

PAPELES EN SALUD

Edición No. 10

Marzo de 2017

Bogotá D.C.



MINSALUD

Ranking de Satisfacción EPS 2016



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios (E)**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

MARIO FERNANDO CRUZ VARGAS
**Jefe Oficina Asesora de Planeación y
Estudios Sectoriales**

Ranking de Satisfacción EPS 2016

© Ministerio de Salud y Protección Social

Documento elaborado por**CAMILO ANDRÉS MATAJIRA GAITÁN**

Oficina de Calidad

GERMÁN ESCOBAR MORALES

Jefe Oficina de Calidad

ERIC ARTURO BARNEY IGLESIAS

Oficina de Calidad

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES
GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y EVALUACIÓN PÚBLICA
GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)

Documento de trabajo No: 10

Contenido

RESUMEN	5
Introducción	6
1. Justificación ranking 2016	7
1.1. Cumplimiento normativo	7
2. Cambios con respecto al ranking 2015.....	10
3. Metodología	13
3.1. Contexto de la satisfacción del usuario en salud	13
3.2. Selección de indicadores	16
3.3. Metodología Empírica	19
4. Datos	20
5. Resultados	24
6. Discusión de los resultados.....	26
7. Bibliografía	27

RESUMEN

Este artículo mide el desempeño de las EPS en 2016 utilizando una batería de 44 indicadores de satisfacción del usuario. Estos indicadores se agruparon en tres dimensiones: Oportunidad con 20 indicadores; Satisfacción, 16; y Acceso, 8. Se estandarizaron cada uno de los indicadores y se dieron pesos por dimensión y por indicador. Los resultados del ranking son los siguientes. En lo que concierne al Régimen Contributivo las tres mejores EPS fueron: EPS Suramericana S.A, seguido por Sanitas S.A. y Aliansalud E.P.S S.A. Con respecto al Régimen Subsidiado, las tres mejores fueron: Coosalud EPS; Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS; y Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR. Finalmente, en las EPS indígenas la mejor fue la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira "Dusakawi A.R.S.I".

Palabras clave: EPS, Salud, Aseguradoras, Satisfacción, Ranking, Health Maintenance Organization.

Códigos JEL: I00, I13, I18.

Introducción

Este artículo elabora un ranking de satisfacción de las Empresas Promotoras de Salud --EPS-- en 2016¹ utilizando una batería de 44 indicadores de satisfacción del usuario. Este ranking tiene el objetivo de: orientar el comportamiento de la población en la elección de su EPS; referenciar las EPS más competitivas del sector --en lo que concierne a la satisfacción del usuario; y estimular competencia por calidad entre las EPS.

Para la elaboración del Ranking se calcularon 44 indicadores de la *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado*. Estos indicadores se agrupan en tres dimensiones: Oportunidad con 20 indicadores; Satisfacción, 16; y Acceso, 8. Se estandarizaron cada uno de los indicadores y se dieron pesos por dimensión e indicador.

Los resultados del ranking son los siguientes, en lo que concierne al Régimen Contributivo --RC-- las tres mejores EPS fueron: EPS Suramericana S.A, seguido por Sanitas S.A. y Aliansalud E.P.S S.A. Con respecto al Régimen Subsidiado --RS--, las tres mejores fueron: Coosalud EPS; Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS; y Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR. Finalmente, en las EPS indígenas la mejor fue la Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira "Dusakawi A.R.S.I".

Adicionalmente, este ranking es uno de los insumos para la elaboración de la carta de desempeño que deben entregar las EPS a sus usuarios (Resolución 4343 de 2012, Artículo 5, numeral 5.3); así como también busca ser parte del Ranking de Desempeño de las EPS --que incorporará todas las áreas de desempeño de la entidades. Finalmente, las diferencias metodológicas con respecto al ranking del año anterior --ver MSPS (2015)-- se deben, principalmente, a que para cumplir plenamente con la normatividad vigente es necesario realizar dos ranking: un Ranking de Satisfacción de EPS (el que se presenta en este artículo) y un Ranking de Desempeño (que se abordará en otro documento).

¹ Con información de 2015

1. Justificación ranking 2016

Esta sección se divide en dos partes: i) el marco normativo que exige la elaboración de este ranking por parte del MSPS; y ii) la justificación de las diferencias entre este ranking y el anterior.

1.1. Cumplimiento normativo

Este ranking responder tres obligaciones normativas en Colombia: la Ley 1438 de 2011; el Decreto 1011 de 2006; y la Resolución 4343 de 2012. En este orden de ideas, la primera obligación jurídica que se pretende responder es la Ley 1438 de 2011 --que reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud. En el Capítulo VII --calidad y los sistemas de información-- el Artículo 111 crea el Sistema de Evaluación y Calificación de Actores según el cual:

ARTÍCULO 111. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE DIRECCIONES TERRITORIALES DE SALUD, ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD. Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1o) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos. Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.

El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación.

En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia. (CONGRESO DE LA REPÚBLICA, Ley 1438 de 2011)

Bajo este esquema, la Ley 1438 exige al MSPS la elaboración de un Sistema de Evaluación y Calificación de Actores --SEA-- que debe, entre otros, monitorear y calificar a las EAPB. Hasta ahora, los documentos elaborados por el MSPS (ver Ministerio de Salud y Protección Social, 2014 y 2016) muestran ejercicios robustos en la selección y monitoreo de indicadores; no obstante, el componente de

calificación todavía se encuentra en desarrollo. Esta es la motivación para elaborar un ranking que, en el marco del SEA, sea la herramienta para evaluar y calificar las EAPB.

Adicionalmente, el Decreto 1011 de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud --SOGCS--, en el Título VI, sobre el Sistema de Información para la Calidad --SIC--, establece los siguientes objetivos del SIC:

ARTÍCULO 46.- OBJETIVOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

1. Monitorear.

Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.

2. Orientar.

Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.

3. Referenciar.

Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.

4. Estimular.

Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos. (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006. Artículo 46)

En este orden de ideas, el SIC debe contribuir en la referenciación competitiva de los servicios de las EAPB y orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB. Se debe resaltar que el Decreto 1011 de 2006 no solicita explícitamente la elaboración de un ranking. No obstante lo anterior, los objetivos de orientar y referenciar competitivamente las EAPB, implícitamente solicitan una herramienta que permita al ciudadano distinguir la calidad de las EAPB --un ranking cumple estas características.

Finalmente, la Resolución 4343 de 2012, que unifica la regulación de carta de derechos y deberes, y de la carta de desempeño, en el Capítulo III, sobre la carta de desempeño, establece lo siguiente:

Artículo 5. Contenido de la Carta de Desempeño. Las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado deberán entregar a sus afiliados la Carta de Desempeño de la entidad, la cual contendrá, la siguiente información básica:

5.1 Indicadores de calidad de la entidad promotora de salud. Resultados de los indicadores de calidad de la entidad promotora de salud reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, mostrando la comparación con la media nacional.

5.2 Indicadores de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Resultados de los indicadores de calidad, de las instituciones que hacen parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad promotora de salud, mostrando la comparación con la media nacional.

5.3 Posición en el ordenamiento (ranking). Nivel de posicionamiento de la entidad promotora de salud y de las instituciones restadoras de servicios de salud que hacen parte de su red en el ordenamiento (ranking) de estas entidades.

5.4 Acreditación. Situación de la entidad promotora de salud y de las instituciones prestadoras que hacen parte de su red frente al proceso de acreditación.

5.5 Comportamiento como pagador de servicios. Resultados de los indicadores financieros que reflejen la oportunidad y eficacia de la entidad promotora de salud frente a sus obligaciones como responsable del pago de los servicios de salud.

5.6 Sanciones. Sanciones debidamente ejecutoriadas que le hayan sido impuestas en el último año por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, Resolución 4343 de 2012)

En otras palabras, la Resolución 4343 pide a las EAPB presentar una carta de desempeño a sus usuarios, que debe contener el posicionamiento de la entidad en un ranking. De esta manera, la Resolución 4343 da por sentado la existencia --y la necesidad-- de un ranking de EPS.

Teniendo esto en consideración se puede concluir que el cumplimiento de la normativa vigente requiere la elaboración de uno o varios ranking de EAPB que cumplan ciertas características. Primero, en virtud de la Ley 1438 este ranking debe calificar a las EAPB en el marco del SEA y debe abordar una serie de componentes mínimos. Por otra parte, el Decreto 1011, establece que el SIC debe orientar a los usuarios en la selección de las EAPB y debe contribuir con la referenciación competitiva de estas entidades. Y finalmente, la Resolución 4343 cuando define la carta de desempeño, establece la necesidad de un ranking de EAPB.

