

INFORME DE APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL PAMEC S.O.S EPS VIGENCIA 2025

Fecha de corte: 31 de diciembre de 2025

Fecha de elaboración: 17 de febrero de 2025

1. ALCANCE PAMEC S.O.S EPS

El alcance del PAMEC para la vigencia se plantea a partir de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad en Salud – SIC, denotados por la Res. 0256 de 2016, ya que considera en distintas dimensiones los indicadores mínimos para la evaluación de la calidad en el servicio y la atención que al final perciben los usuarios en el proceso de atención a través de nuestra red de prestadores en los distintos territorios donde tiene operación la EAPB. Así, estos indicadores son el referente para evaluar y ranquear a la EAPB por lo que representan en gran medida los resultados del trabajo de la organización y el compromiso de mejorar continuamente los servicios ofrecidos a la población afiliada en términos de efectividad de la atención, gestión del riesgo y experiencia de la atención.

De igual forma, resulta crítico ante la situación coyuntural de la medida de vigilancia especial en la que se encuentra la EAPB, la integración de otros indicadores trazadores (denominados Fénix) que a su vez incluyen muchos de los indicadores del SIC. Se complementa el ejercicio con la consideración de procesos prioritarios asociados a la evaluación de la red, seguridad del paciente y efectividad del sistema de referencia.

Finalmente, la vigencia del PAMEC S.O.S EPS 2025 está definida para un (1) año.

2. RESUMEN OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA

Para la vigencia 2025 se trabajaron 46 estándares asociados a los indicadores de medida de vigilancia especial - Fénix (16), indicadores del SIC (28) y otros procesos prioritarios (2). Como resultado del análisis, se identificaron 46 oportunidades de mejora y 46 acciones de mejora, distribuidas en los diferentes procesos estratégicos. Estos estándares se abordan mediante grupos de gestión y/o procesos responsables que implican estrategias transversales, como el programa materno perinatal, programa oncológico, programa cardiovascular, calidad (asignación de citas), entre otros.

Estas oportunidades de mejora se encuentran asociadas a 4 grandes procesos institucionales:

Tabla 1 Acciones de mejora por proceso y fuente

	Fénix	SIC	Otros procesos prioritarios	Total
Gestión de riesgos en salud	16	15	0	31
Cumplimiento del modelo de atención	0	6	1	7
Gestión de la prestación de servicios	0	4	1	5
Relacionamiento con el cliente (Experiencia de la atención)	0	3	0	3
Total	16	28	2	46

Las oportunidades y acciones de mejora propuestas responden a situaciones identificadas a partir de los resultados del cierre del ciclo 2025 y el desarrollo de la ruta crítica para la vigencia; estas acciones e indicadores de acuerdo con la metodología de seguimiento tienen una periodicidad de seguimiento mensual o trimestral, registrado en las fichas de los indicadores para cada corte.

Para las Oportunidades y acciones de mejora asociadas a indicadores del SIC y Otros procesos prioritarios, el seguimiento y evaluación se realiza de forma trimestral y si bien puede haber acciones puntuales, se enlaza con el seguimiento a los resultados e intervención de desviaciones que se identifiquen en el momento.

3. RESULTADOS PAMEC S.O.S EPS 2025

3.1 ESTÁNDARES VIGILANCIA ESPECIAL (FÉNIX)

Tabla 2 Resumen cumplimiento acciones indicadores Fénix PAMEC 2025

Estándar/ componente evaluado	Acción de mejora	Porcentaje de cumplimiento	Calidad esperada indicador trazador	Resultado indicador 2025	Eficacia
Razón de mortalidad materna a 42 días	Fortalecer la ruta de atención a partir de la aplicación del modelo de seguridad para la atención obstétrica y RIA MPN	100	41,44	0	Si

