DEDI_i = (Fecha decisión sobre indemnización paciente i – Fecha de solicitud indemnización paciente i)

²⁹ Actualmente la ARP del ISS hace seguimiento a la oportunidad en la decisión de incapacidades temporales a través de un índice de incapacidades temporales decididas mes, que mide el porcentaje de las solicitudes de incapacidades recibidas en el mes que fueron decididas en el mes, y las solicitudes de incapacidades del mes anterior que fueron decididas en el mes. Este índice no es exactamente un indicador de oportunidad ya que no mide la demora para cada paciente. Pondera igual una solicitud recibida a principio que a final de mes, o a principio y a final del mes anterior.

³⁰ Actualmente la ARP del ISS hace seguimiento a la oportunidad en las indemnizaciones a través de un índice de indemnizaciones decididas mes, que mide el porcentaje de las indemnizaciones recibidas en el mes que fueron decididas en el mes, y las indemnizaciones del mes anterior que fueron decididas en el mes. Sobre la inconveniencia de esta aproximación ver nota anterior.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Un valor de **Y** o menos es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Oportunidad en decisión de pensiones

El número de días que un paciente tiene que esperar para saber la decisión de la ARP sobre su pensión es una medida de la oportunidad en el aseguramiento. A mayor demora, peor la atención que recibe el paciente³¹.

$$\text{Oportunidad decisión pensión (VA 74)} = \frac{\text{Días espera para decisión pensión (DEDP)}}{\text{Número de solicitudes de pensión recibidas (VA 75)}}$$

DEDI = Suma (días de espera decisión pensión) = $DEDI_1 + DEDI_2 + \dots + DEDI_i + \dots + DEDI_N$
 $DEDI_i = (\text{Fecha decisión sobre pensión paciente } i - \text{Fecha de solicitud pensión paciente } i)$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Un valor de **Y** o menos es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

5.2.3.3 Calidad

Cobertura del Programa de Salud Ocupacional

Los programas de salud ocupacional son un elemento importante en la prevención de enfermedades laborales. La proporción de empresas con programas de salud ocupacional en el total de las empresas adecuadas para tener programas de salud (tamaño) es una medida de la calidad de la política de prevención³².

$$\text{Cobertura salud ocupacional} = \frac{\text{Empresas con Programa de Salud Ocupacional (VA 76)}}{\text{Empresas adecuadas para tener un Programa de Salud Ocupacional (VA 77)}}$$

³¹ Actualmente la ARP del ISS hace seguimiento a la oportunidad en la decisión sobre pensiones a través de un índice de pensiones decididas mes, que mide el porcentaje de la solicitudes de pensión recibidas en el mes que fueron decididas en el mes, y las solicitudes del mes anterior que fueron decididas en el mes. Sobre la inconveniencia de esta aproximación ver nota 29.

³² Actualmente este indicador es manejado por la ARP, pero en el denominador cuentan las empresas programadas a ser intervenidas con Programa de Salud Ocupacional. Las empresas programadas corresponden a una meta interna de la ARP y por lo tanto no son un referente objetivo.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Una tasa de cobertura de salud ocupacional de **Y** % o más es óptima y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** % y **Z** % equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Tasa de accidentalidad reportada por tipo de riesgo

Las actividades de promoción y prevención están dirigidas a disminuir la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP). La efectividad/calidad de estas actividades debe manifestarse en un número bajo de eventos ATEP reportados, por grupos de riesgo (5 grupos definidos por ley). El indicador de accidentalidad se construye por grupo de riesgo, se normaliza y posteriormente se promedia con base en la participación del número de trabajadores afiliados en cada grupo de riesgo sobre el total de trabajadores afiliados³³.

$$\text{Accidentalidad } j = \frac{\text{Eventos ATEP en grupo de riesgo } j \text{ reportados en el período}}{\text{Total trabajadores afiliados cotizantes en grupo de riesgo } j \text{ en el período}}$$

Eventos ATEP en grupo de riesgo j reportados en el período: Riesgo 1 (VA 79), riesgo 2 (VA 80), riesgo 3 (VA 81), riesgo 4 (VA 82) y riesgo 5 (VA 83)

Total trabajadores afiliados cotizantes en grupo de riesgo j en el período: Riesgo 1 (VA 85), riesgo 2 (VA 86), riesgo 3 (VA 87), riesgo 4 (VA 88) y riesgo 5 (VA 89)