2. Cambios con respecto al ranking 2015

Este ranking tiene algunos cambios con respecto al ranking anterior. A continuación presentamos un resumen del ranking anterior y una justificación de los cambios realizados a la luz de la normativa vigente y la literatura internacional.

Para empezar, en el ranking 2015 se definieron 3 dimensiones que dan cuenta de las dimensiones del derecho a la salud que debe proteger un asegurador. Estas dimensiones se redactan en forma de pregunta para facilitar la comprensión del usuario, y son las siguientes: i) ¿qué tanto el asegurador se preocupa por proteger mi salud y evitar que me enferme?; ii) ¿qué tanto el asegurador me facilita el acceso a los servicios cuando los requiero?; y iii) ¿qué tanto el asegurador me informa y facilita afiliarme, desafiliarme y moverme dentro del sistema de salud? Para cada una de estas dimensiones se definió un conjunto de indicadores. Al respecto, la Tabla 1 muestra los indicadores utilizados en la elaboración del ranking. Finalmente, todos los indicadores fueron estandarizados y promediados por dimensión; y el puntaje final es el promedio de todos los indicadores utilizados.

Tabla 1. Indicadores Ranking 2015

Dimensión	Nombre del indicador
Dimensión 1	Tamización de sífilis gestacional
	Porcentaje de tamización para VIH en gestantes
	Porcentaje de personas con diabetes mellitus estudiadas y clasificadas
	Cobertura de citología cérvico uterino
	Cobertura en consulta de crecimiento y desarrollo de primera vez

	% de personas que a la pregunta "¿Su EPS lo ha invitado a utilizar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?"
Dimensión 2	% de personas que obtuvo la cita de medicina general antes de 3 días
	% de personas que obtuvo la cita de medicina especializada antes de 30 días
	% de personas que considera que acceder a servicios de salud (exámenes hospitalizaciones, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue: fácil/muy fácil
	% de personas que a la pregunta "¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios?"
	Porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales
Dimensión 3	% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre sus derechos y deberes
	% de personas a quienes su EPS le ha entregado información sobre el desempeño de su EPS
	% de personas que presentó una queja ante la EPS y su principal motivo fue
	Demora en el servicio de autorizaciones
	Tasa PQR por 10.000

Fuente: Elaboración propia

Sin embargo, si se evalúan los indicadores utilizados en el ranking 2015 a la luz de las obligaciones normativas resulta necesario hacer unas modificaciones para los futuros ranking. Primero, aunque el ranking evalúa algunas de los componentes mínimos requeridos en el SEA, otros quedan sin representación (por ejemplo los temas de administración y flujo de recursos). En segunda medida, a la luz del SIC se debe elaborar un ranking que oriente a los usuarios en la escogencia de la EAPB con base en la calidad; no obstante, a pesar que el ranking utiliza varios indicadores de percepción y satisfacción del usuario, no es claro si la utilización de indicadores de proceso -- indicadores altamente técnicos-- (principalmente en la dimensión 1, ver Tabla 1) son de interés para el usuario final y lo ayudan a tomar una decisión informada.

Adicionalmente, otro aspecto que se debe tener en consideración es si la definición de desempeño en el ranking 2015 es la más adecuada para medir el desempeño. En el ranking anterior, la definición utilizada de desempeño se toma de la OCDE (ver Kelley & Hurst, 2006), y aplica para sistemas de salud en su totalidad, en concreto: "el desempeño hace referencia al mantenimiento de un Sistema de Salud equitativo

y eficiente, que es evaluado con relación a sus metas públicas establecidas, teniendo en cuenta el nivel y la distribución de los beneficios y costos de los servicios individuales y de salud pública" (MSPS, 2015, pág 6). La pregunta sobre esta definición es si la misma métrica para medir sistemas de salud nacionales puede ser aplicada a los diferentes actores del sistema, en este caso a las EAPB.

Por el contrario, otros autores recomiendan medir el desempeño de entidades parecidas a las EAPB de una manera distinta. Por ejemplo, para Ozcan (2007) el desempeño en salud está ligado una combinación adecuada de eficiencia y efectividad. Siendo eficiencia minimizar la cantidad de insumo para un nivel dado de producto; y efectividad el resultado final del servicio de salud. La siguiente cita explica en detalle estos conceptos:

Desempeño, como en otras industrias de servicios, puede ser definido como una combinación apropiada de eficiencia y efectividad. Sin embargo, estos dos términos utilizados frecuentemente, eficiencia y efectividad, son utilizados de manera confusa en el contexto del cuidado de los servicios de salud. Eficiencia por lo general se refiere a usar la menor cantidad de insumos para un número dado de producto. El cuidado eficiente, entonces, significa para el prestador de salud producir cierto nivel de atención o número de atenciones, con un nivel aceptable de calidad, usando la menor cantidad de recursos. En la literatura del desempeño, la eficiencia y la productividad son intercambiables. Mientras que la productividad tiene un significado más amplio, ambos términos son una parte del desempeño. [...] Efectividad, más específicamente, evalúa los resultados del cuidado médico y puede ser afectado por la eficiencia o incluso puede influir sobre la eficiencia, como también tener impactos en el desempeño. (Ozcan, 2007, pág. 4)

Teniendo esto en consideración, se puede observar que los indicadores utilizados en el Ranking 2015 están enfocados principalmente en el concepto de efectividad (los resultados en salud, en satisfacción o indicadores de proceso como proxy de efectividad de la atención); pero, omiten la eficiencia de la prestación (por ejemplo la contención del gasto y en general la eficiencia en la prestación de los servicios)² y esto podría limitar los resultados.

² De hecho, la literatura internacional de este tema tiene el problema contrario. Estudios que miden el desempeño de entidades similares a las EAPB --*Health Maintenance Organizations*-- tienen una fuerte inclinación a medir la eficiencia de estas organizaciones pero tienen dificultad en abordar

En conclusión, esta sección mostró bondades y limitaciones del ranking de 2015. Sin embargo, las limitaciones del ranking son irreconciliables entre sí. Por un lado se necesita un ranking que sea útil para los usuarios en la elección de su EAPB. En particular, un ranking que provea información de interés para el usuario final. Pero, por el otro, se necesita un ranking que pueda calificar y medir el desempeño, para lo cual debe abordar varios temas que no son necesariamente de interés del usuario.

Por lo tanto, se propone que para cumplir estas necesidades en su totalidad se elaboren dos rankings diferentes. Un primer ranking encargado de orientar la selección de EAPB por parte del usuario. Por lo tanto ordenará a las entidades según criterios de interés para el usuario. Este ranking se llamará Ranking de Satisfacción de EPS y es el que se desarrolla en este documento. El otro ranking, el Ranking de Desempeño de EPS, deberá ordenar a las entidades según su desempeño y calificará a las EAPB en todas las áreas requeridas por el SEA -incluido el flujo y administración de recursos. Además, este segundo ranking debería seguir las metodologías empíricas utilizadas en la literatura internacional --como Análisis Envolvente de Datos (DEA) y Frontera Estocástica (SFA) según se estime conveniente-- para realizar el ordenamiento.

3. Metodología

La metodología de este Ranking se puede dividir en tres partes: contexto de la medición de la satisfacción del usuario en salud; selección de indicadores; y metodología empírica.

3.1. Contexto de la satisfacción del usuario en salud

El concepto de satisfacción de utilizado en este artículo es el siguiente: "algo que satisface cumple adecuadamente con las expectativas, necesidades y deseos de los usuarios, y no da espacio para la queja"³ (Crow, 2002, p.1, traducción propia). Es así como la satisfacción conjuga dos importantes aspectos: i) los estándares personales y predefinidos en nuestra conciencia, y ii) la percepción de la atención recibida. Esto hace de la satisfacción un concepto subjetivo, pues lo

el componente de efectividad por la escasez de los datos (ver por ejemplo Rosenman et.al. (1997), Draper et.al. (2000), Siddhartan et.al. (2000)

³ "Something that satisfies will adequately fulfill expectations, needs or desires, and, by giving what is required, leaves no room for complaint" (Crow, 2002, p.1).

que satisface a una persona puede que no satisfaga a otra. Teniendo esto en consideración, existen tres enfoques a los determinantes de la satisfacción.

