

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL
MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS (IPS - USTA)DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA.**

MÓNICA MANTILLA OTERO

JUDITH RUIZ REYES

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

**DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL
MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS (IPS-USTA)DE LA CIUDAD DE
BUCARAMANGA.**

MÓNICA MANTILLA OTERO

JUDITH RUIZ REYES

**Trabajo de grado presentado para optar por el título de Especialista en
Servicios de Salud**

Directora

XIOMARA PEREA FLÓREZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2007**

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS (IPS - USTA)DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA *

AUTORAS: MÓNICA MANTILLA OTERO

JUDITH RUIZ REYES **

PALABRAS CLAVES: Calidad, Salud, Servicio, Indicador de Gestión, monitoreo, odontología

Es la calidad en salud, una propiedad tanto de la atención médica como de la atención institucional; sin embargo es importante que la calidad sea regulada y evaluada bajo criterios estandarizados y así garantizar un servicio en salud óptimo.

Es la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS – USTA), quien enfoca sus actividades hacia la habilitación en salud, adoptando un sistema metodológico que le permita establecer la garantía de la calidad de sus servicios mediante la aplicación de un sistema de monitoreo.

La implementación de indicadores de gestión para el monitoreo de los diversos procesos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud es realizada por medio de la adecuación de la ficha técnica establecida en la resolución 1446 del 2006, donde su objetivo principal es mejorar las dificultades encontradas en las diferentes áreas del servicio prestado y generar actividades que permitan orientar su análisis y planes de mejoramiento queriendo así alcanzar las metas propuestas.

La implementación del sistema de monitoreo implica el compromiso del personal de la institución fortaleciendo de esta forma la planeación, implementación y evaluación; procesos propios de la Gestión Administrativa siendo de vital

* Proyecto de Grado

** Facultad de Salud. Escuela de Medicin. Especialización en Servicios de Salud. Xiomara Perea Flórez, Directora.

importancia, la conformación de grupos líderes evaluadores como medio de apoyo a la estrategia que se va a implementar. La ejecución ágil y oportuna del sistema de monitoreo de la calidad le permiten a la institución contar con unos parámetros de servicio definido mejorando de esta forma su gestión y lograr su proceso de acreditación, siendo competitiva en el actual mercado de servicios de salud con calidad.

SUMMARY

TITLE: DESIGN OF A SYSTEM OF INDICATORS OF ADMINISTRATION FOR THE MONITOREO OF THE QUALITY OF THE SERVICE OF DENTISTRY OF THE INSTITUTION PRESTADORA OF SERVICES OF HEALTH OF THE UNIVERSITY SAINT TAKINGS (IPS - USTA) OF THE CITY DE BUCARAMANGA*

AUTHORS: MONICA MANTILLA OTERO
JUDITH RUIZ REYES**

KEY WORDS: Quality, Health, Service, Indicator of Administration, monitoreo, dentistry

Is the quality in health, a so much property of the medical care like of the institutional attention; however it is important that the quality is regulated and evaluated low standardized approaches and this way to guarantee a service in good health.

It is the Institution Prestadora of Services of Health of the University Saint Tomás (IPS - USTA) who focuses their activities toward the qualification in health, adopting a methodological system that allows him to establish the guarantee of the quality of their services by means of the application of a monitoreo system.

The implementation of administration indicators for the monitoreo of the diverse processes of the Institution Prestadora of Services of Health is carried out by means of the adaptation of the technical record settled down in the resolution 1446 of the 2006, where its main objective is to improve the difficulties found in the different areas of the borrowed service and to generate activities that allow to guide its analysis and plans of improvement wanting this way to reach the proposed goals.

The implementation of the monitoreo system implies the commitment of the personnel of the institution strengthening this way the planeation, implementation and evaluation; processes characteristic of the Administrative Administration being of vital importance, the conformation of groups leaders appraisers like half of

* grade project

** School of Medicine. Ability of Health. Specialization in Services of Health. Xiomara Perea Flórez, Directress

support to the strategy that will implement. The agile and opportune execution of the system of monitoreo of the quality allows to the institution to have some parameters of defined service improving this way its administration and to achieve its accreditation process, being competitive in the current market of services of health with quality.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. OBJETIVOS.....	15
3.1 GENERAL.....	15
3.2 ESPECÍFICOS.....	15
4. MARCO REFERENCIAL.....	16
4.1 MARCO HISTÓRICO.....	16
4.2 ANÁLISIS INTERNO.....	17
4.2.1 Estructura Organizacional.....	17
4.2.2 Misión De La Institución Prestadora De Servicios De Salud (Ips) De La Universidad Santo Tomas.....	18
4.2.3 Visión De La Institución Prestadora De Servicios De Salud (Ips) De La Universidad Santo Tomas.....	18
4.2.4 Objetivo General.....	18
4.2.5 Objetivos Específicos.....	18
4.2.6 Políticas De Calidad.....	19
4.2.7 Principios Y Valores.....	19
4.2.8 Portafolio De Servicios Odontológicos.....	19
4.2.9 Planes De Atención.....	20
5. MARCO CONCEPTUAL.....	22
5.1 CALIDAD.....	22
5.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	25
5.3 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.....	26
5.4 ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	28
6. INDICADORES.....	30
6.1 CONCEPTO DE INDICADOR.....	31
6.2 CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR.....	32
6.3 INDICADOR DE DESEMPEÑO.....	34
6.4 TIPOS DE INDICADORES.....	35
6.4.1 Indicadores De Estructura O Entrada.....	36
6.4.2 Indicadores De Proceso.....	37
6.4.3 Indicadores De Resultado O Salida.....	40
6.4.4 Indicadores De Impacto.....	41
6.5 DISEÑO DE INDICADORES.....	45
6.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES.....	46
6.7 PLANTILLA DE INDICADORES.....	47
6.8 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES.....	47
7. MARCO LEGAL.....	50
7.1 LA CARTA POLÍTICA DE 1991.....	50

7.2 LEY 100 DE 1993.....	50
7.3 DECRETO 806.....	50
7.4 RESOLUCIÓN NÚMERO 412 Y 3784 DE 2000.....	50
7.5 DECRETO 1011 DE 2006.....	51
7.6 RESOLUCIÓN 1043 DE 2006.....	51
7.7 RESOLUCIÓN 1445 DE 2006.....	51
7.8 RESOLUCIÓN 1446 DE 2006.....	51
8. DISEÑO METODOLÓGICO.....	52
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	52
8.2 FUENTES DE INFORMACIÓN.....	52
8.2.1 Fuentes Primarias:.....	52
8.2.2 Fuentes Secundarias:.....	52
8.2.3. Fuentes Terciarias.....	52
8.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	53
8.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	54
9. RESULTADOS.....	55
9.1 FICHA TÉCNICA BÁSICA DE INDICADORES.....	59
9.1.1 Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	59
9.1.2. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	62
9.1.3. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	64
9.1.4. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	67
9.1.5. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	69
9.1.6. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad.....	71
9.2 FICHA TÉCNICA INDICADOR DE CALIDAD TÉCNICA.....	74
9.2.1 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica.....	74
9.2.2 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica.....	76
9.2.3 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica.....	79
9.3 FICHA TÉCNICA INDICADOR DE GERENCIA / RIESGO.....	81
9.3.1 Ficha Técnica Indicador De Gerencia Del Riesgo.....	81
9.3.2 Ficha Técnica Indicador De Gerencia Del Riesgo.....	84
9.3.3 Ficha Técnica Indicador De Satisfacción / Lealtad.....	86
9.3.4 Ficha Técnica Indicador De Satisfacción / Lealtad.....	88
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	91
CONCLUSIONES.....	92
RECOMENDACIONES.....	93
DISCUSIÓN.....	94
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS.....	97

INTRODUCCIÓN

Considerando la evaluación como un proceso científico y sistemático que permite determinar la medida en que la acción o acciones han tenido éxito en el logro de los objetivos propuestos. se hace necesario que la evaluación se apoye en instrumentos que se encuentren relacionados directamente con ellos como es el uso y aplicación de indicadores quienes a su vez van a generar un importante aporte en la identificación de dificultades en diferentes áreas de trabajo y orientar su análisis

No ajena a este proceso, la Institución prestadora de servicios de salud, de la universidad santo tomas, seccional Bucaramanga, se encamina hacia la acreditación necesitando la adopción de un sistema de indicadores de monitoreo de los procesos ya existentes en la institución, queriendo de ésta forma alcanzar las metas propuestas.

Luego de la revisión bibliográfica, es realizado Un análisis de la Resolución 1446 del 8 de mayo del año 2006, expedida por el Ministerio de la Protección Social, adaptando éste modelo en el diseño de las fichas técnicas, instrumento indispensable para la construcción del indicador de gestión. El asumir un sistema de indicadores implica, realizar los ajustes requeridos, poner en conocimiento el plan con el personal comprometido de la institución y poder conocer cuales son las áreas de mayor dificultad con miras a efectuar los cambios necesarios y la toma de decisiones pertinentes fortaleciendo los procesos de planeación implementación y evaluación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de la Protección social establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento y aseguramiento de la calidad en la atención, en ejercicio de las atribuciones legales proferidas en el numeral III del Artículo 173 de la Ley 100 de 1993, Artículo 2 del decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001, titulares III y IV de Decreto 1011 de 2006. ^{*1}

Una institución como la IPS de la Universidad Santo Tomas, Habilitada en el año 2002 según lo establecido en el decreto 2309 de 2002 y la resolución 1439 de 2002 por El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud a través de la división de acreditación, vigilancia y control de la secretaria de salud departamental el 25-03-2003 El listado de servicios odontológicos declarados son Cirugía oral, endodoncia, odontología, ortodoncia, ortopedia, pediatría, periodoncia, rehabilitación oral, otras consultas, radiología e imágenes diagnósticas.*1 orienta su misión hacia la prestación de servicios de odontología con calidad en la atención a sus usuarios con talento humano altamente calificado , tecnología de punta , amplia cobertura que la posicionan competitivamente en el mercado de la atención en salud en el área metropolitana .

Debe adoptar dentro de su gestión un sistema de monitoreo mediante la aplicación de indicadores para la garantía de calidad de la atención prestada ; reglamentado por el Ministerio de la Protección Social mediante la resolución número 1446 de mayo 8 de 2006.