Donde j es el grupo de riesgo, que van de 1 a 5 y corresponden a la clasificación definida por el ministerio de protección social en el Decreto 1607 de 2002.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización de los indicadores: Para el riesgo 1, un valor de **Y** % o menos es óptimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Para el riesgo 2, un valor de **A** % o menos es óptimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **B** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **A** y **B** equivale a $(X-A)/((B-A)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Para el riesgo 3, un valor de **C** % o menos es óptimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **D** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **C** y **D** equivale a $(X-C)/((D-C)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar. Para el riesgo 4, un valor de **E** % o menos es óptimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **F** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **E** y **F** equivale a $(X-E)/((F-E)/10)$ donde X

³³ Este indicador se trabaja actualmente, en forma agregada.

es el valor del indicador sin normalizar. Para el riesgo 5, un valor de **G** % o menos es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **H** o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **G** y **H** equivale a $(X-G)/((H-G)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Tasa de reintegración laboral de trabajadores

Algunos accidentes de trabajo o enfermedades profesionales afectan la capacidad laboral del trabajador. La ARP del ISS incluye entre sus servicios la rehabilitación de los trabajadores, con el fin de reintegrarlos laboralmente. La calidad de este programa se puede medir por la proporción de casos en que el trabajador se reintegra laboralmente sobre los trabajadores que requieren este programa³⁴.

$$\text{Tasa reintegración laboral} = \frac{\text{Número de trabajadores reintegrados laboralmente (VA 90)}}{\text{Trabajadores que necesitan ser reintegrados laboralmente (VA 91)}}$$

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador de reintegración laboral: Un valor de **Y** % o mas es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de **Z** % o menos es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre **Y** y **Z** equivale a $(Y-X)/((Y-Z)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

Auditoria decisiones de pago de prestaciones monetarias y asistenciales

La calidad de las decisiones sobre pago de pensiones, indemnizaciones e incapacidades temporales es central al aseguramiento de riesgos profesionales. Las decisiones pueden ser incorrectas ya sea porque se pagan prestaciones monetarias y asistenciales a quienes no cumplen las condiciones para recibirlas, o porque no se pagan a quienes si cumplen las condiciones. El número de errores sobre el total de decisiones auditadas es una aproximación a la calidad de las decisiones de la ARP, y una medida del cumplimiento de la ARP de sus obligaciones con sus asegurados.

$$\text{Calidad decisiones} = \frac{\text{Número de errores en decisión (VA 93)}}{\text{Número de decisiones auditadas (VA 92)}}$$

³⁴ Este indicador se trabaja actualmente en la ARP con el mismo numerador pero comparado con un valor meta.

Se sugiere el siguiente criterio de normalización del indicador: Un valor de Y % o menos es optimo y el indicador equivale a 0. Un valor de Z % o más es inaceptable y equivale a 10. Un indicador entre Y y Z equivale a $(X-Y)/((Z-Y)/10)$ donde X es el valor del indicador sin normalizar.

6. Medición de la línea de base

Se hizo solicitud a la ESE LCGS sobre la información disponible para hacer esta sección pero no se ha obtenido respuesta.

Aunque algunas variables pueden demorarse un poco en su recolección, ya que no todos los datos se recogen actualmente en la entidad, la medición de la línea de base solo se debe hacer cuando haya un balance entre la información de sostenibilidad financiera e información de oportunidad y calidad. Esto, sin embargo, no quiere decir que se requieren todos los indicadores para poder tener la estimación de productividad, y la inclusión de algunos de los indicadores de calidad y oportunidad, que pueden ser más demorados de medir, puede hacerse de forma gradual.

7. Recomendaciones de política

El ISS ha hecho cambios importantes ha raíz de la reforma del PRAP. La desintegración vertical le permite a la entidad tener mayor claridad sobre su situación financiera y sus costos, separando los negocios de prestación de servicios de los negocios de aseguramiento. Estos cambios son todavía recientes y requieren de tiempo para consolidarse. La medición de la línea de base de productividad, y su evolución en el tiempo, deben indicar los efectos de estos cambios sobre los usuarios y sobre las finanzas de la entidad, los cuales son difíciles de anticipar. No obstante, los primeros síntomas de la reforma son positivos y las dinámicas que se perciben en el ISS parecen estar encaminadas en la dirección correcta. La reforma del PRAP hace más transparente la misión de la entidad y sus funciones, y permite enfocar los esfuerzos a asegurar los riesgos sociales de la población afiliada. La nueva estructura permite detectar más claramente los problemas, tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios, y facilita su solución. La aproximación a la entidad a través del proceso de construcción de los indicadores y la revisión de información disponible, nos permiten señalar que los sistemas de información con los que opera la entidad, son uno de los

principales cuellos de botella de la entidad, de ahí que la recomendación de política más importante para el Instituto de Seguros Sociales es desarrollar sistemas de información confiables.