El primero --basado en la psicología-- resalta las expectativas como el principal determinante de la satisfacción (ver por ejemplo Thompson & Sunol (1995); Kravitz (1996) y Ross et. al. (1987), citados en Crow, (2002). Bajo este esquema, la satisfacción resulta de la diferencia entre las expectativas y lo percibido durante la atención. Es decir, cuando las expectativas son mayores a la percepción de la experiencia recibida, habrá insatisfacción; mientras que si las expectativas son menores a la percepción experimentada, habrá satisfacción Cottle (1990), citado en Crow (2002).

Este enfoque implica que para poder medir la satisfacción deban evaluarse tanto las expectativas como la experiencia y que estas sean comparadas. Lo cual es difícil debido a que las expectativas por lo general no se informan, no se registran o son imprecisas; además, éstas pueden ser manipuladas por profesionales de la salud (Fitzpatrick, 1983 , citado en Crow (2002)).

El segundo enfoque es el basado en los atributos del servicio de salud. Por lo general, la literatura que utiliza este enfoque pregunta a los usuarios por una lista de aspectos críticos de la calidad de la atención para construir un índice de satisfacción. Y con esta información desarrollan instrumentos o formularios para medir la satisfacción de los usuarios. Estudios de estas características resaltan la importancia de tres factores principales para la satisfacción: las características de la atención por parte del prestador (sensibilidad, afecto, cariño), la relación médico-paciente (participación del paciente, soporte emocional) y factores relaciones con la estructura y ubicación del servicio de salud (privacidad, limpieza, alimentos y apariencia personal de trabajadores) (Crow et. al., 2002, p.7-8). Adicionalmente, los proponentes de este enfoque también reconocen la importancia de los antecedentes de los pacientes en la manifestación de su satisfacción, entre otros: la edad, género, raza ingreso, educación y estado de salud.

El tercer enfoque es el económico, que relaciona la satisfacción con la utilidad del consumo de un servicio o producto de salud. En este enfoque la satisfacción tiene dos factores principales: i) la utilidad de consumir el bien de salud sea mayor que la des-utilidad de su costo; y ii) que la utilidad experimentada sea mayor igual a la utilidad esperada (expectativas). En este sentido, esta teoría comparte similitudes con la de las expectativas. Además, bajo este enfoque la forma en que se elabora la expectativa de utilidad varía de producto en producto, y de estos existen tres tipos: bienes de búsqueda, que

se realizan antes de adquirir el bien, y predicen la utilidad por lo que las expectativas son claras; bienes de experiencia, se forman luego de adquirir el bien, no son claras y hay cierto grado de incertidumbre sobre la satisfacción que produzcan; y los bienes de confianza, determinados por la confianza, donde incluso luego de adquirir el bien existe baja expectativa, debido a que sus características no son totalmente aparentes (Crow et. al, 2002, p.8).

El último enfoque, es la visión holística de la satisfacción en salud. Este enfoque reúne todos los factores antes mencionados que influyen en la satisfacción, e incluye otros, como por ejemplo los valores sociopolíticos de los usuarios con respecto al sistema de salud. En este sentido, la determinación de la satisfacción es un modelo endógeno y dinámico con dos mecanismos de retroalimentación: el primero, en el que la actitud del usuario frente al servicio de salud, es afectada por sus experiencias, lo que a su vez altera sus expectativas y juicios de valor, que incide en su actitud (mecanismo denominado el "consumidor aprende de la experiencia"). Y el segundo, en el que el usuario expresa su satisfacción (o insatisfacción) y eso genera estímulos en el prestador para modificar su servicio (mecanismo denominado "consumidor como activista"). Una forma de medir satisfacción bajo este enfoque es preguntar a los usuarios si utilizarían el servicio otra vez o si lo recomendarían a otra persona (Crow et. al, 2002, p.9).

El enfoque que se utiliza en este ranking tiene en consideración los cuatro enfoques pero se asemeja más al de servicios de salud. La aproximación que se propone no consiste en medir las expectativas de los usuarios --de hecho la disponibilidad de información no lo permite-- sino en construir indicadores que midan la satisfacción final. Para luego agregar los resultados a través de unos pesos predeterminados. Sin embargo, el problema con esta aproximación se resalta en los dos primeros enfoques: la satisfacción (o insatisfacción) está mediada por las expectativas de los usuarios. Por lo que una EPS que preste buenos servicios puede ser calificada negativamente por un usuario que sea exigente. No obstante, el muestreo aleatorio de la fuente de datos utilizada --que se presentará en una sección posterior-- nos permite suponer que no deberían existir diferencias sistemáticas entre las expectativas (o exigencia) de los usuarios de una EPS a otra (por lo menos dentro del mismo régimen) por lo que mayores niveles de percepción indican mayor satisfacción y mejor calidad del servicio. Es importante señalar que las preguntas trazadoras del enfoque holístico fueron involucradas en la construcción de los indicadores, a saber i) "Recomendaría esta EPS a familiares y amigos" y ii) "ha pensado cambiarse a otra EPS".

3.2. Selección de indicadores

Como se mencionó en la sección anterior, este ranking busca responder a las necesidades de los usuarios del sistema de salud y al mismo tiempo dar continuidad al Ranking de 2015. Con respecto a lo primero, una forma de indagar por los intereses de los usuarios es observar el comportamiento de las quejas interpuestas. En este sentido, la Tabla 2 muestra las fuentes principales de quejas de los usuarios encuestados en el año 2015⁴. En concreto se puede observar que la mayor fuente de quejas es la *demora en el servicio de autorizaciones* con 31.17%; seguido por *demoras en las citas y en los procedimientos* con 24.39%; y no solución de problema de salud por parte de los médicos con 9.27%. Los dos primeros motivos de quejas dan cuenta de dos áreas principales que debe abordar un Ranking de satisfacción del usuario en Colombia: rapidez --oportunidad-- de las atenciones y autorizaciones y facilidad (o dificultad) de acceso. El tercer motivo de queja da cuenta de la efectividad de los servicios, dimensión que puede ser abordado a través de preguntas de satisfacción global del usuario.

Tabla 2. Distribución ¿Cuál fue el principal motivo de la última queja que presentó?

Respuesta	Porcentaje	Acumulado
a. Demora en el servicio de autorizaciones	31.17	31.17
b. Demora para la cita o realización del procedimiento	24.39	55.55
f. No se resuelve el problema de salud por parte de los médicos	9.27	64.82
i. Negación de los servicios porque no están dentro del POS	8.86	64.82
e. Maltrato o mala atención por parte del personal de salud	8.51	82.19
c. Dificultades para comunicarse con la EPS	4.34	86.54
m. Problemas en el estado de afiliación	2.69	89.22
h. Demoras en los sitios de atención	2.66	91.89
l. Traslado de EPS	2.06	93.95
j. No hay agenda	2.02	95.97
d. Cobros indebidos	1.96	97.93
k. Reconocimiento de Licencias, incapacidades o reembolsos	1.04	98.97

⁴ Es importante señalar que el Ranking 2016 se realiza con información de 2015; así como el ranking de 2015 se hizo con información de 2014.

g. Equivocación en el diagnóstico y/o tratamiento	1.03	100
Total 100		100

Fuente: Elaboración propia

Teniendo esto consideración, se definieron y calcularon indicadores que den cuenta de Oportunidad, Satisfacción y Acceso a partir del cuestionario de la *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado* -ver Ministerio de Salud y Protección Social (2015). La Tabla 3 muestra los indicadores seleccionados agrupados en sus respectivas dimensiones. Adicionalmente, la metodología de cálculo de estos indicadores está descrita en el Anexo 1.

Cabe resaltar, que los indicadores propuestos dan continuidad a los del ranking anterior (ver Tabla 1). En particular, la mayoría de los indicadores calculados con la Encuesta de Servicios de las EPS continuaron o se reformularon utilizando otras preguntas de la encuesta. Además, la tasa de Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) por 10.000 afiliados --presente en el ranking anterior-- se calculará utilizando información de la encuesta y no de la Superintendencia Nacional de Salud con el objetivo que el Ranking de Satisfacción tenga una única fuente de información. De esta manera, los únicos indicadores que no fueron tenidos en consideración del ranking 2015 son indicadores de proceso que serán incluidos en el Ranking de Desempeño mencionado en el capítulo anterior.