¹ Actas de la IPS-USTA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomàs , Facultad de Odontología)

En el presente trabajo se pretende construir un sistema de indicadores de estructura, proceso y resultados de la atención odontológica como herramienta gerencial de vigilancia y control que permita la identificación de procesos críticos, mejoramiento en la planeación de actividades, establecimiento de correctivos necesarios, e incentivar la cooperación y multidisciplinariedad.

2. JUSTIFICACIÓN

En Colombia el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud del Ministerio de Protección Social (SGSSS), establece a través de la resolución número 1446 del 8 de Mayo de 2006 “ Los indicadores del nivel de monitoria del sistema” , que deben cumplir los diferentes prestadores de salud para la habilitación de los servicios ofertados.

La evaluación de la gestión del desempeño de la calidad en la atención de los servicios de salud para los prestadores de estos servicios , es una herramienta que permite realizar un diagnóstico permanentemente y actualizado de la calidad y gestión de la prestación de servicios, para la toma decisiones y verificación de resultados ; a través , de la aplicación de indicadores que permitan medir la gestión del desempeño de los diferentes servicios en términos de estructura, procesos y resultados.

La Institución prestadora de servicios de salud de la Universidad Santo Tomas, Habilitada en el año 2002 según lo establecido en el decreto 2309 de 2002 y la resolución 1439 de 2002 por El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud a través de la división de acreditación, vigilancia y control de la secretaria de salud departamental el 25-03-2003 , ofrece servicios odontológicos integrales y especializados, con tecnología de punta, talento humano calificado , óptima infraestructura y organización administrativa y operacional.

Dando cumplimiento a la normatividad reglamentada para los prestadores de servicios de salud, se requiere diseñar un sistema de monitoreo para el aseguramiento de la calidad en la atención, con el fin de detectar fallas o dificultades de los servicios.

Con éste sistema se pretende realizar un seguimiento de los procesos que permitan analizar y evaluar los servicios, en el marco de una gestión participativa que se traduzca en resultados de mejoramiento de la calidad de la prestación de la atención odontológica.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DE LA IPS DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA.

3.2 ESPECÍFICOS

1. Realizar una investigación temática sobre Indicadores de Gestión y la importancia para la medición y autoevaluación institucional de las actividades de gestión en estructura, procesos y resultados institucionales.
2. Conocer la normatividad reglamentada por el Ministerio de la Protección Social para el aseguramiento de la calidad en la atención en salud según resolución número 1446 de mayo 8 de 2006, de obligatorio cumplimiento y aplicada en el diseño de los indicadores en el Monitorio de la Calidad a los servicios de odontología de la IPS de la Universidad Santo Tomás.
3. Elaborar la ficha técnica a cada uno de los indicadores seleccionados para la construcción del Sistema de Monitoreo de la Calidad de la Institución prestadora de servicios odontológicos de la Universidad Santo Tomas siguiendo los parámetros establecidos por el Ministerio de la Protección Social en la resolución número 1446 de mayo 8 de 2006.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO HISTÓRICO

La Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS – USTA), Seccional Bucaramanga, fue creada como una dependencia interna por el concejo académico de las facultades de salud: odontología y optometría en el primer periodo académico del 2002.

La creación de la IPS-USTA fue necesaria para la atención docencia-servicio de las clínicas de la facultad de Odontología, que obliga al cumplimiento de la normatividad establecida y vigente por el Sistema de Seguridad Social General en Salud del Ministerio de Protección Social a partir de la Ley 100 de Seguridad Social de 1993.

Funciona con dos sedes en Bucaramanga y Floridablanca dentro de las instalaciones de la Universidad respectivamente.

Las clínicas de atención odontológicas cuentan con 109 modernas unidades odontológicas, Equipos de última tecnología como el sistema de radiografía digital, microscopio dental quirúrgico, cámaras intraorales, máquina de anestesia computarizada. Así mismo, cuenta con un completo servicio de apoyo clínico: en diagnóstico con ayudas e imágenes diagnósticas, paquete de estudio de ortodoncia, biopsias y patologías. Realización de placas oclusales, y atención de fonoaudiología.

Posee una infraestructura excelente en todos los espacios de atención, cumpliendo con todas las normas de medio ambiente, manejo y bioseguridad exigidos. De igual manera, ha desarrollado e implementado un completo sistema de información computarizado denominado SIPCO (Sistema de Información de Procedimientos Clínicas Odontológicas), para el registro de actividades de atención clínica diario, inventarios, facturación y cartera. Para el aseguramiento del desarrollo de procesos clínicos con calidad cuenta con Manuales de procedimientos, procesos, funciones administrativas; manejo sistemático de historia clínica individualizado; programa de salud ocupacional,

plan de atención de urgencias, emergencias y desastres; guías y protocolos de manejo por servicios de atención clínica.

Recibió certificación de Habilitación en el año 2002 según lo establecido en el decreto 2309 de 2002 y la resolución 1439 de 2002 por El sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud a través de la división de acreditación, vigilancia y control de la secretaria de salud departamental el 25-03-2003 con un periodo de vigencia de tres años. El listado de servicios odontológicos declarados son:

Cirugía oral, endodoncia, odontología, ortodoncia, ortopedia, pediatría, periodoncia, rehabilitación oral, otras consultas, radiología e imágenes diagnósticas.²

4.2 ANÁLISIS INTERNO

4.2.1 Estructura Organizacional



² Actas de la IPS-USTA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás , Facultad de Odontología) – Director IPS € Dra. Margret Pedraza

4.2.2 Misión De La Institución Prestadora De Servicios De Salud (Ips) De La Universidad Santo Tomas.

Prestar servicios de salud en la educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a través del mejoramiento continuo para la calidad mediante la disposición de recursos humanos, financieros, físicos y de tecnología de punta, basados en la evidencia científica y con un riguroso compromiso con la ética.

4.2.3 Visión De La Institución Prestadora De Servicios De Salud (Ips) De La Universidad Santo Tomas.

A futuro la IPS- UNIVERSIDAD SANTO TOMAS será la red de servicios de salud preferida por los usuarios y se convertirá en el más importante centro de apoyo a la docencia y a la investigación de la Universidad Santo tomas

4.2.4 Objetivo General

Brindar un servicio social con calidad a sus usuarios internos y externos, con el apoyo académico, científico y de tecnología de punta de las facultades de odontología y optometría en educación, información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación requerida por los usuarios, para una mayor expectativa y calidad de vida.

4.2.5 Objetivos Específicos

- 1) Diseñar y desarrollar una red propia de servicios de salud, conformada por todos los servicios que ofrece la Universidad en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- 2) Prestar servicios odontológicos y optométricos de forma integral dentro del marco ético, legal y los parámetros de calidad exigidos por el sistema general de seguridad social en salud.
- 3) Fomentar la generación de proyectos de investigación que mejoren los procesos en la prestación de servicios para el aseguramiento de la calidad de todos los procesos de atención.

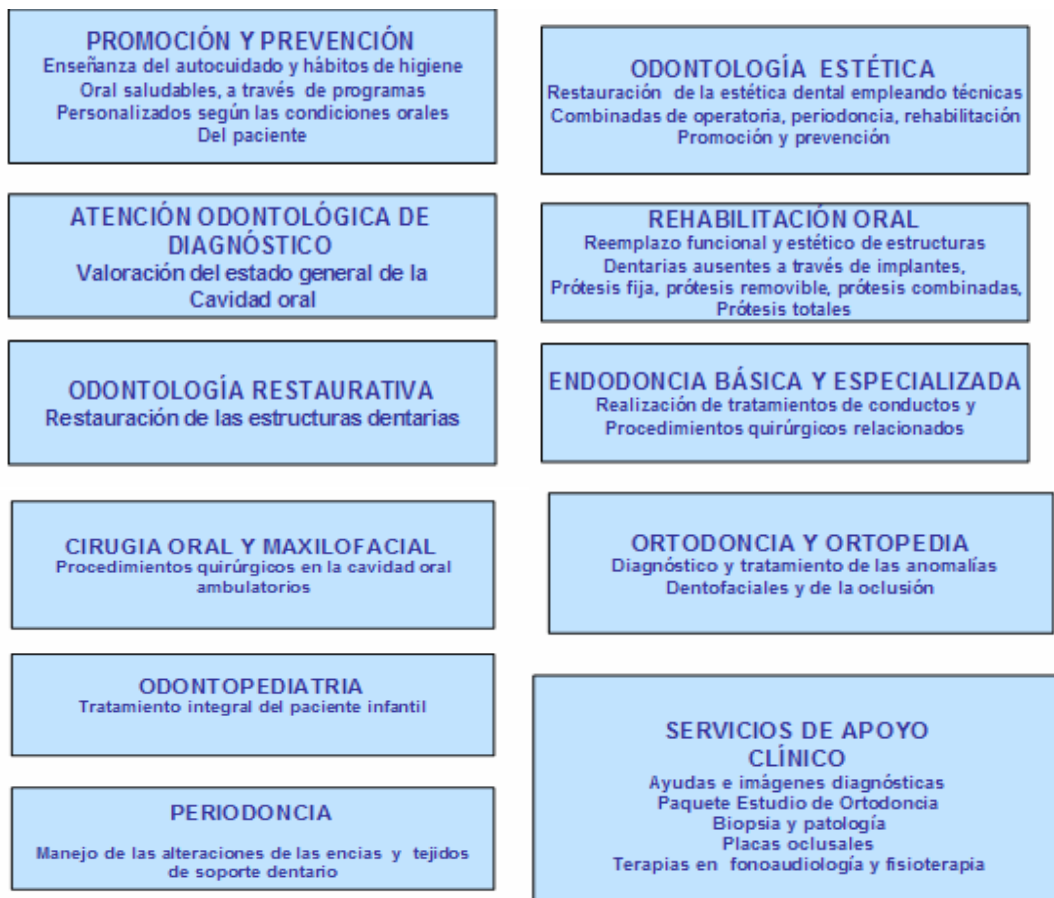
4.2.6 Políticas De Calidad

La institución prestadora de servicios de salud de la Universidad Santo Tomas, sitúa la calidad de sus servicios por sobre todo lo demás, porque la lealtad y satisfacción del usuario interno y externo constituyen nuestra mayor preocupación. El equipo humano de la IPS recibirá capacitación en el mejoramiento continuo para el aseguramiento de la calidad en la atención. Se pondrán a disposición los recursos financieros y físicos para la realización de esta política

4.2.7 Principios Y Valores

Calidad, igualdad, integralidad, continuidad, integración funcional, promoción del desarrollo humano, responsabilidad social

4.2.8 Portafolio De Servicios Odontológicos



4.2.9 Planes De Atención



Se esta acondicionando para el segundo periodo del 2006 un módulo de atención pediátrica con 09 unidades y la dotación del quirófano. Esta en estudio la creación de un área de atención V.I.P

Cuenta con un completo sistema de información computarizado denominado SIPCO, para el registro de actividades de atención clínica diario, inventarios, facturación y cartera. Para el aseguramiento del desarrollo de procesos clínicos con calidad ha desarrollado Manuales de procedimientos, procesos, funciones administrativas; manejo sistemático de historia clínica individualizado; programa de salud ocupacional, plan de atención de urgencias, emergencias y desastres; guías y protocolos de manejo por servicios de atención clínica.³

³ Actas de la IPS-USTA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás, Facultad de Odontología). Director € Dra. Margret Redaraza

Una institución como la IPS de la Universidad Santo Tomas que orienta su misión hacia la prestación de servicios de odontología con calidad en la atención a sus usuarios con talento humano altamente calificado , tecnología de punta , amplia cobertura que la posicionan competitivamente en el mercado de la atención en salud en el área metropolitana ; debe adoptar dentro de su gestión un sistema de monitoreo mediante la aplicación de indicadores para la garantía de calidad de la atención prestada ; reglamentado por el Ministerio de la Protección Social mediante la resolución número 1446 de mayo 8 de 2006.