En un sistema de aseguramiento, en donde existen problemas de riesgo moral y selección adversa, los sistemas de información de los pacientes son fundamentales. El Fondo de Pensiones el ISS tiene que estar en capacidad de saber el número de semanas cotizadas de todos sus pensionados, al igual que el historial de cotización de sus afiliados, así estos hayan cotizado también en otros fondos de pensiones públicos y privados. Esto le permite a la entidad pensionar rápidamente a las personas que cumplen con los requisitos y tener sistemas de alerta que señalen cuales afiliados han cotizado un número de semanas bajos, de acuerdo a la edad, para avisar a estos afiliados del riesgo que tienen de no pensionarse, le permite a los afiliados saber su situación, lo que posibilita que el ISS cumpla con su misión de asegurar a la población. Estos sistemas también permiten detectar malas prácticas. En la EPS el ISS necesita sistematizar el historial clínico de sus afiliados para poder hacer adecuadamente programas de prevención y promoción, detectar duplicidad en la atención, uso inadecuado de los servicios y de los medicamentos y contratar, de acuerdo a necesidades a los proveedores de servicios. Un sistema de información moderno permite controlar proveedores y detectar malas prácticas. La información de cotizaciones de los afiliados facilita la detección temprana de afiliados que no han cotizado, permitiendo a la entidad conocer quienes no están pagando y así avisarles, o interrumpirles el servicio cuando se cumplan las condiciones dadas por la ley. La ARP es el área que cuenta con mejores sistemas de información de la institución.

El negocio de seguros es un negocio que requiere información detallada y confiable. Cualquier reforma adicional que se haga a esta entidad, tendrá que pasar por una inversión en sistemas de información.