Tabla 3. Indicadores Ranking 2016 y ponderaciones

Dimensión	Indicador	Ponderación
Oportunidad (30%)	Oportunidad Medicina general (-)	3%
	Oportunidad Medicina especializada (-)	3%
	Oportunidad Exámenes de laboratorio (-)	3%
	Oportunidad Radiografías, imágenes etc. (-)	3%
	Oportunidad Odontología (-)	3%
	Oportunidad Cirugía (-)	3%
	Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje) (-)	3%
	Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada) (-)	3%
	Oportunidad Entrega de medicamentos (-)	3%
	Oportunidad Autorizaciones (-)	20%
	Percep. Opor. Medicina general	3%
	Percep. Opor. Medicina especializada	3%
	Percep. Opor. Exámenes de laboratorio	3%

Dimensión	Indicador	Ponderación
	Percep. Opor. Radiografías, imágenes etc.	3%
	Percep. Opor. Odontología	3%
	Percep. Opor. Cirugía	3%
	Percep. Opor. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	3%
	Percep. Opor. Citas prioritarias (cita no programada)	3%
	Percep. Opor. Entrega de medicamentos	3%
	Calif. Proc. Autorizaciones	20%
Satisfacción (40%)	Calif. Serv. Medicina general	3%
	Calif. Serv. Medicina especializada	3%
	Calif. Serv. Exámenes de laboratorio	3%
	Calif. Serv. Radiografías, imágenes etc.	3%
	Calif. Serv. Odontología	3%
	Calif. Serv. Cirugía	3%
	Calif. Serv. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	3%
	Calif. Serv. Citas prioritarias (cita no programada)	3%
	Calif. Serv. Entrega de medicamentos	3%
	Calif. Comunicación con EPS	7%
	Calif. Trato Per. Administrativo	7%
	Calif. Trato Per. Asistencial	7%
	Calif. Solución necesidad	7%
	Calif. Experiencia global	7%
	Recomendaría a familiares y amigos	19%
	Ha pensado cambiarse a otra EPS	19%
Acceso (30%)	Calif. Acceso servicios EPS	13%
	Considera poder acceder serv. de forma Opor.	13%
	No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc. (-)	13%
	Tutela o derecho de petición para acceder a serv. (-)	20%
	Ha consid. interp. queja o derecho de petición (-)	20%
	Entregaron carta de derechos y deberes	7%
	Calif. Carta de derechos y deberes	7%
	Calif. Utilidad carta de derechos y deberes	7%

Fuente: Elaboración propia

3.3. Metodología Empírica

La metodología consta de dos pasos: estandarización y agregación de resultados. Con respecto a la estandarización todas las variables son estandarizadas para que se encuentren en el mismo rango de 0 a 100. La estandarización ajusta todos los indicadores para que el mejor puntaje sea 100 y el peor 0. Esto se logra con la siguiente estandarización:

$$Z_1(i) = 100 * \frac{x_i - \min[x_j]}{\max[x_j] - \min[x_j]} \quad (1)$$

$$Z_2(i) = 100 * \frac{\max[x_j] - x_i}{\max[x_j] - \min[x_j]} \quad (2)$$

En el caso en que el indicador sea mejor en la medida que sea más alto se debe utilizar la ecuación 1, de lo contrario se debe utilizar la ecuación 2. Cabe resaltar que en la Tabla 3 los indicadores que terminan con "(-)" son aquellos que se estandarizan con la ecuación 2.

Luego de la estandarización, se calculan los puntajes de oportunidad, satisfacción y acceso como el promedio ponderado de cada uno de los indicadores de su grupo, los ponderadores se encuentran en la última columna de la Tabla 3.

Con respecto a los ponderadores estos responden a los siguientes criterios. Primero, en lo que concierne a los ponderadores de las dimensiones de oportunidad, satisfacción y acceso; se dio ligeramente mayor peso a la dimensión de satisfacción porque las indicadores de esta dimensión también capturan información de la oportunidad y el acceso de la EPS. Segundo, dentro de la dimensión de oportunidad se dio un peso de 20% a los indicadores relacionados con autorizaciones para balancear el peso de los servicios y de las autorizaciones. Es decir, una vez se aplican los ponderadores el peso de las 18 preguntas de servicios sería 60% y el de autorizaciones de 40%. Tercero, en los pesos de la dimensión de satisfacción se dio un mayor peso (19%) a los indicadores de "Recomendaría a familiares y amigos" y "Ha pensado cambiarse a otra EPS" porque son indicadores trazadores de la Resolución 256. Se dio un peso de 7% a los indicadores que proveen información diferente a la prestación de servicios de salud; y 3% a los servicios de salud que también se calificaron en la dimensión de oportunidad. Cuarto, en la dimensión de acceso con los ponderadores se buscó balancear el peso de las tres primeras preguntas que indagan sobre acceso de una manera general (la suma de esas tres da 39 %); dar una representación similar al componente de tutelas y quejas (40

%) y dar visibilidad al componente de carta de derechos y deberes (21 %).

Finalmente, el puntaje total se calcula como el promedio ponderado de los puntajes de oportunidad (30%), satisfacción (40%) y acceso (30%). El ranking se construye ordenando los puntajes de mayor a menor y los resultados se presentan por régimen. Es importante resaltar que las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasifican como “Régimen Subsidiado” si la mayor proporción de los encuestados reportaron pertenecer a este régimen o “Régimen Contributivo” en el caso contrario. Se clasifica como EPS indígena aquellas cuyo código de la Superintendencia Nacional de Salud comienza con “EPSI”.

4. Datos

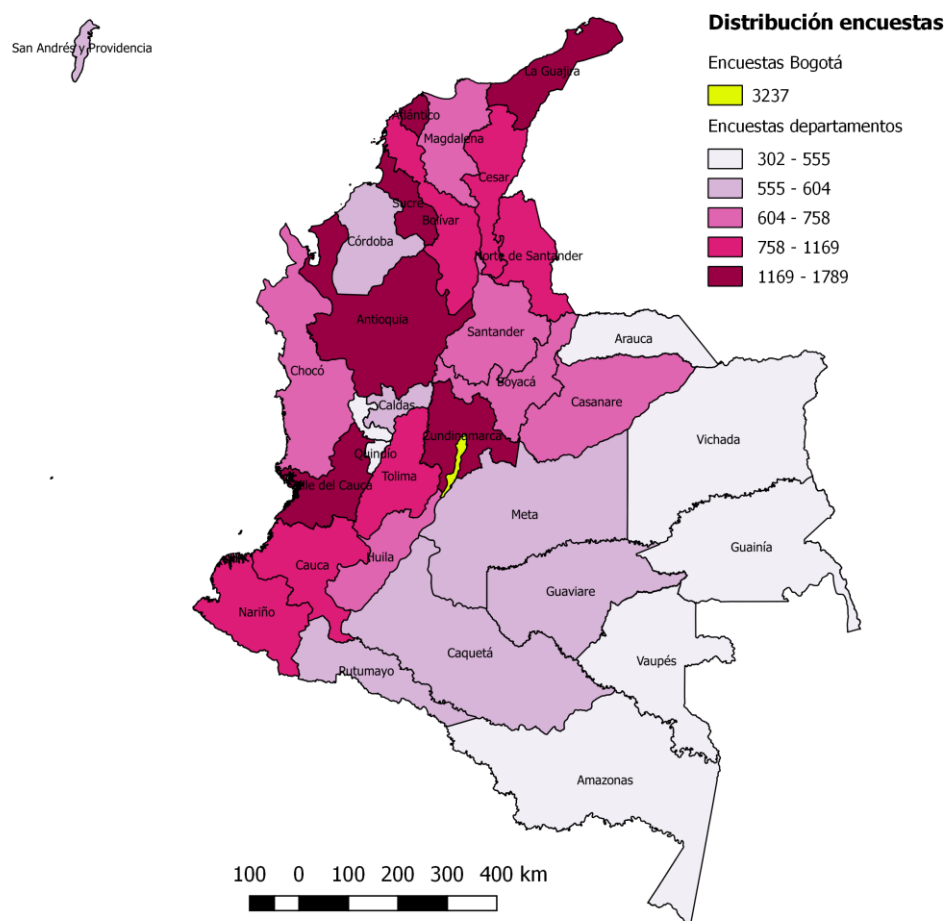
La fuente principal de la información es la *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado*. Esta encuesta es desarrollada por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social y, como su nombre lo indica, busca proveer información que permita evaluar los servicios de las EPS. Los resultados de la encuesta se pueden consultar en el Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

En esta encuesta, el universo de estudio corresponde a todas las personas que recibieron atención por parte de las EPS durante los 6 meses previos a la aplicación de la encuesta. Es decir, este último lo conforman 16.555.627 personas, de las cuales el 54,7% pertenecen al RS y el 45,3% al RC. Adicionalmente, el diseño busca representatividad estadística a nivel de EPS, departamento y régimen de salud (subsidiado y contributivo). Cabe resaltar que la encuesta no incluye regímenes especiales (FFMM, Policía y Ecopetrol) y exentos (Universidades públicas).