En el presente trabajo se pretende construir un sistema de indicadores de estructura, proceso y resultados de la atención odontológica como herramienta gerencial de vigilancia y control que permita la identificación de procesos críticos, mejoramiento en la planeación de actividades, establecimiento de correctivos necesarios, e incentivar la cooperación y multidisciplinariedad.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 CALIDAD

En un sentido etimológico el concepto de calidad proviene del latín QUALITIS que significa el conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, casta, nobleza, superioridad entre otras muchas acepciones⁴

La calidad no es un concepto simple y su significado varía dependiendo de las condiciones históricas, culturales, etc. Según Donabedian⁵ “La evaluación de la calidad debe apoyarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa “calidad de la atención médica”. En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir” y agrega “Hay algunos que consideran que la calidad del cuidado de la salud es una propiedad tan compleja y misteriosa, tan variable de significado entre una y otra situación, que no es asignable a una especificación previa.

Según Juran⁶ “Hay muchas frases cortas entre las que elegir, pero *la* frase corta es una trampa. No se conoce ninguna definición breve que traiga como consecuencia un acuerdo real sobre lo que quiere decir calidad. Sin embargo, es vital el acuerdo real; no podemos planificar la calidad a menos que primero nos pongamos de acuerdo en lo que quiere decir calidad.” Muchos conceptos diferentes han de ser incluidos de manera que la definición cubra todos los aspectos importantes de la calidad asistencial. La experiencia nos ha demostrado que no hay una simple medida de la calidad que abarque todos estos aspectos, diferentes apreciaciones pueden discrepar sobre la calidad de determinados procesos asistenciales, dependiendo desde el punto de vista del que se le mire, el interés del proveedor de los servicios (IPS, profesional), del pagador (EPS, ARS, paciente) o del receptor (paciente), los desacuerdos pueden surgir al hacerse hincapié en diferentes valores o aspectos de la calidad. Frecuentemente, por lo tanto, un estudio concreto de garantía de calidad se centra sobre un determinado aspecto para conseguir su mejora.

Al revisar algunos de los principales abordajes que mejor se adaptan a las necesidades específicas del entorno en el cual deba desarrollarse la actividad

⁴ ARDON, Nelson. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. Colombia Médica. Volumen 32. 2001

⁵ DONABEDIAN, Avedis. Evaluación de la calidad de la atención médica. Milbak memorial Fund Quarterly. Parte II. 1996

⁶ JURÁN, J.M. Editorial Mc Graw Hill. 1994

especifica de calidad, lo más importante para tener en claro es que la definición del concepto de calidad que se adopte para el programa de calidad debe ser lo suficientemente concreta como para permitir que las evaluaciones que se hagan del desempeño puedan medir la calidad de éste en términos claramente cuantificables y que ofrezcan validez y reproducibilidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran⁷ la define como "idoneidad o aptitud o para el uso" (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa es la "satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio".⁸

Desde el punto de vista de los diversos esfuerzos desarrollados en el campo asistencial, las definiciones han ido variando desde abordajes tan cualitativos como los expresados en los Criterios de Suñol, R. Bañares hasta definiciones como la del Institute of Medicine: calidad del cuidado de la salud es "la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional".⁹

Donabedian define la Calidad de la atención como "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención".¹⁰

Para su análisis, Donabedian señala tres puntos de vista diferentes según los elementos que la integran (aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos - riesgos y beneficios) y quién la define. Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario. Desde una óptica social, en la definición de la calidad de la asistencia médica se considerarían los mismos factores que al

⁷ Ibid., p. 17.

⁸ ISHIKAWA, Kaoru. Introducción al control de calidad. Ediciones Díaz de Santos. España. 1999

⁹ SUÑOL, R. Bañares, J. Origen, evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Texto Académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia, 1.998

¹⁰ Ibid., p. 17.

enunciarla desde la perspectiva individual. Pero habría que estimar nuevos criterios: el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.”

Asimismo, a la luz del análisis de la teoría del Dr. Donabedian¹¹, se encuentra que la calidad de la atención trae consigo una interrelación entre dos componentes: la atención técnica y la relación interpersonal, de la cual se derivan componentes adicionales y subcomponentes, los cuales se terminan agrupando en tres diferentes aproximaciones para la evaluación: la estructura, el proceso y los resultados de dicha atención. Esta conclusión también podría tener diferentes aproximaciones desde el punto de vista de los entes reguladores del administrador, del prestador del servicio y por último del usuario.

Con base en las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica dimensiones tales como la dimensión técnica. Al no tener un gran desarrollo en nuestro país, la dimensión técnica requiere de la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología, a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian, reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos. (Public Health Policy, 1998). En la dimensión técnica adquiere gran relevancia el tema de la seguridad. Con ello, se busca que al tratar un paciente se consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en que se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

En una de las dimensiones de la calidad, a nivel del servicio, es necesario considerar la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación de éste.

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. Organización Panamericana de la salud (OPS) Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina¹².

¹¹ Ibid., p. 18.

¹² Revista Panamericana de salud Pública. Volumen VIII. Julio 2000.

Finalmente, la Ley 100 de 1993 estableció la Calidad como uno de los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objeto de garantizar a los usuarios una Calidad de la atención en salud oportuna, integral, continua y humanizada.

5.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian¹³, quien desde finales de los años 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. Él define la calidad en salud así: "la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes" *

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Donabedian al respecto especifica que "la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente"

La calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y beneficios. El modelo entonces propuesto por Avedis Donabedian abarca tres aspectos de control de la calidad: estructura, proceso y resultados.

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

Las Características o variables relevantes que se consideran constitutivas de la calidad de la atención en salud están constituidas por 5 características principales, además de la satisfacción de los usuarios, la eficiencia, la eficacia, la efectividad,

¹³ Ibid., p. 18

la integralidad, la conformidad o concordancia de registros y la idoneidad profesional, entre otros.

5.3 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.

En las instituciones que prestan servicios de salud, La organización debe garantizar la estructura indispensable para la prestación de sus servicios y el cumplimiento de su objeto social. Se debe propender por que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares para los procesos , ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud.¹⁴

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente). Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la estructura se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa. Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Al realizar la evaluación de la calidad a nivel del Proceso se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte

¹⁴ ARDON, Nelson et al. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. Vol. 32. 2001.

administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio. Y por último, al realizar la evaluación de la calidad en los Resultados, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, al medir los resultados como facilitadores del impacto.

Avedis Donabedian¹⁵ es el más descriptivo en su metodología, especialmente en lo referente a los criterios que deben tomarse en cuenta para la evaluación de la calidad. Los criterios enfocados hacia la estructura involucran los recursos con que cuentan los proveedores de la salud; los criterios del proceso incluyen el objeto primario de evaluación, ya que comprende las actividades que se llevarán a cabo por y entre profesionales y pacientes, y entre los criterios de resultado se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente.

Mediante el decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002, se dispone su aplicación a los prestadores de servicios de salud, las Entidades Promotoras de salud, las administradoras del Régimen Subsidiado, entidades Distritales y Municipales, donde define las características del SGSSS, con el objeto de evaluar y mejorar la calidad de la salud.

En esta reglamentación se enfatiza la necesidad que las organizaciones de salud cuenten con mecanismos de auditoria, define su operación y funcionamiento en cada una de ellas (Art. 39, EPS, IPS, Ministerio Público (MP) y Direcciones Territoriales de Salud (DTS)), como también establece la necesidad de adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención. Con base en esta información, estas Entidades deben implementar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, en las que evalúen de manera continua y sistemática, la concordancia entre los parámetros establecidos y los resultados obtenidos, para el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

¹⁵ Ibid., p. 18.

5.4 ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Los atributos de la calidad han sido tomados de los conceptos dados por Alvaro Bustos, de la Evaluación de la atención en salud¹⁶.

Oportunidad: se refiere a la prestación de servicios en el momento más beneficioso e indicado según la necesidad del usuario.

Suficiencia: debe contarse con los recursos necesarios en calidad y cantidad para prestar el servicio en condiciones óptimas y en forma oportuna, según la complejidad del caso.

Integralidad: se debe tener en cuenta al prestar el servicio, que el hombre es él y sus circunstancias (familiar, laboral, social); no solo un segmento corporal.

Continuidad: secuencia lógica e ininterrumpida de las acciones de un plan de manejo o tratamiento de una situación de salud - enfermedad.

Calidad intrínseca del registro clínico: cumplimiento de la Resolución 1995 de 1999, por la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica.

Racionalidad técnico – científica en diagnóstico y terapéutica: los análisis clínicos y las conductas que se derivan de ellos se deben soportar en el conocimiento universal.

Pertinencia: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren según la evidencia y sus efectos secundarios son menores que sus beneficios potenciales.

Ejecución técnica: las conductas deben ser ejecutadas con habilidad, buen juicio y alto interés en la situación del paciente (diligencia, pericia y prudencia).