Tasa de incidencia de sífilis congénita	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador con el control de tamizajes y cumplimiento de tratamiento de gestante y parejas	100	1,75	0,91	Si
Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 10 semanas de gestación	Fortalecer Ruta de atención a gestantes ARO/MARO/BRO y modelo de atención preconcepcional y planificación familiar	100	80,00	80,11	Si
Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	Fortalecer la ruta de atención a partir de la aplicación del modelo de seguridad para la atención obstétrica y RIA MPN	100	95,00	96,55	Si
Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año	Seguimiento a la cohorte de vacunación, reportes de las IPS y las poblaciones objeto	100	95	99,36	Si
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 18 años (<140/90)	Fortalecer estrategias en seguimiento a población en territorios con alguna brecha en los indicadores	100	60,00	60,09	Si
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 60 años(<150/90)	Fortalecer estrategias en seguimiento a población en territorios con alguna brecha en los indicadores	100	60,00	65,28	Si
Proporción de pacientes diabéticos controlados (DM - HTA DM)	Mejorar con actualización de datos y cumplimiento de reporte; Articular con Sedes el seguimiento para toma de paraclínicos y asistencia a controles presenciales de usuarios	90	50,00	41,40	No
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	Mejorar con actualización de datos y cumplimiento de reporte; Articular con Sedes el seguimiento para toma de paraclínicos y asistencia a controles presenciales de usuarios	100	80,00	60,39	No

Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Cierre de brechas en la implementación de la ruta oncológica en los distintos momentos de atención que permita mejorar la oportunidad de realización	28	80,00	68,52	No
Proporción de mujeres entre los 50 - 69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años	Mejorar con actualización de datos y cumplimiento de reporte; Articular con Sedes el seguimiento para toma de paraclínicos y asistencia a controles presenciales de usuarios	100	70,00	62,93	No
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	60	30,00	69,53	No
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	100	10,05	3,97	Si
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	100	4,50	0	Si
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	100	6,00	0	Si
Tiempo promedio de espera para el inicio del	Cierre de brechas en la implementación de la ruta	75	60,00	52,17	Si

tratamiento en cáncer de cuello uterino	oncológica en los distintos momentos de atención				
---	--	--	--	--	--

Fuente: Garantía de la calidad en salud S.O.S EPS diciembre 2025

Para el componente Fénix, se evidencia eficacia en el cierre de brechas, alcanzando cumplimiento de la calidad esperada en 11 de los 16 estándares evaluados, lo que corresponde a un 68,75%.

En relación con los 5 estándares restantes que aún no alcanzan la calidad esperada, todos presentan tendencia positiva hacia la mejora, evidenciada al comparar el resultado de cierre frente a su línea base

Recordando que los estándares, oportunidades de mejora y acciones de mejora está asociada se realiza a través de grupos de gestión asociados a programas, a continuación, se describen por estos programas los resultados y avances.

Promoción y Mantenimiento de la Salud

Vacunación

Durante el año se presentó un cumplimiento sostenido del indicador del 100% en todo el año, con valores que superaban la meta mes, siendo este un indicador de meta progresiva. Al cierre del año, en diciembre, el resultado fue de 99.36% para una meta esperada de 95%. Este comportamiento puede estar relacionado con actualizaciones en la población objeto o factores externos que afectaron temporalmente la cobertura.

Durante el año 2025 se estuvo trabajando en las siguientes acciones:

- El seguimiento mensual los diez (10) primeros días de cada mes, al uso y completitud de la información cargada en la ruta DRIVE (CAPS) en los formatos estandarizados para el registro diario de vacunas y gestionado por parte de las Coordinadoras de Atención Primaria de cada sede, para realizar informes de seguimiento a coberturas de vacunación por territorios e IPS.
- Consolidación de todos los registros diarios para validar las dosis aplicadas y seleccionar las Terceras dosis de polio – pentavalente en población menor de 1 año.
- Seguimiento mensual (del 1 al 15 y del 16 al 30) a las siguientes cohortes de vacunación: BCG y HB (Recién Nacidos), Polio - Pentavalente (Menor de 1 año), Triple Viral (1 año y de 5 años), VPH (9 años), Influenza estacional cepa 2025, Sarampión y Rubéola de 5 a 15 años.
- Generación de informes mensuales (los días 10 de cada mes) de coberturas de vacunación a través del tablero de seguimiento gerencial.
- Actividades de demanda inducida a la población objeto de vacunación a través de mailing masivo, página web.
- Seguimiento semanal a las IPS vacunadoras sobre planes de acción según componentes del PAI para la campaña de Sarampión y Rubéola

- g) Vacunación extramural contra el Sarampión/ Rubéola e influenza en centros comerciales, colegios, escuelas, IPS Vacunadoras y puesto de salud.
- h) Contratación de Equipos Atención Extramural de Salud en Departamentos del Valle - Cauca como fortalecimiento a las estrategias de vacunación extramural.
- i) Solicitud de registros diarios a IPS y Técnico de secretaria de Salud Municipal.