En este año la encuesta se compone de 29.761 encuestas efectivas -en 73 municipios de 32 departamentos y el Distrito Capital-- recolectadas entre el 7 de octubre y el 10 de diciembre de 2015. Teniendo esto en consideración, se excluyó del análisis a las EPS Colsubsidio y Cafam porque a la fecha del levantamiento de información no se encontraban vigentes en el Sistema de Seguridad Social por su retiro voluntario según Resolución 1226 de 2015 y 1031 de 2015 de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por su parte, el Anexo 2 contiene la ficha técnica de la encuesta. La Figura 1 muestra la distribución de las encuestas en el territorio nacional. En el proceso de asegurar representatividad estadística por régimen y por EPS los principales departamentos encuestados fueron: Bogotá D.C, Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca, Sucre, Atlántico y la Guajira.

Figura 1. Distribución departamental de las encuestas



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la información recolectada, la Tabla 4 muestra las estadísticas descriptivas de todos los indicadores utilizados en el ranking. Por su parte, el Anexo 3 muestra las estadísticas descriptivas de los indicadores estandarizados.

Tabla 4. Estadísticas descriptivas

Variable	Todas las EAPB			Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado			R.S Indígenas		
	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.
Oportunidad												
Oportunidad Medicina general	43	3.21	2.22	12	5.08	2.02	25	2.72	1.95	6	1.52	1.01
Oportunidad Medicina especializada	43	18.67	8.78	12	26.50	6.99	25	16.56	7.93	6	11.83	3.54
Oportunidad Exámenes de laboratorio	43	1.54	2.20	12	1.00	0.00	25	1.28	0.74	6	3.70	5.62
Oportunidad Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	3.98	5.05	12	4.75	4.05	25	4.36	5.84	6	0.85	0.73
Oportunidad Odontología	43	2.73	2.26	12	4.85	2.49	25	2.09	1.65	6	1.17	0.74
Oportunidad Cirugía	43	9.84	8.46	12	14.50	9.95	25	8.24	7.78	6	7.17	4.45
Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	6.10	8.01	12	6.50	5.21	25	6.85	9.69	6	2.19	2.69
Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada)	41	1.29	4.64	12	0.49	0.57	25	0.67	0.66	4	7.61	14.93
Oportunidad Entrega de medicamentos	43	0.17	0.40	12	0.05	0.02	25	0.27	0.51	6	0.02	0.01
Oportunidad Autorizaciones	43	9.37	5.08	12	8.33	4.08	25	10.80	5.05	6	5.50	5.17
Percepción Oportunidad Medicina general	43	0.46	0.14	12	0.36	0.07	25	0.48	0.13	6	0.57	0.18
Percepción Oportunidad Medicina especializada	43	0.27	0.10	12	0.24	0.08	25	0.26	0.08	6	0.36	0.14
Percepción Oportunidad Exámenes de laboratorio	43	0.53	0.14	12	0.49	0.09	25	0.55	0.16	6	0.52	0.19
Percepción Oportunidad Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	0.44	0.20	12	0.43	0.13	25	0.43	0.21	6	0.53	0.29
Percepción Oportunidad Odontología	43	0.55	0.12	12	0.44	0.08	25	0.58	0.09	6	0.63	0.19
Percepción Oportunidad Cirugía	43	0.42	0.20	12	0.39	0.19	25	0.43	0.21	6	0.44	0.16
Percepción Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	0.43	0.26	12	0.41	0.10	25	0.43	0.26	6	0.50	0.45
Percepción Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada)	41	0.47	0.24	12	0.42	0.11	25	0.52	0.27	4	0.30	0.24
Percepción Oportunidad Entrega de medicamentos	43	0.66	0.13	12	0.61	0.07	25	0.67	0.14	6	0.69	0.16
Calificación Proceso de Autorizaciones	43	0.19	0.09	12	0.20	0.08	25	0.16	0.08	6	0.28	0.07
Satisfacción												
Calificación Servicio Medicina general	43	0.76	0.10	12	0.71	0.07	25	0.76	0.10	6	0.84	0.12
Calificación Servicio Medicina especializada	43	0.73	0.11	12	0.72	0.10	25	0.72	0.12	6	0.77	0.12
Calificación Servicio Exámenes de laboratorio	43	0.81	0.10	12	0.82	0.07	25	0.80	0.11	6	0.81	0.14
Calificación Servicio Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	0.77	0.17	12	0.82	0.06	25	0.75	0.20	6	0.76	0.15
Calificación Servicio Odontología	43	0.79	0.09	12	0.77	0.07	25	0.78	0.09	6	0.83	0.13
Calificación Servicio Cirugía	43	0.83	0.18	12	0.80	0.11	25	0.83	0.22	6	0.88	0.09

Calificación Servicio Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	0.73	0.27	12	0.77	0.12	25	0.74	0.26	6	0.62	0.47
Calificación Servicio Citas prioritarias (cita no programada)	41	0.68	0.24	12	0.66	0.11	25	0.71	0.25	4	0.51	0.40
Calificación Servicio Entrega de medicamentos	43	0.77	0.11	12	0.75	0.09	25	0.76	0.11	6	0.80	0.18
Calificación Comunicación con EPS	43	0.21	0.12	12	0.26	0.10	25	0.17	0.08	6	0.29	0.22
Calificación Trato Per. Administrativo	43	0.83	0.08	12	0.83	0.05	25	0.82	0.09	6	0.84	0.10
Calificación Trato Per. Asistencial	43	0.85	0.07	12	0.86	0.04	25	0.85	0.07	6	0.85	0.10
Calificación Solución necesidad	43	0.76	0.09	12	0.75	0.06	25	0.76	0.09	6	0.83	0.12
Calificación Experiencia global	43	0.76	0.10	12	0.73	0.07	25	0.76	0.09	6	0.81	0.14
Recomendaría a familiares y amigos	43	0.82	0.10	12	0.77	0.11	25	0.82	0.09	6	0.91	0.09
Ha pensado cambiarse a otra EPS	43	0.13	0.09	12	0.18	0.09	25	0.13	0.09	6	0.06	0.07
Facilidad de acceso												
Calificación Acceso servicios EPS	43	0.22	0.13	12	0.26	0.09	25	0.17	0.10	6	0.31	0.22
Considera poder acceder Servicio de forma Oportunidad	43	0.86	0.07	12	0.84	0.05	25	0.86	0.07	6	0.89	0.08
No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc.	43	0.36	0.16	12	0.51	0.10	25	0.33	0.14	6	0.19	0.10
Tutela o derecho de petición para acceder a Servicio	43	0.02	0.02	12	0.03	0.01	25	0.02	0.02	6	0.01	0.01
Ha considerado interponer queja o derecho de petición	43	0.09	0.05	12	0.13	0.04	25	0.08	0.03	6	0.04	0.04
Entregaron carta de derechos y deberes	43	0.20	0.08	12	0.29	0.06	25	0.17	0.06	6	0.18	0.07
Calificación Carta de derechos y deberes	43	0.84	0.14	12	0.85	0.05	25	0.81	0.18	6	0.92	0.06
Calificación Utilidad carta de derechos y deberes	43	0.83	0.17	12	0.86	0.07	25	0.80	0.18	6	0.85	0.23

Fuente: Elaboración propia

5. Resultados

Las Tablas 5, 6 y 7 muestran los resultados del ranking. En cada tabla se muestra el ranking que ocupó cada entidad en la dimensión de oportunidad, satisfacción y acceso, así como el ranking total que involucra las tres dimensiones. Adicionalmente, Anexo 4 muestra los puntajes de las EPS antes del ordenamiento.

En lo que respecta al RC, la mejor entidad es la EPS Suramericana S.A. Esta EAPB ocupó el ranking 1 en cada uno de las dimensiones del ranking, lo que muestra el desempeño integral de esta entidad en el periodo estudiado. Las posiciones 2 y 3 fueron ocupadas por Sanitas S.A E.P.S y Aliansalud E.P.S S.A.

Tabla 5. Ranking Régimen Contributivo

Código	Nombre	Rank total 2016	Rank Oportunidad	Rank Satisfacción	Rank Acceso
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	1	1	1	1
EPS005	SANITAS S.A. E.P.S.	2	2	2	2
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	3	9	3	3
EPS008	COMPENSAR E.P.S.	4	7	4	5
EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	5	3	5	6
EPS037	NUEVA EPS	6	5	6	8
EPS017	EPS FAMISANAR LTDA	7	11	8	7
EPS002	SALUD TOTAL S.A. EPS	8	8	9	10
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	9	12	7	4
EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	10	6	11	9
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	11	10	10	11
EPS013	SALUDCOOP EPS	12	4	12	12

Las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasifican como "Régimen Subsidiado" si la mayor proporción de los encuestados reportaron pertenecer a este régimen o "Régimen Contributivo" en el caso contrario.