Eficiencia: se refiere al uso adecuado de recursos para conseguir el mejor costo/beneficio posible para el usuario y para el proveedor.

Eficacia: hace referencia al logro de objetivos, es decir, que la atención se traduzca en beneficio real para el usuario.

Efectividad: es el grado en que la atención se presta de forma correcta según el estado actual de conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

¹⁶ BUSTOS, Alvaro. Evaluación de la calidad de la atención en salud. Administración de servicios de salud. Universidad industrial de Santander. Bucaramanga. 2005.

Atención humanizada: respetar la dignidad y derechos de la persona

Atención personalizada: cada persona es diferente a las demás (expectativas, costumbres, creencias, cultura, entre otras). La atención en salud debe ser tomada como única e individual.

Satisfacción del cliente: es un atributo indirecto de la calidad, evidencia la calidad subjetiva y no la técnica, se refiere al cumplimiento de las expectativas que el usuario tiene respecto del servicio que le están brindando.

Satisfacción de quien presta el servicio: el bienestar de quien presta el servicio se refleja en los resultados de sus acciones y la satisfacción de sus usuarios.

Costo razonable: no siempre significa el menor costo, debe tener en cuenta el costo de la calidad del servicio y el beneficio que se presta.

6. INDICADORES

Al revisar estudios realizados sobre el tema, se encuentra que se han generado metodologías para la evaluación de la calidad, el desarrollo de sistemas de indicadores, y algunos estudios sobre evaluaciones aisladas de la calidad vista desde la perspectiva de los usuarios: en 1995 Mario Díaz y otros autores, conceptualizaron la calidad de los servicios de salud y las metodologías para su medición; posteriormente, en 1996, Ruth Bello y otros autores analizaron críticamente las metodologías para evaluar la calidad de los servicios de salud frente a los requerimientos de información de los máximos organismos de control y las condiciones de información existentes en las Instituciones del S.G.S.S.S. Ellos establecieron que en Colombia no existe un marco de referencia debidamente reglamentado en cuanto a las metodologías para la evaluación de la calidad. Luego, Fabricio Guillén y otras autoras, en 1997, diseñaron un sistema de indicadores para el diseño y/o adaptación de una metodología que permita evaluar los cambios de la calidad en la prestación de los servicios en salud y lograron avances significativos en la generación de instrumentos de medición, como son los indicadores determinados y la importancia de la necesidad de la unificación de la información requerida por entes reguladores y la de las instituciones, ya que para ese momento no se había diseñado el sistema único de Información del Ministerio de Salud. En 1998, Cano, Giselle y otros analizaron los resultados de la encuesta de calidad de vida relacionados con la calidad en la prestación de servicios de salud, y concluyeron que en Colombia se han realizado esfuerzos al formular criterios para evaluar el proceso y los resultados de la atención médica, al estandarizar casos que impliquen calidad en sus resultados; sin embargo, en este estudio no se evidencia una evaluación de la calidad de prestación de Servicios de las Instituciones; en 1999 Daniel Heredia e Isaías Montilla, diseñan el sistema de indicadores básicos para la evaluación y seguimiento de la calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del Sistema Integral de Información del Ministerio de Salud, en el cual generan 75 indicadores clasificados en los tres aspectos que involucran la calidad: Estructura, Proceso y Resultados, los cuales dependen totalmente del Sistema del Ministerio y arrojan información generalizada para el territorio Nacional. Sin embargo, en éste estudio solamente se realiza el diseño de los indicadores, sin realizarse su aplicación para el monitoreo y evaluación de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios.¹⁷

La Dirección General para el Control del Sistema de Calidad de la Superintendencia Nacional de Salud identificó la necesidad de disponer de un Sistema de Monitoreo de la Calidad en la Prestación de Servicios de Salud por

¹⁷ BELTRAN J, Mauricio. Indicadores de Gestión, herramienta clave para el logro de la productividad. Tercer Editores. Bogotá. 2001.

Niveles de Atención que permitiera conocer la operatividad de algunos procesos institucionales relacionados con las características de Seguridad, Oportunidad y Racionalidad Técnico - Científica, para orientar sus acciones de Vigilancia y Control hacia los aspectos prioritarios que deben ser mejorados en las IPS, así como para promover el desarrollo de una cultura de la obtención, procesamiento, análisis y utilización de la información en la toma de decisiones, todo esto en aras de avanzar en el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud en Colombia.

En este orden de ideas, la Dirección General para el Control del Sistema de Calidad, a partir del año 2.000 inició el diseño de un grupo de Indicadores para Monitorear la Calidad en las IPS del II y III nivel de atención. Después de analizar los diferentes temas manejados en la Dirección y de identificar algunos aspectos críticos para la Calidad, se conformó un grupo interinstitucional en el que participaron varias organizaciones del Sector Salud. Después de un año de trabajo de este grupo, se obtuvo un conjunto de 13 indicadores, los cuales fueron aplicados en una prueba piloto a 33 hospitales de Bogotá, Cundinamarca y Boyacá.

De la prueba piloto se obtuvo alguna información sobre la organización, obtención, procesamiento y utilización de los datos, así como de los beneficios y dificultades enfrentadas por las instituciones participantes para la aplicación de los indicadores. Posteriormente se realizó una reunión de retroalimentación y se determinó la necesidad de ajustar las fichas técnicas, de elaborar un instructivo para la aplicación de los indicadores que incluyera un Glosario de Términos.

En este momento, la Dirección General para el Control del Sistema de Calidad dispone de dieciséis (16) Indicadores para Monitorear la Calidad en la Prestación de Servicios de SALUD.

6.1 CONCEPTO DE INDICADOR

De acuerdo con Guardiola,¹⁸ un indicador es una relación entre variables cuantitativas o cualitativas que permite observar la situación y las tendencias de cambios generadas en el objeto o fenómeno observado, en relación con objetivos y metas previstos e impactos esperados

Los indicadores son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de funciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Adicionalmente se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de

¹⁸ GUARDIONAL O. El control de Gestión y sus indicadores. Incolda. Bogotá. 1998

resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. Pueden expresarse en tasas y porcentajes como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como críticos. (Rooney L. A., Vam Ostemberg, P.R. 1999)¹⁹

Los indicadores son útiles para varios fines:

- Evaluar la gestión
- Identificar oportunidades de mejoramiento
- Adecuar a la realidad objetivos, metas y estrategias
- Sensibilizar a las personas que toman decisiones y a quienes son objeto de las mismas, acerca de las bondades de los programas
- Tomar medidas preventivas a tiempo
- Comunicar ideas, pensamientos y valores de una manera resumida: "medimos lo que valoramos y valoramos lo que medimos"

Un indicador aislado, obtenido una sola vez, puede ser de poca utilidad. En cambio, cuando se analizan sus resultados a través de variables de tiempo, persona y lugar; se observan las tendencias que el mismo puede mostrar con el transcurrir del tiempo y se combina con otros indicadores apropiados, se convierten en poderosas herramientas de gerencia, pues permiten mantener un diagnóstico permanentemente actualizado de la situación, tomar decisiones y verificar si éstas fueron o no acertadas.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE UN BUEN INDICADOR

Un buen indicador:

- Sirve a un propósito, diseñado teniendo en cuenta este propósito y las características de los usuarios.
- guarda relación con un asunto de interés actual o futuro (es decir, es útil);
- Relaciona costo-eficacia , logra el objetivo de su utilización con la mínima cantidad de recursos, utiliza recursos (datos, entre ellos) existentes o permite utilizar los datos nuevos que requiere para otros usos y usuarios;
- es válido, es decir que mide lo que se pretende medir;

¹⁹ ROONEY, L. A. VAM, Ostemberg. Acreditación y Certificación, aprobado para la calidad de los servicios de salud. Serie USALD. 1999.

- es objetivo: permite obtener el mismo resultado cuando la obtención del indicador es hecha por observadores distintos, en circunstancias análogas;
- es sensible: es capaz de captar los cambios ocurridos en la situación objeto del indicador;
- es específico: aplicable solo a la situación de que se trata;
- es inequívoco en su significado;
- se puede obtener sin dificultad, disponibilidad.
- es consistente en el transcurso del tiempo;
- se obtiene oportunamente;
- es preciso;
- es transparente (fácilmente entendido e interpretado por los usuarios);
- es dado a conocer periódicamente a las partes interesadas.

Estos criterios tienen varias implicaciones que condicionan y limitan los tipos de indicadores que se pueden desarrollar, y la forma como se pueden construir, presentar y utilizar. Muchos de estos criterios son también en cierto grado mutuamente incompatibles: ésta es una razón por la que los indicadores son difíciles de diseñar. La necesidad esencial de costo-eficacia, por ejemplo, significa a menudo que los indicadores se deben desarrollar con base en los datos que ya existen o, si éstos se van a recoger por primera vez, que puedan ser utilizados también para otros propósitos. Desafortunadamente, muchos de los datos existentes se han recogido para propósitos específicos y no son, por lo tanto, ideales para otros usos. La necesidad de claridad y de facilidad de entender también implica que los indicadores deben condensar a menudo grandes volúmenes de datos en un breve resumen, como lo es un indicador . El criterio de validez científica, por otra parte, requiere que el proceso de precisión no vaya demasiado lejos. Los indicadores deben simplificar, sin sesgar, la verdad subyacente, o perder las conexiones y las interdependencias vitales que gobiernan el mundo verdadero. Al mismo tiempo, si los indicadores deben ser sensibles al cambio, es necesario que se basen en datos exactos, de alta resolución y consistentes.

Las diversas aplicaciones que pueden darse a los indicadores crean desafíos. Cada uso puede implicar la necesidad de un indicador ligeramente distinto. Un indicador ideado para monitorear tendencias en el tiempo, por ejemplo, debe basarse en datos que son representativos espacialmente, pero no necesariamente intensivos o completos. El mismo indicador, usado para examinar patrones geográficos y para identificar lugares de interés ("hotspots"), deberá basarse en datos espaciales que son detallados y comprensivos: las variaciones temporales serán menos importantes. Un indicador desarrollado para levantar conciencia pública sobre una cuestión de salud ambiental necesitará ser interesante y aceptable para la comunidad afectada (el indicador deberá tener 'resonancia'). Esto puede significar que será necesario sacrificar un cierto grado de complejidad y de rigor para hacer el mensaje fuerte y claro. En los indicadores que se idean para el uso como parte de una investigación epidemiológica, por el contrario, el

énfasis será ante todo puesto en su validez y exactitud científicas. Por todo lo anterior, el desarrollo de indicadores multi-propósito es sumamente difícil. En algún grado, todos los indicadores tienen un uso y un contexto específicos.