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
Porcentaje de esquemas de vacunación en niños menores de 1 año	95%	95,90%	99,36%	3,46%	Favorable

Mortalidad infantil

Respecto a una meta de 14,5% en el resultado global se presenta cumplimiento de 100%, cerrando el año 2025 con un valor de 2,95

Durante el periodo se trabajó en:

- a) Monitoreo semanal a los eventos de Interés en salud pública reportados en SIVIGILA en población menor de 5 años, con el seguimiento a los casos de mortalidad infantil integrada cód. 591 y mortalidad perinatal y neonatal tardía cód. 560, para identificación de causa básica, factores de riesgo relacionados, barreras administrativas que retrasan la atención y las demoras presentadas durante el evento con el propósito de establecer plan de acción en conjunto con la EAPB y prestador.
- b) Mesas de trabajo y articulación en las diferentes sedes; estas mesas se definen como estrategia de seguimiento y acompañamiento mensual a la gestión de indicadores a la red de prestadores, desde el liderazgo de las coordinadoras de atención primaria de SOS y en acompañamiento de las cohortes de riesgo.
- c) Seguimiento a la ejecución de unidades de análisis para eventos de mortalidad perinatal e infantil integrada.
- d) Ejecución del plan de comunicaciones y estrategias de difusión vía mailing, página web de SOS, phonoespera, y en general la generación de piezas publicitarias de los temas priorizados en el plan estratégico de comunicación dirigido a gestantes y mujeres en edad fértil: difusión de derechos sexuales y reproductivos, ingreso temprano con control prenatal y tamizaje sífilis /VIH, con el fin lo fomentar prácticas que aporten a mitigar riesgo relacionados con ingreso tardíos al control prenatal y/o acceso a interrupción voluntaria del embarazo.

- e) Seguimiento diario al censo hospitalario, esta ejecución permite gestión inmediata a los casos presentados fortaleciendo estrategias de evitabilidad.

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
Tasa de mortalidad en niños menores de 1 año (Mortalidad infantil)	14,5	5,38	2,95	-2,43	Favorable

Oportunidad asignación de citas

Los indicadores de oportunidad de servicios priorizados hacen referencia al tiempo promedio de espera para la asignación de citas de las especialidades básicas: Medicina general, Odontología general, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía general.

Durante la vigencia se mantiene el monitoreo de la cobertura de reportes de las IPS para asegurar la mayor representatividad de la información para el cálculo de los indicadores y a su vez poder determinar las fallas reales en la prestación del servicio. De igual forma para las IPS más representativas por territorio se genera la validación individual de los resultados y retroalimentación a la IPS para validar resultados a la vez que determinar las acciones desde la IPS – EAPB para mejorar los servicios.

Los resultados del 2025 se resumen en los 6 servicios evaluados, siendo los valores los siguientes: Medicina General: 3.83 días, Odontología General: 3,34 días, Obstetricia: 4.43 días, Pediatría: 5.43 días, Medicina Interna: 11.41 días, Cirugía General: 8.53 días. Si bien no hay cumplimiento de la oportunidad esperada en su acumulado, al corte diciembre presentó cumplimiento en 3 de 6, siendo medicina general, odontología y pediatría que no alcanzaron cumplimiento sin embargo presentó una tendencia favorable, su desviación para este periodo fue menor, comparado con la calidad inicial de los indicadores.

Los principales documentos asociados al aprendizaje organizacional del periodo son:

- Formato para reporte de indicadores (formato reporte Res. 1552 2013)
- Envío de información para validación y retroalimentación de las IPS
- Mesas de revisión y generación de acuerdos con las IPS

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
----------	------------------	-----------------	-------------------	------------	-----------

Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina general	3	3,63	3,83	0,20	Desfavorable
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología general	3	3,31	3,34	0,03	Desfavorable
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia	5	5,25	4,43	-0,82	Favorable
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	5	7,57	5,43	-2,14	Desfavorable
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna	15	10,90	11,41	0,41	Favorable
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Cirugía general	20	8,91	8,53	-0,48	Favorable

Grupo Materno perinatal

La cohorte materno perinatal de EPS SOS ha fortalecido la vigilancia y el seguimiento de las gestantes permitiendo gestionar oportunamente las atenciones que se requieran para cada caso reportado y garantizando su seguridad clínica.