ANEXO

Número de variable	Variable	Fuente	Observaciones	Nivel al que se recoge	Unidades
1	Costos totales ISS°	Vicepresidencia administrativa / Vicepresidencia financiera	Los costos y gastos se construyen utilizando un gran número de fuentes que no están dentro del dominio exclusivo de una vicepresidencia. Sin embargo, la fuente señala la vicepresidencia encargada de construir el dato agregado. La vicepresidencia administrativa, y la vicepresidencia financiera juegan un papel clave en la construcción de las variables de costos y gastos. NOTA: Las inversiones deben amortizarse de acuerdo al uso. En esta medida las inversiones no entran directamente a los costos y gastos, sino a través de las depreciaciones y del pago de intereses, cuando se ha utilizado deuda como forma de financiamiento.	Nacional	Pesos
2	Costos totales fondo de pensiones ISS°	Vicepresidencia de pensiones		Nacional	Pesos
3	Gastos en pensiones fondo de pensiones ISS	Vicepresidencia de pensiones		Nacional	Pesos
4	Gastos en auxilios fondo de pensiones ISS	Vicepresidencia de pensiones		Nacional	Pesos
5	Gastos en indemnizaciones	Vicepresidencia de pensiones		Nacional	Pesos
6	Costos totales EPS ISS°	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Pesos
7	Gasto en prestaciones monetarias EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Pesos
8	Gasto en prestaciones asistenciales EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Pesos
9	Costos totales ARP ISS°	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Pesos
10	Gasto en prestaciones monetarias ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Pesos
11	Gasto en prestaciones asistenciales ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Pesos
12	Ingresos totales ISS*	Vicepresidencia financiera	Los ingresos de interés en esta variable son los ingresos efectivos, que son los ingresos efectivamente en caja. Esto permite controlar por cartera irrecuperable	Nacional	Pesos
13	Ingresos totales fondo de pensiones ISS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
14	Ingresos fondo de pensiones ISS por cotizaciones*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
15	Ingresos fondo de pensiones ISS por rendimientos de cotizaciones acumuladas*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
16	Ingresos fondo de pensiones ISS por bonos*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
17	Ingresos totales EPS ISS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
18	Ingresos EPS ISS por cotización UPC*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
19	Ingresos EPS ISS por tutelas recuperadas*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
20	Ingresos licencias de maternidad EPS ISS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
21	Ingresos EPS ISS por cuota moderadora*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
22	Ingresos EPS ISS por copago*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
23	Ingresos EPS ISS por medicamentos no POS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
24	Ingresos EPS ISS por cobros eventos ATEP a ARPs privadas e ISS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
25	Ingresos totales ARP ISS*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
26	Ingresos efectivos ARP ISS por cotizaciones *	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
27	Ingresos efectivos ARP ISS por cobro coactivo*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
28	Ingresos efectivos ARP ISS por cuotas partes patronos*	Vicepresidencia financiera		Nacional	Pesos
29	Días promedio entre los días que una persona dice ser apta para pensionarse y el momento en que radica los papeles FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	Cuando una persona radica sus papeles para pensionarse debe decir cuando cumplió la condición para pensionarse. Esta puede estar determinada por la fecha de nacimiento de la persona o por las semanas trabajadas. Con esta información se puede calcular esta variable	Nacional	Días
30	Días promedio entre la radicación de los papeles y en el momento en que se notifica al pensionado la decisión FP ISS	Vicepresidencia de pensiones		Nacional	Días
31	Número de candidatos a pensionarse en el período FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	El número de candidatos a pensionarse es el número de afiliados que radican papeles para pensionarse	Nacional	Personas
32	Número de indemnizados en el período FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	Cuando una persona radica papeles y no cumple con los requisitos para pensionarse, esta persona puede seguir cotizando o recibir una indemnización. Esta variable cuenta los indemnizados en el período	Nacional	Personas
33	Número de pensionados FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	El número de pensionados corresponde a todos los beneficiarios (personas que reciben pensión)	Nacional	Personas
34	Días promedio entre la fecha de pago de las pensiones y la fecha en que se debía efectuar el pago de las pensiones FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	Una vez a un afiliado se le reconoce el derecho a pensionarse, este recibe un pago periódico, con unas fechas de pago establecidas. Esta variable mide la tardanza promedio en el pago de las pensiones	Nacional	Días

Número de variable	Variable	Fuente	Observaciones	Nivel al que se recoge	Unidades
35	Número de expedientes con problemas en la decisión FP ISS	Vicepresidencia de pensiones / Dirección de auditoría interna	Una muestra aleatoria de las decisiones sobre pensiones son auditadas para revisar que las decisiones hayan sido adecuadas	Nacional	Expedientes
36	Número de expedientes auditados en el período FP ISS			Nacional	Expedientes
37	Número de reclamos sobre información en expedientes FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	Los FP están obligados a reportar anualmente el historial de cotización a sus afiliados. Cuando esto no coincide con la percepción del afiliado este reclama al FP. Esta variable es la contabilización de estos reclamos	Nacional	Reclamos
38	Número de expedientes FP ISS	Vicepresidencia de pensiones	El número de expedientes debe ser igual al número de afiliados y pensionados	Nacional	Expedientes
39	Promedio días de espera para una consulta médica general EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Esta información puede ser recolectada directamente por las IPS, en cuyo caso la EPS debe exigir esta información y verificarla	Nacional	Días
40	Promedio días de espera para una consulta médica especializada EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Días
41	Promedio días de espera para una consulta odontológica general EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Días
42	Promedio días de espera para una consulta odontológica especializada EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Días
43	Número de consultas solicitadas medicina general EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Consultas
44	Número de consultas solicitadas medicina especializada EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Consultas
45	Número de consultas solicitadas odontología general EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Consultas
46	Número de consultas solicitadas odontología especializada EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Consultas
47	Tiempo promedio de resolución de una urgencia EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Tiempo transcurrido entre la hora de entrada y la hora de salida. Esta información es recolectada directamente por las IPS. La EPS debe exigir esta información a todas sus IPS	Nacional	Minutos
48	Tiempo promedio de resolución de una urgencia pacientes con urgencia máximo riesgo (triage 1) EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Minutos
49	Tiempo promedio de resolución de una urgencia pacientes con urgencia riesgo medio (triage 2) EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Minutos
50	Tiempo promedio de resolución de una urgencia pacientes con urgencia riesgo moderado (triage 3) EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Minutos
51	Número de pacientes atendidos por urgencias	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
52	Pacientes máximo riesgo atendidos	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
53	Pacientes riesgo medio atendidos	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
54	Pacientes riesgo leve atendidos	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
55	Promedio días de espera para cirugía programada EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Esta variable mide el tiempo entre que se solicita autorización para una cirugía y el momento en que se realiza.	Nacional	Días
56	Número de cirugías programadas realizadas	Vicepresidencia de EPS			
57	Número de medicamentos POS despachados en primera solicitud	Vicepresidencia de EPS	Un medicamento corresponde a un producto de farmacia solicitado en una orden médica. Un medicamento POS corresponde a los medicamentos cubiertos por el POS.	Nacional	Medicamentos
58	Número de medicamentos POS solicitados EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Medicamentos
59	Número de tutelas falladas a favor de los afiliados por la no prestación de un servicio en el año EPS ISS	Vicepresidencia de EPS / Dirección jurídica Nacional		Nacional	Tutelas
60	Número de muertes de pacientes menores de 5 años o mayores de 65 con diagnóstico de neumonía EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Esta información puede ser recolectada directamente por las IPS, en cuyo caso la EPS debe exigir esta información y verificarla	Nacional	Personas
61	Número total de pacientes menores de 5 años o mayores de 65 años EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
62	Número de defunciones por maternidad EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Esta información puede ser recolectada directamente por las IPS, en cuyo caso la EPS debe exigir esta información y verificarla	Nacional	Personas
63	Número de defunciones perinatales EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
64	Número total de nacidos vivos EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
65	Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
66	Número total de niños menores de un año afiliados a la EPS del ISS EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
67	Número pacientes con cáncer de cuello uterino detectados in situ EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
68	Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino EPS ISS	Vicepresidencia de EPS		Nacional	Personas
69	% de afiliados satisfechos sobre afiliados encuestados EPS ISS	Vicepresidencia de EPS	Índice de insatisfacción en el trato. Actualmente en uso en la EPS del ISS	Nacional	Porcentaje