Los indicadores también deben ser dinámicos. Se deben actualizar y corregir en la medida en que el entorno cambia: cambios no solamente en las condiciones específicas que ellos describen, sino también en la disponibilidad de datos, en el conocimiento científico, o en los niveles de interés y necesidades de sus usuarios.

Los indicadores, por lo tanto, no son fijos ni universales. Lo que hace que un indicador sea bueno en un lugar en un momento determinado no será necesariamente relevante en otro. Por consiguiente, aunque es posible idear conjuntos definitivos de indicadores que responden a necesidades específicas, la utilidad más amplia de éstos es inevitablemente limitada. Por otra parte, no es apropiada una especie de anarquía, en la cual cada uno desarrolla sus propios indicadores. Esto daría lugar a una duplicación esfuerzos, a la proliferación de conjuntos de indicadores y a una dificultad cada vez mayor de comparar o de combinar indicadores provenientes de diversas fuentes. Puede también alentar el desarrollo de indicadores mal concebidos y mal diseñados que pueden desinformar más bien que informar.²⁰

6.3 INDICADOR DE DESEMPEÑO

Es una medida que se utiliza a través del tiempo para evaluar los resultados de las funciones o procesos de un sector, de una organización, o de una de sus áreas o dependencias.

El uso de indicadores de desempeño en Acreditación en Salud, tienen como finalidad: Demostrar el mejoramiento de la calidad a partir del desarrollo e implantación de un enfoque determinado: Políticas, Programas, Procesos, etc.

Deben ser diseñados para demostrar las mejoras obtenidas del cumplimiento de estándares de acreditación. Y expresen el nivel de calidad esperado, en términos del “Deber Ser”, así como estandarizados utilizando fichas técnicas.

²⁰ DELGADO HERNÁNDEZ, Luis Carlos. Tesis. Evaluación de Servicios de Salud. Universidad Industrial de Santander, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Bucaramanga 1996.

6.4 TIPOS DE INDICADORES

El desarrollo no se fundamenta solamente en el crecimiento económico, sino que también en el logro de las metas sociales, como la equidad entre los sexos. La presencia de indicadores de bienestar capaces de reflejar fielmente las desigualdades en la distinción por género, es esencial para estos fines. Este documento contiene un examen crítico de la idoneidad de los indicadores de salud, nutrición y educación

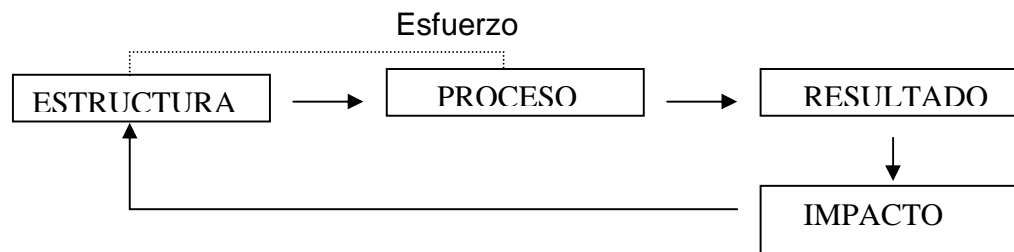
Se evalúan los indicadores dentro del marco analítico de 'funcionamientos'. En este marco, no es el hecho de poseer un producto o la utilidad que éste entregue, lo que representa el bienestar, sino lo alcanzado satisfactoriamente con tal producto y sus características.

1. Según como se expresa la valoración, los indicadores pueden ser:
 - Nominativos o cualitativos, si solo expresan la presencia o ausencia de una cualidad. Por ejemplo: cumple o no una determinada norma técnica
 - Cuantitativos, si se expresan en forma numérica como porcentajes, promedios, tasas, etc.
2. Por su importancia relativa, se pueden clasificar como:
 - Esenciales o principales
 - Secundarios o complementarios

La definición de cuáles se consideran esenciales y cuáles secundarios, depende de los intereses y políticas de cada empresa y del departamento o departamentos encargado(s) de su formulación.

3. Según su grado de complejidad, los indicadores pueden ser:
 - Simples, si están constituidos por una medida directa y única del aspecto a evaluar, generalmente en un contexto de tiempo y lugar. Muchos de ellos corresponden a números absolutos. Por ejemplo, número de las quejas de los usuarios por la cancelación de citas.
 - Compuestos, si corresponden a números relativos o quebrados: razones, proporciones, índices, tasas. Por ejemplo, El índice de frecuencia de citas canceladas con incapacidad de los estudiantes: $(\text{Número de citas canceladas por incapacidad en la empresa durante un período dado}) * K / (\text{Número de horas - estudiantes trabajadas en dicho período})$.
4. Por el aspecto que evalúan, pueden ser:

- Organizacionales, relacionados con la estructura y compromisos de la empresa. Por ejemplo, horas-profesional de asesoría por estudiante.
 - Técnicos, relacionados con la ejecución propia de los programas institucionales. Por ejemplo, grado de riesgo por áreas, índices de frecuencia y severidad de accidentes laborales.
 - Económicos, relacionados con los costos de los programas. Por ejemplo, Monto global de la inversión en determinado programa.
 - Normativos: relacionados con el cumplimiento de las normas internas y externas. Por ejemplo, Número de normas de higiene y seguridad elaboradas.
5. De acuerdo con el área para la que se utilizan, los indicadores pueden ser:
- De seguridad industrial
 - De medicina preventiva y del trabajo
 - Ambientales
 - De gestión
 - De calidad
 - Epidemiológicos
6. Si en la evaluación del programa se utiliza el modelo sistémico (Gráfica 1), los indicadores se pueden agrupar en indicadores de entrada, de proceso y de resultado (o salida) e impacto



Gráfica 1. Modelo sistémico de evaluación

6.4.1 Indicadores De Estructura O Entrada

miden las demandas o necesidades de la población de trabajadores con respecto a su desempeño laboral, las demandas de la comunidad respecto a la calidad de la atención, la normatividad vigente y todos los recursos que dispone la empresa para responder a dichas necesidades y dar cumplimiento a la ley. Los recursos incluyen: políticas de la empresa, legislación, personal, instalaciones físicas, equipos, sistemas de información, organización, financiamiento, etc.

Dos aspectos que se evalúan dentro de la estructura son la disponibilidad y la accesibilidad. La primera define todos los recursos existentes en función de las necesidades de la población a servir. La segunda se refiere a la condición variable de la población de usuarios de utilizar o ser atendido por el servicio y está íntimamente ligada con la disponibilidad.

Ejemplo

Cantidad existente de un recurso

Cantidad necesaria de dicho recurso

Para evaluar la disponibilidad de algunos recursos tales como la legislación o las políticas de la empresa, basta con saber si existen o no.

Ejemplo de indicador de accesibilidad :

Distancia entre el área de espera y el consultorio donde se llevan a cabo los exámenes médicos.

A cambio de la distancia se puede utilizar el tiempo empleado.

Número de usuarios no atendidos (rechazos). También: tiempo de espera.

Porcentaje de citas no atendidas.

6.4.2 Indicadores De Proceso

Miden la forma e intensidad como se utilizan los recursos disponibles para atender los requerimientos de trabajadores, usuarios / clientes, comunidad y empresa. Básicamente se utilizan para medir uso (extensión e intensidad), utilización, productividad y rendimiento.

Indicador de extensión de uso

Ejemplo

Proporción de la población total que utiliza un servicio determinado en un período de tiempo

No. de usuarios de los servicios de odontología en el año inmediatamente anterior

No. total de trabajadores en ese período

Indicadores de intensidad de uso

Número promedio de servicios recibidos por cada usuario o número de actividades realizadas sobre cada sujeto del programa en un período.
son para mayor claridad , para complementar con los indicadores de extensión de uso.

Ejemplo

Número de actividades realizadas sobre cada usuario del servicio en un período.

Indicadores de Utilización

La utilización se refiere a la cantidad de recursos verdaderamente utilizados en una actividad, servicio o programa con relación a la cantidad de recursos disponibles para esa actividad, servicio o programa, por unidad de tiempo.

Ejemplo

No. horas-profesional reales trabajadas en un período

No. de horas-profesional contratadas en el mismo período

Indicador de productividad , es el número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso *disponible* por unidad de tiempo.

Ejemplo

No. de exámenes clínicos realizadas en un período

No. de horas disponibles del equipo para exámenes clínicos en un período

Indicador de Rendimiento: número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso *utilizado* por unidad de tiempo.

Ejemplo

No. de exámenes clínicos realizadas en un período

No. de horas utilizadas del equipo para exámenes clínicos en un período

La calidad, para los efectos del modelo de evaluación, se define como el conjunto de características que debe tener el programa desde el punto de vista técnico y humano, para alcanzar los efectos deseados, tanto por quienes proveen los servicios como por quienes los usan. Se considera el medio más importante para lograr los resultados del programa. Dentro de la calidad se evalúan la integridad, la oportunidad, la continuidad, los contenidos técnicos y la calidad del personal.

La integridad es la característica que permite identificar todas las necesidades de las partes interesadas (trabajadores, comunidad, entidades de vigilancia y control, gerencia, accionistas o propietarios) y de procurar los medios para enfrentarlas con acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación más adecuadas.

Ejemplo

Indicador para evaluar la integridad del programa de vigilancia epidemiológica de intoxicación Por mercurio

La oportunidad consiste en atender a su debido tiempo las necesidades de las partes interesadas

Ejemplo

Tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y la prestación de la atención médica requerida.

La continuidad hace referencia a la realización de las actividades debidas, en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención de las necesidades de las partes interesadas. Como estas necesidades existirán mientras exista el servicio, con mayor razón el programa debe tener continuidad.

Ejemplo

Porcentaje de usuarios a quienes no se les realizó evaluación periódica de mantenimiento odontológica una vez controlados

Los contenidos técnicos se refieren a todos aquellos criterios (las normas, entre ellos), conocimientos teóricos y prácticos, actitudes, habilidades, destrezas y elementos de trabajo que es necesario aplicar para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las necesidades de las partes interesadas.