Entre otras estrategias se cuenta con Hospital Padrino Fundación Valle del Lili en apoyo a la red prestadora de atención, además de ser el centro de atención para gestantes con condiciones de muy alto riesgo obstétrico con patologías como el cáncer, trasplantes, enfermedades huérfanas, entre otras.

Se ha estandarizado la capacitación continua al talento humano de la red de atención con la gineco obstetra centinela de la EPS en temas de seguridad materna que permitan atenciones eficientes a nuestra población afiliada, además, la publicación mensual de piezas gráficas referentes a la atención preconcepcional, el cuidado prenatal y postnatal, planificación familiar con enfoque a población con alto riesgo reproductivo han aportado a nuestra población afiliada la información necesaria para gestionar el autocuidado durante la gestación y acceder a los servicios de manera práctica

y oportuna cuando se requiera. de tal forma que al cierre de 2025 de los 6 indicadores del componente materno 5 (83%) cumplieron la meta esperada, siendo el indicador que incumple Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer con resultado de 11,80 respecto a una meta de 10.

Los principales documentos asociados al aprendizaje organizacional del periodo son:

- Criterios de clasificación para la atención obstétrica por niveles de atención - AT-GRP-ADR-069
- Guía clínica para el manejo de hemorragia postparto - AT-GRP-ADR-071
- Guía de control prenatal basado en la evidencia - AT-GRP-ADR-065
- Guía clínica para manejo de trastornos hipertensivos del embarazo - AT-GRP-ADR-070
- Criterios de clasificación para la atención obstétrica por niveles de atención - AT-GRP-ADR-069
- Guía clínica para el manejo de eclampsia y crisis hipertensiva en embarazo - AT-GRP-ADR-067
- Guía clínica para el manejo de sepsis en embarazo - AT-GRP-ADR-068
- Ruta Integral Materno perinatal FL-GRP-ADR-011
- Modelo de gestión para la atención materno perinatal - AT-GRP-ADR-087

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
Razón de mortalidad materna a 42 días	42,95	44,86	0	-44,86	Favorable
Tasa de mortalidad perinatal	13,16	14,01	12,49	-1,52	Favorable
Tasa de incidencia de sífilis congénita	1,75	1,71	0,91	-0,80	Favorable
Porcentaje de gestantes con captación temprana al control prenatal - proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 10 semanas de gestación	80	78,2	80,12	1,92	Favorable
Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes	95	96,73	96,20	-0,53	Favorable
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	10	8,01	11,80	3,79	Desfavorable

Grupo Cardiovascular

Para el componente de ECNT específicamente cardio cerebrovascular y renal, al cierre del periodo del 2025, de los 6 indicadores evaluados se cumplen 5 con el estándar de calidad esperado y uno se encuentra en un nivel de cumplimiento del 90% de la meta establecida, evidenciando un desempeño favorable del programa y la gestión del riesgo en la población intervenida.

En cuando al programa de reno protección, específicamente en el indicador de progresión de Enfermedad Renal Crónica, durante el periodo se realizaron espacios técnicos y de capacitación a los prestadores primarios y las unidades renales que prestan el servicio de seguimiento por nefrología, orientados al Dx, el seguimiento y los análisis de pacientes con enfermedad renal crónica y enfermedades precursoras, por otro lado se ha fortalecido el reporte de información y el monitoreo al cumplimiento del algoritmo diagnostico para ERC, garantizando mayor trazabilidad y oportunidad en la información para la toma de decisiones.

Para patologías precursoras se consolido el acompañamiento técnico periódico a las IPS de la red primaria mediante mesas de trabajo enfocadas en el análisis de resultados, revisión de cohorte y cierre de brechas en los modelos de atención y de reporte de información, de manera estratégica se articuló la entrega y priorización de poblaciones a las IPS para el fortalecimiento de la demanda inducida y el seguimiento a usuarios sin control metabólico de cifras tensionales.

Como hito importante del periodo, se destaca el traslado de la población del programa de Riesgo Cardiovascular y Reno protección del municipio de Cali a la IPS Medic, consolidándola como Centro de Excelencia para la atención integral del programa cardiovascular y renal, esta reorganización de la red se presenta como un avance estratégico para la estandarización de procesos, la integralidad de la atención y la optimización de los resultados clínicos por medio del fortalecimiento del modelo de atención de la EPS.