Fuente: Elaboración propia

En lo que concierne al RS, la mejor EAPB fue Coosalud EPS. Seguido por Asociación Mutua Ser y Comfacor.

Tabla 6. Ranking Régimen Subsidiado

Código	Nombre	Rank total 2016	Rank Oportunidad	Rank Satisfacción	Rank Acceso
ESS024	COOSALUD EPS	1	1	4	3
ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER ESS	2	4	1	4

CCF015	COMFACOR	3	3	3	7
ESS076	AMBUQ ARS	4	8	5	1
CCF033	COMFASUCRE	5	9	9	2
CCF055	CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	6	12	7	5
ESS062	ASMET SALUD	7	6	8	15
ESS091	ECOOPSOS ESS	8	7	6	18
CCF002	SAVIA SALUD EPS	9	5	11	13
CCF009	COMFABOY	10	25	2	6
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	11	2	19	11
EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	12	15	10	12
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	13	16	13	8
CCF027	CCF DE NARIÑO	14	19	12	9
ESS002	EMDISALUD E.S.S.	15	11	18	16
EPSS34	CAPITAL SALUD EPS	16	14	16	14
EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	17	10	20	17
ESS133	COMPARTA	18	17	15	19
CCF053	COMFACUNDI	19	24	14	22
EPS022	A.R.S. CONVIDA	20	23	17	24
CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	21	18	23	20
EPS003	CAFÉSALUD EPS	22	21	21	23
CCF102	COMFAMILIAR CHOCO	23	22	24	10
ESS118	EMSSANAR ESS	24	20	22	21
EPS020	CAPRECOM	25	13	25	25

Las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasifican como "Régimen Subsidiado" si la mayor proporción de los encuestados reportaron pertenecer a este régimen o "Régimen Contributivo" en el caso contrario.

Fuente: Elaboración propia

Y para terminar, la mejor entidad entre las EPS indígenas fue la asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira "Dusakawi A.R.S.I". Esta entidad, fue la mejor en cada uno de las dimensiones evaluadas.

Tabla 7. Ranking EAPB Indígenas

Código	Nombre	Rank total 2016	Rank Oportunidad	Rank Satisfacción	Rank Acceso
EPSI01	DUSAKAWI A.R.S.I.	1	1	1	1
EPSI02	MANEXKA EPS	2	3	2	2
EPSI03	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	3	2	4	4
EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	4	5	5	3
EPSI04	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	5	6	3	5
EPSI05	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	6	4	6	6

Las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasifican como "Régimen Subsidiado" si la mayor proporción de los encuestados reportaron pertenecer a este régimen o "Régimen Contributivo" en el caso contrario.

Fuente: Elaboración propia

6. Discusión de los resultados

Este artículo realiza un ranking de satisfacción de las EPS del Sistema de Seguridad Social. Este ranking busca proveer al usuario información relevante que le permita comparar y elegir las mejores EPS. Adicionalmente, teniendo en consideración las discusiones llevadas a cabo con representantes de las entidades evaluadas es importante realizar ciertas claridades.

Primero, los resultados se deben interpretar por régimen. En otras palabras, la población del RC, del RS y de las EAPB indígenas son sistemáticamente diferentes en factores económicos y sociales por lo que no se deberían comparar los resultados entre sí. Por ejemplo, el Anexo 4 muestra que Dusakawi, de las EAPB indígenas, obtuvo un puntaje total de 87.8 mientras que Suramericana, del RC, obtuvo 78.0. Sin embargo, no es posible afirmar que Dusakawi sea mejor EPS que Suramericana porque no es posible desligar (por lo menos bajo esta metodología) el componente de satisfacción del usuario de las características propias de la población encuestada. Por lo tanto, es preferible mantener las comparaciones entre EPS del mismo régimen.

Segundo, las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasificaron en Régimen Subsidiado o Contributivo dependiendo de la composición de los afiliados en las encuestas. La razón de esto es que la encuesta es representativa por EPS, por régimen y por departamento; pero no es representativa por régimen dentro de la EPS. Por ejemplo, la EPS Saludvida pertenece tanto al RC como al RS; sin embargo la mayor proporción de población afiliada la tiene en el RS y las encuestas realizadas también son en su mayoría del RS. Teniendo esto en consideración, los resultados de Saludvida se presentan dentro del RS.

Tercero, las EPS estructuran su red de prestadores de servicios de salud (Resolución 1441 de 2016) y son responsables de la adecuada prestación de sus servicios. En este sentido, los indicadores que están más relacionados con la prestación de los servicios de salud también son responsabilidad de las EPS.

Cuarto, se invita a todas las entidades a observar los resultados de cada uno de los indicadores, emular las buenas prácticas de las entidades mejor posicionadas y tomar medidas de mejoramiento.

Finalmente, para los hacedores de política en salud, este ranking es un insumo que permite tomar decisiones informadas en el área de la

satisfacción del usuario. Se invita a los hacedores de política a tomar en consideración la satisfacción del usuario como criterio en la elaboración de políticas públicas en salud.

7. Bibliografía

Cottle, D. W. (1990). Client-centered service: how to keep them coming back for more. Wiley.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., and Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6(32):1244.

Draper, D., Solti, I., and Ozcan, Y. (2000). Characteristics of health maintenance organizations and their influence on efficiency. *Health Services Management Research*, 13(1):4056.

Fitzpatrick, R. and Hopkins, A. (1983). Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration. *Sociology of health & illness*, 5(3):297311.

Kelley, E. and Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project conceptual framework paper. <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>. [Recuperado; 25 de Agosto de 2016].

Kravitz, R. L. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 53(1):327.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Sistema%20de%20Evaluacion%20de%20Actores%20del%20SGC.pdf>. [Recuperado; 25 de Agosto de 2016].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Recuperado el 2017 de 03 de 31, de <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/EncuestadeCalidaddeEPS/EncuestadeEPS2015.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Ordenamiento por desempeño EPS 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Sistema%20de%20Evaluacion%20de%20Actores%20del%20SGC.pdf>

E/CA/ordenamiento-eps-2015.pdf. [Recuperado; 15 de Julio de 2016].

Ministerio de Salud y Protección Social (2016a). Observatorio de Calidad, Encuesta de evaluación de las EPS. <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Observatorio/EncuestadeCalidaddeEPS.aspx>. [Recuperado; 18 de Octubre de 2016].

Ministerio de Salud y Protección Social (2016b). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores del SGSSS 2016. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-calificacion-actores-2016.pdf>. [Recuperado; 25 de Agosto de 2016].

Ozcan, Y. (2007). Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA). International Series in Operations Research & Management Science. Springer US.

Rosenman, R., Siddharthan, K., and Ahern, M. (1997). Output efficiency of health maintenance organizations in Florida. Health economics, 6(3):295302.

Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L., and Chang, R. W. (1987). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. Marketing Health Services, 7(4):16.

Siddharthan, K., Ahern, M., and Rosenman, R. (2000). Data envelopment analysis to determine efficiencies of health maintenance organizations. Health Care Management Science, 3(1):2329.

Thompson, A. G. and Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. International journal for quality in health care, 7(2):127141.