Un indicador de evaluación de este parámetro pudiera ser:

Porcentaje de controles de placa que se realizaron siguiendo los protocolos establecidos por la institución

La calidad humana se considera buena cuando todos los aspectos del servicio que se presta muestran respeto y consideración para los usuarios. Esta característica se puede evaluar recogiendo las observaciones hechas por los usuarios o mediante encuestas.

La evaluación conjunta de la estructura y el proceso es lo que se denomina evaluación del esfuerzo.

6.4.3 Indicadores De Resultado O Salida.

Se utilizan para medir los resultados obtenidos, el impacto. Aquí caben los indicadores de eficacia, efectividad, eficiencia y cobertura real.

Eficacia es el logro de los objetivos sobre la población objetivo. Se mide en términos del resultado deseable. En otras palabras, si el programa alcanza sus objetivos, produce ciertos beneficios, cuando se aplica en condiciones ideales, se dice que es eficaz.

Ejemplo

Porcentaje de satisfacción de las partes interesadas con el programa en un período.

De otro lado, se dice que un programa es efectivo si produce los beneficios esperados cuando se aplica en las condiciones habituales de la práctica de la respectiva disciplina.

Ejemplo

Ahorro total por disminución de quejas y demandas relacionadas con la prestación de servicios.

La eficacia es una condición necesaria para la efectividad. Sólo los programas eficaces podrán ser efectivos. Sin embargo, la eficacia no es suficiente para la efectividad. Por ejemplo, existen programas preventivos que tienen la capacidad de reducir la accidentalidad del trabajo. Sin embargo, si el diagnóstico de la situación es incorrecto, no se investigan adecuadamente los accidentes, no se aplican las recomendaciones técnicas, o se aplican de manera parcial, en la práctica no se alcanzarán los beneficios del programa y éste no será efectivo o su efectividad será muy inferior a su eficacia.

La eficiencia se refiere a la utilidad de un programa teniendo en cuenta también aspectos de costo-efectividad. A igual efectividad de varias intervenciones, la de menor costo será la más eficiente.

Ejemplo

Gasto total del programa de prevención odontológica en un período

No. de profilaxis en el período

Una forma de calcular el porcentaje de cambio en estos indicadores entre dos períodos es el siguiente:

(Valor inicial del indicador – Valor final del indicador)

% de cambio del indicador = ----- X 100
Valor inicial del indicador

La cobertura real determina la variación entre los beneficiarios reales de un programa y los posibles beneficiarios estimados en la evaluación anterior al desarrollo del programa

Ejemplo

Número de niños en edades de 5 a 10 años con fluorización recibida

Número total de niños en edades de 5 a 10 años incluidos en programa de prevención y promoción en salud oral

6.4.4 Indicadores De Impacto

Se evalúa el impacto social o comunitario por medio del análisis de los efectos o resultados de los programas una vez implementados en términos de eficacia, eficiencia y efectividad.

De acuerdo al sistema de habilitación

- Mortalidad hospitalaria
- Infecciones intra hospitalarias
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas
- Complicaciones anestésicas

- Complicaciones terapéuticas
- Complicaciones derivadas de la falta de efectividad.

El Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud en Colombia propone una ficha técnica para la evaluación de indicadores, decreto 2174 de 1996 y La resolución 1446 de 8 de Mayo de 2006 , define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”. (Ver anexo 1).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. La atención en salud en el sistema obligatorio de garantía de calidad se define como: “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”.

Esta definición analiza elementos como accesibilidad, equidad, nivel profesional óptimo, recursos disponibles y atención centrada en el usuario.

El mejoramiento continuo de la calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirvan únicamente para la inspección.

El sistema de garantía de la calidad plantea una forma de representar el enfoque del MCC en el ciclo PHVA que consiste en:

Planear (P): identifica metas (QUE) y define los medios (COMO) que permitirán alcanzar las metas.

Hacer (H): educa y entrena a las personas en el cumplimiento de las metas, para que ejecuten la tarea y recojan los datos.

Verificar (V): verifica los resultados de la tarea y válida la ejecución de la etapa anterior.

Actuar(A): es la última fase y consiste en actuar correctivamente, ya sea estandarizar la meta conseguida o reiniciar el proceso hasta alcanzarla.

El Sistema de Monitoreo mediante la utilización de Indicadores de Calidad

El sistema de monitoreo mediante indicadores de calidad corresponde a un conjunto de herramientas de evaluación que permiten obtener información sobre los principales problemas a estudiar por las organizaciones de salud, dentro de los cuales están los indicadores entre sí, la utilización de un instrumento o cuestionario de evaluación del grado de desarrollo del sistema de garantía de

calidad en las instituciones, con el propósito de indagar sobre la capacidad de las instituciones para la implementación del sistema de monitoreo; el análisis de la variación en los procesos identificados para el seguimiento, el establecimiento de acciones de mejora de los procesos y resultados, en términos de efectividad, eficiencia y el cumplimiento de las normas mínimas de la calidad, medibles en la solución a los tres problemas básicos establecidos para la calidad : La satisfacción del usuario, Satisfacción del cliente interno / externo y la calidad de la atención brindada. Así como los mecanismos implementados para la difusión de la información obtenida.

Lo primero que hay que hacer es seleccionar los indicadores que se utilizarán para los propósitos que se pretenden. Es conveniente repasar los objetivos y metas de los servicios y programas y el modelo de evaluación que se utiliza en la institución. La experiencia muestra que la mejor selección de indicadores generalmente resulta de la negociación entre el encargado directo del programa que se evalúa, sus superiores mediatos e inmediatos, sus colaboradores, las autoridades y las poblaciones objeto del programa.

Seguidamente, se procede a determinar qué información se requiere para cada indicador y a identificar dónde se encuentra dicha información, quién la recolecta, cada cuánto y en qué formato. Si nada de lo anterior existe, es necesario organizar el proceso de recolección de la información desde el principio. Se recomienda enfáticamente elaborar un manual de procedimientos.

Lo anterior enfatiza el hecho de que en el proceso de construcción de indicadores, debe seguirse el pensamiento de derecha a izquierda

¿A dónde se debe llegar?

¿Qué se quiere obtener o medir?

¿Qué se necesita?

¿Cómo se necesita?

¿Dónde está o quién lo tiene?

En la implementación de este sistema se requiere de algunos pasos previos orientados a determinar el alcance y nivel de aplicación del mismo.

1. La definición del Nivel de Desempeño en que se encuentra la institución;
2. La identificación de las Funciones Claves
3. El diseño de los indicadores
4. El establecimiento de los estándares
5. La utilización de Bases de Datos
6. El Análisis y Seguimiento de la Información
7. Las acciones de Mejoramiento
8. La presentación y difusión de la información obtenida.

Definición del nivel de desempeño

Para la definición del nivel de desempeño, las instituciones deben autoevaluarse y determinar el grado de desarrollo de su Sistema de Calidad, identificar los procesos clave objeto de evaluación, los recursos disponibles, las metas a alcanzar de manera cuantificable, la capacidad para liderar el proceso de calidad en términos de compromiso con la filosofía de mejoramiento continuo, la identificación y desarrollo de las competencias y habilidades con que cuenta la institución. Para la implementación de un sistema de monitoreo por indicadores de resultados, éste debe tener en cuenta el tipo de resultados a ser medidos, la relación entre la medida de resultado y el establecimiento de estándares, cómo serán recolectado, agrupados y utilizados los datos para los procesos de referenciación o identificación de mejores prácticas y acceso de los datos al público, entre otros.²¹

Identificación de funciones claves:

Para la identificación de funciones claves es necesario tener en cuenta, aquellas que están directamente relacionadas con los efectos en el paciente y su familia, como son: los deberes y derechos, las necesidades iniciales y futuras, la asistencia personalizada, el impulso de comportamientos saludables y potenciación de la coordinación de la asistencia, aquellas relacionadas con el Direccionamiento de la Organización, como son: el Liderazgo, la Gestión del Entorno, de los Recursos Humanos, de la Información, de la Vigilancia y Control de Infecciones, de aquellos procesos que involucren mayor posibilidad de riesgo para los usuarios, que presentan alto volumen y altos costos. En este punto es de importancia fundamental que la organización haya identificado los procesos claves, razón de ser de la misma.

Es necesario que las instituciones se centren en aquellas funciones verdaderamente importantes, que sean objeto de evaluación y seguimiento, cuya información sea utilizada para tomar decisiones y permita realizar ajustes y establecer acciones de mejoramiento. Posteriormente y a medida que la institución desarrolle y maneje su sistema de monitorización por indicadores podrá ajustarlos, de manera que su base se amplíe y su orientación hacia las funciones clínicas y administrativas se fortalezca.

²¹ ROONEY L. A., Vam Ostemberg, Servicios de Calidad – Indicadores de Calidad. USA ID. 1999

6.5 DISEÑO DE INDICADORES

Para obtener los datos para los indicadores se requiere contar con un buen sistema de registros.

Generalmente la recopilación de los datos requiere la coordinación con diferentes departamentos al interior de la empresa o con entidades externas. Así, en el registro del ausentismo por enfermedad intervienen cuando menos: la IPS y la EPS del trabajador (expiden y validan el certificado de incapacidad), la ARP si la incapacidad se debe a riesgo profesional, el departamento de personal o quien haga sus veces (lo registra para efectos de nómina), el departamento médico de salud ocupacional (para registrar magnitud y causas) y el encargado de producción (para determinar cómo se hará el reemplazo del ausente).

Se requiere que antes de compilar dichos registros, cada uno de los términos sea definido muy claramente. Estas definiciones pueden variar de empresa a empresa teniendo en cuenta no sólo los aspectos legales, sino también las políticas, los usos comunes y las convenciones. Una vez definidos los términos, se pasa a establecer los indicadores, o sea las definiciones operacionales (las fórmulas).

Los registros deberán satisfacer, por un lado, los requisitos mínimos de las entidades gubernamentales y, por el otro, las necesidades del programa y de la empresa.

Los pasos para la elaboración de formatos y los requisitos de un buen registro son:

- Definir los eventos a registrar
- Para el evento, definir las variables de importancia - Cuáles, para qué, cuándo, quién, dónde.
- Definir la escala de medición de cada variable y los valores (respuestas) posibles. Las escalas de medición hacen referencia a "qué tan bien" se pueden medir las variables, es decir, qué tanta información medible proporciona la escala en la cual se mide una variable determinada. La escala utilizada para medir las variables puede ser:
 1. Nominal: solo dice la cualidad de la variable, tal como: Estado marital (soltero, casado, viudo, unión libre); género (hombre, mujer); actividad económica (agricultura, minería, manufactura, construcción, comercio, transporte, servicios, otras).