Los principales documentos asociados al aprendizaje organizacional del periodo son:

- Guía de práctica clínica manejo de paciente con diagnóstico de hipertensión arterial primaria - AT-GRP-ADR-050
- Ruta de Atención diabetes mellitus (DM) - AT-GRP-ADR-086
- Modelo de gestión para la atención de enfermedades crónicas no transmisibles - AT-GRP-ADR-082
- Ruta de Atención hipertensión arterial (HTA) - AT-GRP-ADR-085
- Guía de práctica clínica de manejo de paciente con diagnósticos de diabetes mellitus tipo 2 - AT-GRP-ADR-042
- Anexo técnico modelo de atención cardiovascular y metabólico - AT-GRP-ADR-043
- Guía de práctica clínica para manejo de enfermedad renal crónica - AT-GRP-ADR-124

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
Captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años	41,98%	58,05%	60,40	2,35	Favorable
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 18 años (<140/90)	60%	69,66%	60,09	-9,57	Favorable
Porcentaje de pacientes hipertensos controlados > 60 años (<150/90)	60%	74,04%	65,28	-8,76	Favorable
Captación de Diabetes Mellitus en personas de 18 a 69 años	82,5%	130,25%	133,72	3,47	Favorable
Proporción de pacientes diabéticos controlados (DM - HTA DM)	50%	43,74%	44,98	1,24	Desfavorable
No pérdida de función renal - Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	45%	33,22%	38,26	5,04	Favorable

Grupo Oncológico

Basado en el objetivo global de programa se busca asegurar la gestión del riesgo en salud de los usuarios con cáncer y reducir la morbilidad y mortalidad evitable de la población. En ese sentido se han generados acciones orientadas a mejorar las coberturas en tamizaje de cáncer, identificación y captación del diagnóstico en estadios tempranos, conformación de una red de prestadores oncológica con adherencia de atención integrales y procesos estandarizados de atención a los usuarios con patología oncológica en la red de prestadores contratada y también orientación hacia fortalecer modelo educativo para atención en salud con enfoque en 3 niveles (sano, tamizado y con diagnóstico oncológico)

En ese orden de ideas, durante el 2025 en términos generales se han venido consolidando las alianzas con IPS referentes para la atención del cáncer en los distintos territorios para la ejecución de las rutas de atención y gestión de, posibles, barreras clínicas y/o administrativas fortaleciendo las capacitaciones y asistencias técnicas a la red de prestadores para asegurar la apropiación y parte de adherencia a rutas y guías de práctica clínica

Los indicadores de tamización de ca mama y ca cérvix están asociados a la RIA de cáncer, las principales situaciones objeto de intervención se enfocaron en mejorar las capacidades para la atención, realización de demanda inducida y habilitación de capacidad instalada para el cumplimiento de metas programáticas de población objeto para tamizaje.

Dentro del ejercicio del periodo en función de asegurar el cumplimiento del modelo de atención oncológico se realizaron mesas de trabajo con las principales IPS de la red: Fundación Clínica Valle del Lili, Clínica central del eje en Pereira, Clínica Imbanaco, IDC Hemato oncólogos valle y norte del cauca, Clínica san Rafael en Popayán.

- Flujograma tamizaje cáncer cérvix no disperso - FL-GRP-ADR-004
- Modelo de gestión para la atención de la población oncológica - AT-GRP-ADR-076
- Flujograma tamizaje cáncer próstata - FL-GRP-ADR-008
- Flujograma de la ruta tamizaje cáncer mama - FL-GRP-ADR-007
- Flujograma tamizaje cáncer cérvix disperso - FL-GRP-ADR-005
- Flujograma de atención menor con cáncer S.O.S EPS - FL-GRP-ADR-009
- Flujograma tamizaje cáncer colon y recto - FL-GRP-ADR-006
- Consenso Cáncer Mama - AT-GRP-ADR-051
- Consenso cáncer próstata - AT-GRP-ADR-055
- Formato adopción de guías de prácticas clínica cáncer de cuello uterino-Propacífico - AT-GRP-ADR-109
- Formato adopción de guías de prácticas clínica cáncer de cuello uterino-Propacífico - AT-GRP-ADR-109