Anexo 1. Metodología cálculo de indicadores

Indicador	Pregunta cuestionario	Variable utilizada	Descripción metodología
Oportunidad			
Oportunidad Medicina general	26	iii26_1	Mediana de la variable
Oportunidad Medicina especializada	26	iii26_2	Mediana de la variable
Oportunidad Exámenes de laboratorio	26	iii26_3	Mediana de la variable
Oportunidad Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	26	iii26_4	Mediana de la variable
Oportunidad Odontología	26	iii26_5	Mediana de la variable
Oportunidad Cirugía	26	iii26_6	Mediana de la variable
Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	26	iii26_7	Mediana de la variable
Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada)	26	iii26_8	Mediana de la variable
Oportunidad Entrega de medicamentos	26	iii26_9	Mediana de la variable
Oportunidad Autorizaciones	32	iii32	Mediana de la variable
Percep. Opor. Medicina general	27	iii27_1	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Medicina especializada	27	iii27_2	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Exámenes de laboratorio	27	iii27_3	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	27	iii27_4	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Odontología	27	iii27_5	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Cirugía	27	iii27_6	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	27	iii27_7	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Citas prioritarias (cita no programada)	27	iii27_8	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Percep. Opor. Entrega de medicamentos	27	iii27_9	Proporción de usuarios que respondieron 'Corto' o 'Muy Corto'
Calif. Proc. Autorizaciones	33	iii33	Proporción de usuarios que respondieron 'Fácil' o 'Muy Fácil'
Satisfacción			
Calif. Serv. Medicina general	25	iii25_1	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Medicina especializada	25	iii25_2	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Exámenes de laboratorio	25	iii25_3	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	25	iii25_4	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Odontología	25	iii25_5	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Cirugía	25	iii25_6	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	25	iii25_7	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Citas prioritarias (cita no programada)	25	iii25_8	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Serv. Entrega de medicamentos	25	iii25_9	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Comunicación con EPS	35b	iii10_b	Proporción de usuarios que respondieron 'Bueno' o 'Muy Bueno'
Calif. Trato Per. Administrativo	36a	iii36_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Casi Siempre' o 'Siempre'
Calif. Trato Per. Asistencial	36b	iii36_b	Proporción de usuarios que respondieron 'Casi Siempre' o 'Siempre'
Calif. Solución necesidad	37a	iii37_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Buena' o 'Muy Buena'
Calif. Experiencia global	37b	iii37_b	Proporción de usuarios que respondieron 'Buena' o 'Muy Buena'

Indicador	Pregunta cuestionario	Variable utilizada	Descripción metodología
Recomendaría a familiares y amigos	50b	iv50_b	Proporción de usuarios que respondieron 'Probablemente sí' o 'Definitivamente sí'
Ha pensado cambiarse a otra EPS	52	iv52	Proporción de usuarios que respondieron 'Sí'
Acceso			
Calif. Acceso servicios EPS	35a	iii10_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Fácil' o 'Muy Fácil'
Considera poder acceder serv. de forma Opor.	50a	iv50_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Probablemente sí' o 'Definitivamente sí'
No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc.	30	iii30	Proporción de usuarios que respondieron 'Sí'
Tutela o derecho de petición para acceder a serv.	60	iv60	Proporción de usuarios que respondieron 'Acción de tutela' o 'Desacato'
Ha consid. interp. queja o derecho de petición	55	iv55	Proporción de usuarios que respondieron 'Sí'
Entregaron carta de derechos y deberes	40	iii40	Proporción de usuarios que respondieron 'Sus derechos y deberes'
Calif. Carta de derechos y deberes	41	iii41_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Buena' o 'Muy Buena'
Calif. Utilidad carta de derechos y deberes	43	iii43_a	Proporción de usuarios que respondieron 'Útil' o 'Muy Útil'

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2. Ficha técnica de la encuesta

EMPRESA CONTRATANTE	Ministerio de Salud y Protección Social - MinSalud
EMPRESA CONTRATADA	Consultores en Información Infométrika S.A.S.
UNIVERSO	Conformado por todos los ciudadanos del territorio nacional usuarios de los servicios de las EPS
UNIVERSO DE ESTUDIO	Corresponde a un subconjunto del Universo y está conformado por todos los ciudadanos del territorio nacional, usuarios de los servicios de las EPS durante los últimos seis meses, así: Contributivo, universo total, 20.360, universo de estudio 7.502.736; Subsidiado, 21.774.304, 9.052.892; Total, 42.134.480, 16.555.627.
UNIDADES ESTADÍSTICAS	Unidades de Observación: Las unidades de observación corresponden a los usuarios de los servicios de las EPS que durante los últimos seis meses utilizaron por lo menos uno de los servicios ofrecidos por estas. Unidades de selección: Secciones cartográficas conforme a marco estadístico DANE. Unidades de análisis: Cada una de las EPS.
CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DE MUESTRA	Para dar cumplimiento a los objetivos del estudio, se implementó como metodología una muestra probabilística de conglomerados con los siguientes parámetros: Probabilística: Porque todos y cada uno de los elementos tienen una probabilidad conocida y superior a cero de ser seleccionados. De Conglomerados: Se denomina de conglomerados porque las unidades de muestreo, están conformadas por más de un elemento. Las unidades muestrales corresponden a las secciones o Áreas cartográficas que contienen más de un elemento (usuarios de los servicios de las EPS que utilizaron por lo menos uno de los servicios prestados por las EPS) Niveles de desagregación: para 2.015 por departamento, régimen (contributivo y subsidiado) y EPS.
CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO DE MUESTRA	Variable indicadora: Dado el tipo de variables que se deben estimar así como los parámetros conocidos de las mediciones anteriores realizadas, se tomó como variable guía o trazadora en el diseño muestral la variable tipo proporción. Para efectos del cálculo de tamaño de muestra se tomó una proporción mínima esperada de satisfacción con el servicio de P=50 %, . Precisión: La precisión de las estimaciones se mide en términos del error máximo esperado de las estimaciones. Se asume apriori que el error máximo esperado fuera inferior al 5 % para proporciones de mínimo el 50 %.

MARCO MUESTRAL	Para la realización del estudio se hizo uso de tres marcos complementarios: dos de Áreas y uno de lista, los cuales se usaron para conformar el marco muestral del estudio; de Área fueron DANE 2.005 (actualización 2.012) y catastro, mientras que el marco de lista fue usado para las EPS de muy baja participación en el mercado y proveído por MinsSalud.
PERIODO DE REFERENCIA	El periodo de referencia correspondió a los eventos ocurridos en los últimos seis meses anteriores a la fecha de recolección.
TAMAÑO DE MUESTRA	Se realizó un total de 54.852 contactos para obtener 29.761 encuestas efectivas, en 73 municipios de 32 departamentos y el Distrito Capital, las cuales representan a 16,6 millones de usuarios de las EPS
DESCRIPCIÓN OPERATIVA	La recolección de la información se realizó entre el 7 de octubre y el 10 de diciembre de 2,015. Se utilizó un cuestionario estructurado de 7 capítulos y dos capítulos asociados a la identificación y control operativo. Se realizaron 29.146 cuestionarios en dispositivos móviles de captura (Tablet) y 615 en papel. En total el equipo de campo estuvo conformado por 1 coordinador nacional, 6 profesionales de apoyo, 2 ingenieros TIC's, 62 supervisores y 271 encuestadores para un total de 342 personas. La muestra fue diseñada para representar la población que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses. De otra parte estos resultados son comparables con la medición realizada en 2.014 a nivel de EPS y Total.

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Estadísticas descriptivas indicadores estandarizados