2. Ordinal: En este caso los individuos se organizan en categorías o clases que tienen un orden predeterminado, según cual tiene más y cual tiene menos de la cualidad representada por la variable y dicho orden es importante. Este tipo de escala no permite decir cuanto más se tiene de la cualidad. Ejemplos: nivel educativo (básica primaria, secundaria, universitaria, postgrado); tipo de incapacidad (total, parcial, ninguna).
 3. De intervalo: Las variables se clasifican en intervalos, los cuales son iguales y tienen un límite inferior y otro superior, y no existe el cero absoluto. El límite superior de un intervalo determinado se continúa con el límite inferior del intervalo siguiente. Ejemplos: grupos de edad (0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, etc.).
 4. Escala de razón o escala proporcional: tiene las mismas propiedades de la escala por intervalo, pero posee un cero absoluto y permite comparaciones entre tasas, razones, proporciones, etc. Ejemplos: ingreso, en pesos u otra moneda; concentración de fibras de asbestos en un ambiente laboral; tasa de enfermedad profesional.
- Definir codificación de los valores (respuestas) posibles teniendo en cuenta el medio que se utilizará para el procesamiento de la información
 - Definir cómo y quién coleccionará y procesará la información²²

Requerimientos de un buen registro

- Solo debe haber un evento por forma.
- Debe especificar toda la información requerida, no toda la que se piense que puede ser útil.
- Debe ser fácil de utilizar.
- Debe encajar dentro de las posibilidades de procesamiento de datos de la dependencia (empresa).

6.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES

Para cada indicador debería completarse un formato como el que aparece en la página siguiente (con un ejemplo para el indicador), con el fin de que todo el mundo tenga claridad sobre el significado, cálculo, relación con otros indicadores de cada uno de los indicadores que se propongan.

²² GONZALEZ, Francisco. Auditoría de mantenimiento e indicadores de gestión. Ed. Fundación Confemetal. Bogotá. 2004.

6.7 PLANTILLA DE INDICADORES

Se propone la plantilla que ha sido elaborada en la Resolución número 1446 de 2006 por el Ministerio de Protección social, dentro del sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

6.8 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES

Una vez obtenidos los indicadores, los resultados se presentan de varias formas, siendo las tablas y los gráficos las más utilizadas. se prefiere un gráfico a una tabla.

Las tablas y los gráficos deben tener un título claro y completo (qué se muestra al lector, cómo se clasifican los datos, dónde y cuándo) y deben indicar las unidades utilizadas para cada uno de los tipos de observaciones que ellas contienen. Igualmente deben contar al lector cuál es la fuente de los datos utilizados.

Las tablas sencillas son más útiles que las complejas, llenas de datos y categorías.

Gráficas

Otra forma de resumir y mostrar los datos es mediante el uso de gráficas, que no más que la representación pictórica de datos numéricos. Aunque son más fáciles de leer que las tablas, generalmente dan al lector menos información (menos detalle).

Gráfica de barras

Se puede utilizar para representar datos nominales u ordinales. En ella las diferentes categorías en que se distribuyen los datos se presentan a lo largo del eje horizontal. Para cada una de las categorías se dibuja una barra vertical cuya altura es igual al valor del indicador. Las barras deben tener igual anchura y deben estar separadas entre sí, de forma que no impliquen continuidad. Los ejes pueden intercambiarse, de forma que las barras sean horizontales y no verticales.

Gráficas de torta

Tiene la misma utilización de la gráfica de barras. Se puede utilizar cuando el número de categorías de datos es menor de 6 o 7. Es conveniente diferenciar las porciones de la torta con tramados y así apreciar diferencias

Histograma

Mientras que la gráfica de barras se utiliza para representar datos ordinales o nominales, el histograma se utiliza para datos discretos (o sea, que solo pueden tomar valores enteros) o continuos (pueden tomar cualquier valor posible).

Diagrama de Pareto

Al igual que una gráfica de barras, el diagrama de Pareto muestra la frecuencia de respuestas, casos o diferentes categorías de datos (o causas de un problema); solo que en un diagrama de Pareto las frecuencias de las causas están ordenadas de mayor a menor. Además, para cada causa el diagrama de Pareto muestra el porcentaje acumulado de su contribución para la generación del problema. Esto no sólo permite identificar los dos o tres factores (causas) que originan la mayor parte del problema, sino que también le permiten cuantificar lo que representan estos "focos vitales" del total.

Guías, estándares, base de datos, análisis y seguimiento de la información

Como se mencionó anteriormente los indicadores deben identificarse por consenso, con la participación de toda la organización, orientados a procesos y resultados, previa identificación de los procesos prioritarios, relacionados directamente con la Seguridad y Satisfacción de los clientes o usuarios. El Sistema de Monitorización debe ser liderado por la alta dirección de la institución, de manera que se garantice su implementación, funcionamiento, su confiabilidad y la utilización de sus resultados para la toma de decisiones. Para optimizar la utilización de los recursos del sistema y lograr un mayor impacto del mismo, es recomendable organizar una estructura en "cascada", es decir que incluya la definición de niveles, el desarrollo de indicadores que atraviesen todos los niveles, así como indicadores propios de cada nivel y según las necesidades del servicio. Los indicadores deben ser mas administrativos y globales en el nivel más alto y más específicos y clínicos en los niveles básicos.

Los **estándares** corresponden a documentos obtenidos por consenso para el cumplimiento de un objetivo, definición del desempeño, capacidad, método, procedimiento, responsabilidad, deber, autoridad, concepto, etc.; con el objetivo de unificar y simplificar criterios, de manera que sean convenientes y benéficos para las personas involucradas. Estos se obtienen con la información obtenida periódicamente y después de consultar las necesidades y expectativas de los usuarios, mediante la utilización de herramientas como la Gerencia de Procesos.

²³

²³ RESTREPO, F. R. Monitorización de Indicadores de gestión de procesos via salud. 2002

Análisis y Evaluación de la información

Para el análisis y evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso de monitorización es necesario capacitar al personal en la filosofía del mejoramiento continuo, en la reglamentación de calidad en nuestro país, en la identificación de procesos prioritarios, la utilización de formatos de registro y obtención de la información, manejo de bases de datos para su consolidación.

7. MARCO LEGAL

7.1 LA CARTA POLÍTICA DE 1991

Define un nuevo ordenamiento jurídico, constitucional y social del país .Colombia se encuentra enmarcada dentro del contexto de un estado social de derecho .Con fundamento en los Principios Constitucionales contenidos en los artículos 48 y 49 de la Carta que definen, La seguridad social en salud como un servicio público de carácter obligatorio e irrenunciable, a cargo del Estado, que se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, integralidad y solidaridad, unidad y participación; y un deber de todo ciudadano para mantener su estado de salud ,se concibió la Ley 100 de 1993, que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7.2 LEY 100 DE 1993

Establece el Sistema de Seguridad Social Integral, constituido por los Sistemas Generales de: Pensiones, Seguridad Social en Salud, Riesgos Profesionales, y Servicios Sociales Complementarios. Tiene por objeto lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, proporcionando protección ante los riesgos que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional.

7.3 DECRETO 806

Reglamenta aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7.4 RESOLUCIÓN NÚMERO 412 Y 3784 DE 2000

Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de Promoción y Prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como de obligatorio cumplimiento por las (E.PS.), (ARS) e (I.PS.) y direcciones Seccionales, Distritales y municipales de salud.

7.5 DECRETO 1011 DE 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

7.6 RESOLUCIÓN 1043 DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente: capacidad tecnológica y científica , Suficiencia Patrimonial y Financiera y capacidad técnico-administrativa.

7.7 RESOLUCIÓN 1445 DE 2006

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y El Manual de Estándares de las Condiciones Tecnológicas y Científicas del Sistema Único de Habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud define los procesos prioritarios que deben ser objeto de evaluación y seguimiento por parte las IPS, como también se incluyen los criterios de evaluación.

En las IPS las Auditorías de Calidad deben enfocarse como mínimo en procesos de Auto-evaluación de eventos identificados como prioritarios, con base en el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el Artículo 6 del Decreto 2309/02, como también de la satisfacción de los usuarios, con relación a los servicios ofrecidos (artículo 42).

7.8 RESOLUCIÓN 1446 DE 2006

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Se adoptó un estudio de tipo descriptivo, donde se analiza y adapta la legislación vigente sobre Indicadores de Calidad en la Atención, que forman el Sistema obligatorio de Garantía de la calidad en la atención conformando un Sistema de Monitoreo de la Calidad; a los servicios de Odontología de la IPS de la Universidad Santo Tomás, con formulación y desarrollo de indicadores

8.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

8.2.1 Fuentes Primarias:

Se recolectó información sobre la calidad de la atención odontológica ofrecida por la IPS – USTA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás), obtenida de los datos arrojados de la encuesta aplicada en la tesis de pregrado: Nivel de satisfacción de los pacientes a la atención odontológica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás durante el II semestre de 2005. Realizada por Meliza Diaz, como requisito para optar el título de Odontóloga.

8.2.2 Fuentes Secundarias:

Información obtenida sobre la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás de las actas institucionales, portafolio de servicios, documentos internos de la institución.

8.2.3. Fuentes Terciarias

Información vigente sobre indicadores de gestión para el monitoreo de la calidad de la atención en salud de las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud, principalmente la Resolución 1446 de 2006, por la cual se establecen los indicadores trazadores y las fichas técnicas, que son de obligatoria implementación y reporte según el artículo 1° del Decreto 1011 de 2006 y sirven para la monitoría de la calidad de atención en salud para todo el territorio nacional, dando cumplimiento al artículo 3° del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique.

8.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La encuesta aplicada en el trabajo de tesis: Nivel de satisfacción de los pacientes a la atención odontológica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás durante el II semestre de 2005. Realizada por Meliza Díaz, como requisito para optar el título de Odontóloga, Arrojó los siguientes resultados a partir de las 113 encuestas aplicadas:

Nivel de satisfacción en la información requerida, diligenciamiento de documentos y registro del 90% como muy satisfechos. (102 encuestas con calificación de 5)

Nivel de satisfacción en la accesibilidad al personal institucional (por servicios). Del 92% como satisfechos. (104 encuestas con calificación de 4)

Nivel de satisfacción con la calidad de la atención recibida. Del 90% como satisfechos. (102 encuestas con calificación de 4)

Nivel de satisfacción de la calidad de los tratamientos recibidos. Del 87% como satisfechos (98 encuestas con calificación de 4) con un primer lugar para odontología general.