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial	Calidad observada	Diferencia	Tendencia
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	80	56,53%	60,39%	3,86	Favorable
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	80	34,39%	68,52%	34,13	Favorable
Proporción de mujeres entre los 50 - 69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años	70	60,90%	62,93%	2,03	Favorable
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	6,4	3,88	0,04	-3,84	Favorable
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	30	40,21	53,65	13,44	Desfavorable
Oportunidad entre la remisión de las mujeres con Dx presuntivo de ca de mama y la confirmación del Dx de ca de mama de casos incidentes*	30	19,42	67,79	48,37	Desfavorable

Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino*	30	45,16	52,17	7,01	Desfavorable
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata*	60	18,85	69,42	50,57	Favorable
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)*	3	Sin casos	Sin casos	Sin casos	Favorable

(*) Si bien estos indicadores no están incluidos dentro del componente oncológico en el seguimiento de los indicadores de medida de vigilancia especial (Fénix) se incluyen en este numeral teniendo en cuenta la gestión a nivel de programa para no repetir la misma gestión en el numeral de indicadores del SIC

3.2 INDICADORES SIC (RES. 256 2016)

Tabla 3 Resumen cumplimiento acciones indicadores SIC PAMEC 2025

Estándar/ componente evaluado	Acción de mejora	Porcentaje de cumplimiento	Calidad esperada indicador trazador	Resultado indicador 2025	Eficacia
Letalidad por dengue	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Letalidad por dengue	100	2	0,00	Si
Proporción de gestantes a la fecha positivas para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) con TAR (Tratamiento Antirretroviral)	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	100	100	100	Si
Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	Fortalecer la ruta de atención a partir de la aplicación del modelo de seguridad para la atención obstétrica y RIA MPN	89	90	80,28	No

Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento	100	90	100	Si
Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	64	35	22,54	No
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Articular con procesos internos las oportunidades de mejora manifestadas por los usuarios en la evaluación	84	80	67,39	No
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB	Articular con procesos internos las oportunidades de mejora manifestadas por los usuarios en la evaluación	86	20	21,98	No
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Articular con procesos internos las oportunidades de mejora manifestadas por los usuarios en la evaluación	96	80	76,40	No
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	100	5	0	Si

Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	100	3	0	Si
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	Asegurar el cumplimiento, mejora y mantenimiento de los resultados para el indicador de Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	100	6,70	4,00	Si
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)	Mantener el cumplimiento y mejora del indicador con el afinamiento de la ruta de atención	100	3	0	Si
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Cierre de brechas en la implementación de la ruta oncológica en los distintos momentos de atención	100	60	52,17	Si
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Cierre de brechas en la implementación de la ruta oncológica en los distintos momentos de atención	84	60	69,42	No
Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	Incumplimiento en los tiempos de autorización para el servicio	56	5	7,20	No

Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera	Incumplimiento en los tiempos de autorización para el servicio	43	5	7,87	No
Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica	Incumplimiento en los tiempos de autorización para el servicio	100	5	3,52	Si
Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Nuclear	Incumplimiento en los tiempos de autorización para el servicio	62	5	6,88	No
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Cierre de brechas en la implementación de la ruta oncológica en los distintos momentos de atención	0	30	67,79	No

Fuente: Garantía de la calidad en salud S.O.S EPS diciembre 2025

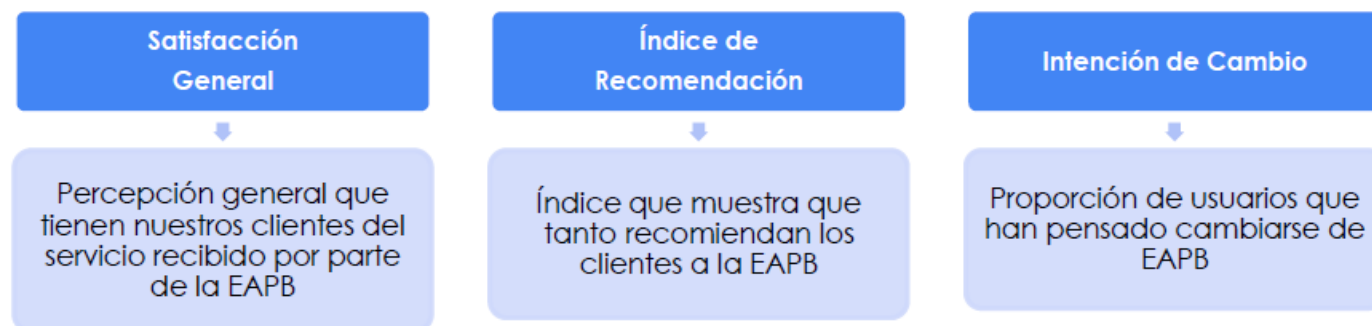
Para este componente se tienen asociados 19 indicadores contando con un 47,4% con tendencia a eficacia y el otro 52,6 sin eficacia respecto a la calidad esperada.