Variable	Todas las EAPB			Régimen Contributivo			Régimen Subsidiado			R.S Indígenas		
	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.	Obs	Media	D. E.
Oportunidad												
Oportunidad Medicina general	43	60.80	28.15	12	37.04	25.66	25	67.05	24.73	6	82.28	12.87
Oportunidad Medicina especializada	43	39.05	30.27	12	12.07	24.09	25	46.34	27.34	6	62.64	12.22
Oportunidad Exámenes de laboratorio	43	91.00	14.90	12	94.65	0.00	25	92.75	4.98	6	76.38	37.98
Oportunidad Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	86.73	16.84	12	84.17	13.49	25	85.46	19.48	6	97.18	2.45
Oportunidad Odontología	43	66.01	28.32	12	39.51	31.18	25	74.04	20.64	6	85.55	9.27
Oportunidad Cirugía	43	71.98	24.21	12	58.64	28.46	25	76.55	22.26	6	79.62	12.72
Oportunidad Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	79.69	26.73	12	78.37	17.39	25	77.19	32.32	6	92.74	8.97
Oportunidad Citas prioritarias (cita no programada)	43	91.27	25.37	12	98.39	1.89	25	97.81	2.19	6	49.77	54.52
Oportunidad Entrega de medicamentos	43	91.71	20.19	12	97.69	1.15	25	86.98	25.62	6	99.42	0.65
Oportunidad Autorizaciones	43	59.04	28.20	12	64.81	22.64	25	51.11	28.05	6	80.56	28.71
Percep. Opor. Medicina general	43	46.00	22.17	12	30.02	11.75	25	49.66	20.41	6	62.67	28.48
Percep. Opor. Medicina especializada	43	44.48	17.80	12	39.59	14.19	25	42.89	15.28	6	60.87	26.58
Percep. Opor. Exámenes de laboratorio	43	52.14	23.49	12	46.21	14.95	25	55.30	25.37	6	50.85	30.30
Percep. Opor. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	47.59	21.60	12	45.95	14.13	25	46.20	22.28	6	56.67	31.33
Percep. Opor. Odontología	43	38.04	21.01	12	19.35	12.65	25	43.76	14.90	6	51.56	32.70
Percep. Opor. Cirugía	43	54.29	25.44	12	50.57	24.53	25	55.28	27.58	6	57.62	20.24
Percep. Opor. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	43.26	25.84	12	41.45	9.70	25	42.61	26.35	6	49.58	44.83
Percep. Opor. Citas prioritarias (cita no programada)	43	45.10	25.16	12	42.30	10.62	25	52.48	26.73	6	19.92	24.22
Percep. Opor. Entrega de medicamentos	43	41.36	25.81	12	32.13	15.26	25	43.89	27.92	6	49.27	32.05
Calif. Proc. Autorizaciones	43	41.20	21.36	12	44.64	20.32	25	34.03	18.98	6	64.19	16.67
Calif. Serv. Medicina general	43	56.91	21.76	12	46.26	14.23	25	57.58	21.29	6	75.42	25.88
Calif. Serv. Medicina especializada	43	50.17	22.81	12	48.04	19.82	25	48.91	23.96	6	59.68	24.92
Calif. Serv. Exámenes de laboratorio	43	67.37	19.99	12	70.67	13.04	25	65.88	21.47	6	66.99	27.09
Calif. Serv. Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	43	67.89	23.57	12	74.39	9.00	25	65.26	28.42	6	65.85	21.74
Calif. Serv. Odontología	43	61.07	18.10	12	57.77	12.94	25	60.40	18.12	6	70.46	25.95
Calif. Serv. Cirugía	43	79.98	21.18	12	76.79	12.55	25	80.22	26.03	6	85.34	10.51
Calif. Serv. Terapias (físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje)	43	72.97	26.51	12	77.03	12.50	25	73.54	25.86	6	62.48	46.67
Calif. Serv. Citas prioritarias (cita no programada)	43	63.46	27.84	12	65.17	11.16	25	69.87	26.09	6	33.31	40.84
Calif. Serv. Entrega de medicamentos	43	52.89	24.72	12	50.23	19.22	25	52.52	23.89	6	59.75	38.83
Calif. Comunicación con EPS	43	24.03	17.93	12	30.92	15.02	25	17.92	11.99	6	35.71	32.39
Calif. Trato Per. Administrativo	43	63.89	19.22	12	65.49	11.74	25	62.40	20.96	6	66.92	25.79
Calif. Trato Per. Asistencial	43	52.70	24.53	12	55.37	15.36	25	51.25	25.09	6	53.38	38.52

alif. Solución necesidad	43	52.38	19.72	12	48.32	13.90	25	50.93	20.03	6	66.55	24.96
Calif. Experiencia global	43	48.76	22.10	12	41.16	16.94	25	49.52	20.91	6	60.80	32.51
Recomendaría a familiares y amigos	43	64.23	21.04	12	54.82	22.18	25	64.42	18.85	6	82.23	18.17
Ha pensado cambiarse a otra EPS	43	71.53	19.83	12	61.87	19.41	25	72.65	18.95	6	86.17	16.26
Calif. Acceso servicios EPS	43	27.51	19.11	12	33.93	13.26	25	20.95	14.57	6	41.98	33.11
Considera poder acceder serv. de forma Opor.	43	61.23	20.72	12	53.75	14.24	25	62.54	21.97	6	70.71	24.34
No había agenda, llame más tarde, no contestan, etc.	43	49.69	25.27	12	26.12	15.95	25	54.48	21.49	6	76.85	15.93
Tutela o derecho de petición para acceder a serv.	43	68.88	26.23	12	53.91	15.41	25	72.16	28.44	6	85.15	21.59
Ha consid. interp. queja o derecho de petición	43	57.03	23.71	12	35.14	21.58	25	62.27	17.48	6	78.97	19.17
Entregaron carta de derechos y deberes	43	48.90	20.69	12	70.76	15.56	25	39.90	15.41	6	42.64	18.02
Calif. Carta de derechos y deberes	43	81.25	16.35	12	82.45	5.90	25	78.43	20.25	6	90.63	7.14
Calif. Utilidad carta de derechos y deberes	43	80.07	18.82	12	84.58	7.55	25	77.32	20.90	6	82.53	25.67

Fuente: Elaboración propia

Anexo 4. Puntajes de las EPS

Régimen	Código	Nombre	Puntaje Total 2016	Puntaje Oportunidad	Puntaje Satisfacción	Puntaje Acceso
Contributivo	EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	77.3	75.0	81.4	74.0
Contributivo	EPS005	SANITAS S.A. E.P.S.	63.6	60.3	70.2	58.1
Contributivo	EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	59.8	51.9	68.2	56.5
Contributivo	EPS008	COMPENSAR E.P.S.	58.5	54.0	66.4	52.5
Contributivo	EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	55.2	56.2	57.3	51.5
Contributivo	EPS037	NUEVA EPS	52.9	55.1	56.8	45.5
Contributivo	EPS017	EPS FAMISANAR LTDA	50.4	44.0	54.4	51.5
Contributivo	EPS002	SALUD TOTAL S.A. EPS	48.5	53.7	49.8	41.5
Contributivo	EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS	47.3	30.8	55.2	53.1
Contributivo	EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	45.1	54.2	40.8	41.8
Contributivo	EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	42.1	50.8	42.2	33.4
Contributivo	EPS013	SALUDCOOP EPS	38.2	56.1	29.7	31.5
Subsidiado	ESS024	COOSALUD EPS	75.2	76.9	75.7	72.9
Subsidiado	ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER ESS	72.4	67.8	76.9	70.8
Subsidiado	CCF015	COMFACOR	70.4	67.9	75.9	65.7
Subsidiado	ESS076	AMBUQ ARS	69.7	59.4	74.0	74.5
Subsidiado	CCF033	COMFASUCRE	67.3	58.9	68.8	73.9
Subsidiado	CCF055	CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	65.3	54.9	69.8	69.6
Subsidiado	ESS062	ASMET SALUD	63.7	63.4	69.0	56.8
Subsidiado	ESS091	ECOOPSOS ESS	63.4	62.8	70.4	54.6
Subsidiado	CCF002	SAVIA SALUD EPS	63.1	65.0	66.1	57.1
Subsidiado	CCF009	COMFABOY	61.9	37.8	76.2	66.8
Subsidiado	CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	61.0	70.2	54.8	60.0
Subsidiado	EPS033	SALUDVIDA E.P.S. S.A.	60.0	52.9	66.7	58.2
Subsidiado	CCF024	COMFAMILIAR HUILA	59.4	50.9	62.7	63.5
Subsidiado	CCF027	CCF DE NARIÑO	57.9	46.0	62.9	63.0
Subsidiado	ESS002	EMDISALUD E.S.S.	56.4	56.7	56.2	56.4
Subsidiado	EPSS34	CAPITAL SALUD EPS	56.0	54.0	57.0	56.9
Subsidiado	EPS025	CAPRESOCA E.P.S.	55.9	57.8	54.7	55.5
Subsidiado	ESS133	COMPARTA	54.5	50.3	57.8	54.2
Subsidiado	CCF053	COMFACUNDI	48.8	39.0	57.9	46.4
Subsidiado	EPS022	A.R.S. CONVIDA	48.2	41.3	56.9	43.4
Subsidiado	CCF007	COMFAMILIAR CARTAGENA	45.7	50.3	36.9	52.8
Subsidiado	EPS003	CAFÉSALUD EPS	45.3	44.3	46.4	44.9
Subsidiado	CCF102	COMFAMILIAR CHOCO	44.1	43.6	31.5	61.4
Subsidiado	ESS118	EMSSANAR ESS	44.0	45.7	37.7	50.7
Subsidiado	EPS020	CAPRECOM	36.2	54.9	24.7	32.9
EPSI	EPSI01	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA "DUSAKAWI A.R.S.I."	87.8	77.8	90.4	94.4
EPSI	EPSI02	MANEXKA EPS	84.2	74.1	90.0	86.4
EPSI	EPSI03	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	68.9	74.4	65.3	68.1
EPSI	EPSI06	PIJAOS SALUD EPSI	63.7	65.5	55.4	72.9

EPSI	EPSI04	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	59.8	50.8	68.9	56.8
EPSI	EPSI05	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI	55.5	68.0	45.3	56.7

Las EPS con afiliados en ambos regímenes de salud se clasifican como "Régimen Subsidiado" si la mayor proporción de los encuestados reportaron pertenecer a este régimen o "Régimen Contributivo" en el caso contrario.

Fuente: Elaboración propia