Número de variable	Variable	Fuente	Observaciones	Nivel al que se recoge	Unidades
70	Promedio días de espera para la decisión de incapacidades temporales ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Días
71	Número de solicitudes de incapacidades temporales recibidas ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Solicitudes
72	Promedio días de espera para la decisión de indemnizaciones ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Días
73	Número de solicitudes de indemnizaciones recibidas ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Solicitudes
74	Promedio días de espera para la decisión de pensiones ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Días
75	Número de solicitudes de pensiones recibidas ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Solicitudes
76	Número de empresas con programas de salud ocupacional ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Empresas
77	Número de empresas adecuadas para tener programas de salud ocupacional ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Empresas
78	Número de eventos ATEP reportados en el año ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
79	Número de eventos ATEP reportados en el año Riesgo 1 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
80	Número de eventos ATEP reportados en el año Riesgo 2 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
81	Número de eventos ATEP reportados en el año Riesgo 3 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
82	Número de eventos ATEP reportados en el año Riesgo 4 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
83	Número de eventos ATEP reportados en el año Riesgo 5 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Eventos ATEP
84	Total trabajadores afiliados cotizantes ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
85	Total trabajadores afiliados cotizantes Riesgo 1 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
86	Total trabajadores afiliados cotizantes Riesgo 2 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
87	Total trabajadores afiliados cotizantes Riesgo 3 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
88	Total trabajadores afiliados cotizantes Riesgo 4 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
89	Total trabajadores afiliados cotizantes Riesgo 5 ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
90	Número de trabajadores reintegrados laboralmente ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
91	Trabajadores que necesitaban ser reintegrados laboralmente ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales		Nacional	Personas
92	Número de decisiones sobre pago de pensiones, indemnizaciones e incapacidades temporales auditadas en el año ARP ISS	Vicepresidencia de protección de riesgos laborales /	Una muestra aleatoria de las decisiones son auditadas para revisar que las decisiones hayan sido adecuadas	Nacional	Expedientes
93	Número de decisiones auditadas en las que se encontraron errores ARP ISS	Dirección de auditoría interna		Nacional	Expedientes

* Los ingresos reportados deben ser los ingresos efectivos

° Las inversiones se deben amortizar de acuerdo con su uso. En esta medida, en los costos deben entrar las depreciaciones de estas inversiones y no las inversiones como tal.