Gestión de relacionamiento con el cliente - Satisfacción

Desde el proceso de Experiencia del usuario se toma como metodología de referencia la filosofía de Calidad del Servicio, en donde se establece que el servicio que se le brinda al cliente a la hora de comprar hace que se genere la recompra y la permanencia del cliente a largo plazo.

La medición se divide en 3 grandes capítulos

La medición se divide en 3 grandes capítulos



Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial (cierre 2024)	Calidad observada (cierre 2025)	Diferencia	Tendencia
Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	80	74,59	67,39	-7,20	Desfavorable
Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	80	73,23	76,40	3,17	Favorable
Proporción de usuarios que ha pensado cambiarse de EAPB	20	22,89	21,98	3,49	Favorable

Grupo Salud Publica

Para los 4 indicadores se mantiene cumplimiento frente a la meta pese que para el indicador Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) tuvo una tendencia favorable respecto a la calidad inicial (cierre 2024), sin embargo, para el año 2025 se evidencia cumplimiento según la calidad esperada

Se mantiene monitoreo semanal a los eventos de interés en salud pública reportados en SIVIGILA en población menor de 5 años, con el seguimiento a los casos de mortalidad infantil integrada cód. 591 y mortalidad perinatal y neonatal tardía cód. 560, para identificación de causa básica, factores de riesgo relacionados, barreras administrativas que retrasan la atención y las demoras presentadas durante el evento con el propósito de establecer plan de acción en conjunto con la EAPB y prestador.

Dentro de las acciones de manera preventiva y correctiva desarrolladas por la EAPB SOS para letalidad por dengue, se tiene la proyección por semana epidemiológica del canal endémico en donde se verifica el comportamiento del evento de acuerdo con la notificación realizada, en este se evidencia que de acuerdo la dinámica epidemiológica del evento, la notificación de los afiliados a SOS se encuentra en zona de éxito, lo que indica que el número de casos identificados en el periodo evaluado a lo largo del año, presenta una frecuencia menor a la esperada.

En cuanto a la red prestadora se realiza capacitación con un experto acerca del diagnóstico, notificación, seguimiento y tratamiento de dengue se brindó orientación sobre manejo de los casos según los niveles de atención, algoritmo de derivación para los casos sospechosos de dengue.

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial (cierre 2024)	Calidad observada (cierre 2025)	Diferencia	Tendencia
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	6,70	7,39	4,00	-3,39	Favorable
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	3,00	0	0	0	Favorable
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	5	0	0	0	Favorable
Letalidad por dengue	2	0,07	0	0	Favorable

Oportunidad autorización de servicios

Se presenta cumplimiento para 1 de los 4 indicadores de autorizaciones respecto a la meta de 5 días propuesta, sin embargo, para estos indicadores en incumplimiento se evidencia tendencia favorable respecto al cierre del 2024.

EPS SOS ha logrado ejecutar acciones que permiten generar un mejoramiento continuo al proceso de autorizaciones, específicamente se cuenta con estrategia macro la cual se encuentra en desarrollo y consiste en desarrollar sistemas de información para la automatización del proceso integrado, con el objetivo de disminuir los tiempos de operación e incrementar la calidad esperada.

- a) Se fortaleció al Equipo de Asesores de atención al usuario frente a los alcances de la gestión de la autorización permitiendo tener mayor autonomía en las sedes para el mejoramiento de la oportunidad de la autorización evitando traslados de casos a la sede nacional
- b) Desarrollo tecnológico de OPS Virtual PBS, la cual consiste en generar respuesta de las solicitudes medicas a través de mensajes de texto y correo electrónico a los usuarios sin necesidad de acercarse al punto de atención, actualmente nos encontramos cerrando en la etapa de reglas de validación con el fin de fortalecer los componentes y parámetros de control del proceso.
- c) Implementación de WhatsApp Business el cual permite realizar radicación de solicitudes de autorización de servicios médicos a través de WhatsApp, con respuesta a través de correo electrónico registrado en oficina virtual

Estándar	Calidad esperada	Calidad inicial (cierre 2024)	Calidad observada (cierre 2025)	Diferencia	Tendencia
Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética Nuclear	5	4,66	6,88	2,22	Desfavorable
Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	5	9,64	7,20	-2,44	Favorable
Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera	5	14,88	7,87	-7,01	Favorable
Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica	5	3,72	3,52	-0,02	Favorable

3.3 OTROS PROCESOS PRIORITARIOS

Tabla 4 Resumen cumplimiento acciones indicadores Otros procesos prioritarios PAMEC 2025

Estándar/ componente evaluado	Acción de mejora	Porcentaje de cumplimiento	Calidad esperada indicador trazador	Resultado indicador 2025	Eficacia
Desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia	Gestionar la oportunidad de referencia con la red de prestadores (seguimiento) con las IPS de la red para generar ANS en respuesta	0	12	186,19	No
Implementación del programa de seguridad del paciente	Realizar seguimiento con los referentes de las IPS para articular aspectos de análisis e intervención de los hallazgos identificados	0	80	17,86	No

Fuente: Garantía de la calidad en Salud S.O.S EPS diciembre 2025

Los 2 indicadores cierran con tendencia desfavorable respecto a la calidad inicial.

Auditorías de calidad a la red de prestadores

Toda la metodología de auditoría se encuentra documentada en Manual del sistema obligatorio de garantía de la calidad, con el objetivo de asegurar una pertinente evaluación de la calidad de la atención y cumplimiento de modelo de atención se realiza al revisión y actualización de los criterios incorporados en las listas de chequeo de acuerdo con los distintos referentes

- Lista de verificación de auditoría a prestadores de servicios de salud – reumatología - FT-GRP-SOG-072
- Lista de verificación de auditoría a prestadores de servicios de salud - Resolución 521 de 2020 - FT-GRP-SOG-075.
- Lista de verificación de auditoría a prestadores de servicios de salud – ECNT - FT-GRP-SOG-073.
- Lista de verificación auditoría a prestadores de servicio de salud-Materno perinatal - FT-GRP-SOG-077
- Lista de verificación de auditoría a prestadores de servicios de salud - Cáncer - FT-GRP-SOG-069
- Lista de verificación de auditoría a prestadores de servicios de salud – neurología - FT-GRP-SOG-070
- Verificación de requisitos de habilitación consulta externa especialidad - FT-GRP-SOG-004
- Verificación de requisitos de habilitación consulta externa general - FT-GRP-SOG-003

Programa seguridad del paciente

Como plan de acción para la consolidación de una cultura institucional en seguridad del paciente y en cumplimiento del programa de seguridad del paciente en SOS, se realiza actualización de los siguientes documentos:

- Política de seguridad del paciente - PL-GRP-SOG-001
- Reporte / análisis posible acción inseguras (incidentes /ea) en seguridad del paciente - FT-CUM-SOG-002
- Manual de seguridad del paciente - MC-CUM-SOG-001
- Verificación política / programa de seguridad del paciente - FT-CUM-SOG-003
- Reporte, análisis y gestión de acciones inseguras - AT-CUM-SOG-001
- Lista de posibles acciones inseguras – clasificación - FT-CUM-SOG-001

Desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia

Entre las situaciones por trabajar para mejorar el proceso se da continua con la actualización de la documentación del proceso, ajustar el equipo de trabajo para favorecer la distribución de las actividades y seguimiento. Asegurar la participación en las UTC territoriales como espacios de articulación. Se tienen implementados comités de seguimiento con las IPS críticas para realizar la identificación de factores que afectan el proceso de referencia y establecer las acciones que permitan mejorar la oportunidad.

- Manual operativo central de referencia y contrarreferencia - MC-GES-CRF-002.
- Ruta referencia y contrarreferencia pacientes con reacciones alérgicas a la vacunación COVID 19 - AT-GES-CRF-006.
- Autorización Y Direccionamiento De Servicios - CP-GES-AYD-001

4. RESUMEN RESULTADOS

Indicadores del Sistema de Información para el Mejoramiento de la Calidad (SIC) Res. 256 2016

Indicadores medida de vigilancia especial Supersalud (Fénix)

Procesos prioritarios (Complementario)

- 54% de los estándares (25) cumplen con la calidad esperada
- 63% de los estándares (29) mejoraron respecto a la calidad inicial
- 43% de los estándares (9) que no cumplieron con la calidad esperada presentan tendencia favorable o mejora respecto a la calidad inicial