Nivel de satisfacción con la oportunidad de atención entre cita y cita (establecido no mayor de 8 días). Del 85% como satisfechos (96 encuestas con calificación de 4)

Nivel de satisfacción con la solución de quejas de manera oportuna (Establecido no mayor de 15 días). Del 92% como satisfecho (104 encuestas con calificación 4)

La información obtenida a través de los documentos internos de la institución sobre su estructuración y funcionamiento ha sido verificada directamente con una visita completa a la misma, para reafirmar el cumplimiento de los requisitos que permitieron a la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, recibir certificación de habilitación en el año 2002, según lo establecido en el Decreto 2309 de 2002 y la Resolución 1439 de 2002 por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud a través de la división de acreditación, vigilancia y control de la secretaria de salud departamental el 25-03-2003.

Con el objetivo de mantener la certificación de habilitación la Institución Prestadora de Servicios de salud de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga debe aplicar “los indicadores del nivel de monitoría” del sistema.

Obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como requisito de obligatorio cumplimiento para la habilitación.

Se hace el diseño y ajuste de los instrumentos de captura de la información del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad, fichas técnicas y demás instrumentos necesarios para la aplicación del sistema a los servicios odontológicos, que permitan desarrollar los indicadores y las ficha técnicas de los mismos, propuestos para formar el sistema de Monitoreo de la Calidad Institucional.

8.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El servicio odontológico de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga cuenta con una excelente evaluación a la calidad de la atención y prestación de servicios por parte de los usuarios, de igual manera la institución posee los requerimientos de infraestructura, tecnología, administración y talento humano necesarios para obtener certificación de habilitación, con el reconocimiento a la prestación servicios de calidad.

El ministerio de la Protección Social establece la unificación de los criterios evaluativos para la medición y autoevaluación institucional de las actividades de gestión en estructura, procesos y resultados institucionales, en la Resolución N° 1446 del 8 de mayo de 2006 con la creación de “los indicadores del nivel de monitoría del sistema” Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que deben aplicar los diferentes prestadores de salud para la habilitación de los servicios ofertados.

En la Resolución N° 1446 del 8 de mayo de 2006 que establece los indicadores de obligatorio cumplimiento para la medición y evaluación de las actividades de gestión en estructura, procesos y resultados, se encuentra el formato de la ficha técnica respectiva. Es necesario la aplicación de la normatividad vigente en la creación del sistema de indicadores de Gestión para el Monitoreo de la calidad del servicio de odontología de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga, que no posee en este momento.

9. RESULTADOS

INDICADORES DE GESTIÓN PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS, SECCIONAL BUCARAMANGA.

A través de la información obtenida de los datos arrojados de la encuesta aplicada en la tesis de pregrado: Nivel de satisfacción de los pacientes a la atención odontológica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS-USTA) durante el segundo semestre del 2005, realizada por Meliza Díaz como requisito para optar el título de Odontóloga, se evidencia que dicha Institución cuenta con una excelente evaluación a la calidad de la atención y prestación de servicios por parte de los usuarios.

Igualmente, se encuentra habilitada, según decreto 2309 de 2002 y la resolución 1439 de 2002 por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud a través de la Secretaría de salud el 25 de marzo del 2003.

Es necesario para la la Institución aplicar la resolución 1446 de 2006 y establecer los indicadores trazados y las fichas técnicas, creando el sistema de muestreo de la calidad de la atención dando cumplimiento a la obligatoriedad del decreto 1011 del 2006, requisito indispensable para acceder a la nueva habilitación Institucional.

Se identifica entonces, en atención a la solicitud legal y a la conveniencia institucional, la necesidad de un procedimiento que permita la evaluación de calidad del servicio prestado, específicamente en la satisfacción del usuario.

Los estudios realizados sobre la atención en salud y evaluación de la calidad, consideran como pilares fundamentales:

- La satisfacción del cliente
- Los aspectos clínicos
- La contención de costos y
- La satisfacción del proveedor (ver anexo de los procesos seleccionados para el monitoreo)

La evaluación de procesos permite establecer hasta que punto los distintos elementos constituyentes de la atención de los servicios odontológicos están dispensando convenientemente: productividad, rendimiento, intensidad de uso, extensión de uso, cobertura, concentración, utilización, costo, calidad.

- Proceso de admisión y registro de paciente
- Proceso de Atención Programada
- Proceso de Atención de Urgencias
- Proceso de Educación en Promoción y Prevención
- Proceso de Atención en Servicios de Apoyo Diagnóstico
- Proceso de Remisión y Contrarreferencia
- Proceso de Atención al Usuario
- Proceso de Atención de la calidad del servicio

Para cada uno de los procesos institucionales citados anteriormente, se realiza la tabla de recolección de la información y planteamiento de indicadores, ajustados al Decreto 1446 de Mayo 08 de 2006, elegibles para conformar el sistema de monitoreo de la calidad institucional.

Se propone un conjunto de indicadores para monitorear y así evaluar la calidad en la atención a los usuarios en diferentes procesos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS-USTA).

1. Indicadores de Oportunidad / Accesibilidad en los siguientes procesos:

Proceso: Admisión y registro de usuarios para atención odontológica

Indicador: Oportunidad de la asignación de cita en la consulta odontológica general.

Estándar: Tiempo máximo de 2 días

Proceso: Admisión y registro de usuarios para atención odontológica especializada

Indicador: Oportunidad de la asignación de cita en la consulta odontológica especializada.

Estándar: Tiempo máximo de 3 días.

Proceso: Admisión y registro de usuarios para atención odontológica de urgencias

Indicador: Oportunidad en la atención en consulta de odontología de urgencia

Estándar: Tiempo menor de 20 minutos para respuesta de llamado a atención de urgencias

Proceso: Atención odontológica programada – cirugía ambulatoria

Indicador: Oportunidad de inclusión en la programación de cirugía ambulatoria

Indicador: Proporción de cancelación de cirugía odontológica ambulatoria programada

Estándar: 100 de las cirugías programadas realizadas

Proceso: Atención en servicios de apoyo diagnóstico – imagenología

Indicador: Oportunidad en la atención en servicios de imagenología

Estándar: Tiempo máximo de 3 días

2. Indicador de calidad técnica en los siguientes procesos:

Proceso: Control de calidad del servicio

Indicador: tasa de reingreso de pacientes con tratamientos terminados

Estándar: Porcentaje de 0-10% de pacientes con tratamientos terminados con reingreso a la institución antes de 20 días transcurridos por la misma causa

Indicador: Proporción de pacientes con alto índice de placa bacteriana controlada.

Estándar: Porcentaje de 100% de pacientes con alto índice de placa bacteriana manejados después de seis meses, con un índice bajo de placa bacteriana.

Indicador: Proporción de niños mayores de 2 años – menores de 8 años usuarios de la IPS-USTA, dentro del programa de fluorización institucional

Estándar: El 100% de los usuarios niños mayores de 2 años – menores de 8 años, beneficiados con los programas de fluorización institucionales.

3. Indicador de Gerencia del Riesgo en los siguientes procesos:

Proceso: Control de calidad del servicio

Indicador: Tasa de agudizaciones después de 48 horas de recibida la atención odontológica.

Estándar: 0% de agudizaciones después de 48 horas de recibida la atención odontológica

Indicador: Proporción de vigilancia de eventos adversos

Estándar: 100% de la atención odontológica realizada no presentan casos adversos

4. Indicador de Satisfacción / lealtad en los siguientes procesos:

Proceso: Atención al usuario

Indicador: Tasa de satisfacción global

Estándar: Porcentaje de satisfacción mayor al 90%

Indicador: Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Estándar: 100% de las quejas resueltas en menos de 15 díasG

9.1 FICHA TÉCNICA BÁSICA DE INDICADORES

ASPECTOS GENERALES

9.1.1 Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

PROCESO ADMISIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA
ESTÁNDAR La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado de tiempos mínimos, de solicitar cita para consulta odontológica general requerida, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora. (Tiempos máximos dos (2) días , odontología general)

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta odontológica general
Código	1.1.
Dominio	OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD
Justificación	La más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias. Útil para medir la suficiencia en la demanda de los

	servicios, reducir las fallas relacionadas con la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número de consultas que cumplen con la oportunidad en dos (2) o menos días.	
Denominador	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución	
Unidad de medida	días	
Factor	01	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de citas	libro / registro de asignación de citas
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS – Coordinadora de Clínicas	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	Experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las	

	acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	El 80% de citas asignadas sea mayor a los dos (2) días
Estándar meta	Tiempo menor o = de 2 días para odontología general
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE $\geq 80 < 100$ REGULAR $\geq 60 < 80$ DEFICIENTE $< 60 \%$
Bibliografía	Publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.1.2. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

<p>PROCESO</p> <p>ADMISIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA ESPECIALIZADA</p>
<p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado de tiempos mínimos, de solicitar cita para consulta especializada requerida, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>(Tiempos mínimos 3 días , odontología especializada)</p>

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	oportunidad de la asignación de cita en la consulta odontológica especializada
Código	1.2
Dominio	OPORTUNIDAD
Definición del indicador	Oportunidad en la asignación de citas de odontología Consulta especializada
Justificación	La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias. El tiempo de respuesta en los prestadores.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número de consultas que cumplen con la oportunidad en tres (3) o menos días
Denominador	Número total de consultas odontológicas especializadas asignadas en la institución

Unidad de medida	Días	
Factor	01	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de citas	libro / registro de asignación de citas
Periodicidad de Generación de la Información	mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	Semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación , como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de Desempeño NO aceptable	El 80% de las citas de odontología especializada sean mayor a tres (3) días	
Estándar meta	Tiempo menor o igual de tres (3) días para la asignación de cita odontológica especializada	
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Categorización de	EXCELENTE >80 <100 % REGULAR > 60< 80 %	

resultado	DEFICIENTE < 60 %
Bibliografía	Publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación I
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción y Prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.1.3. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

<p>PROCESO</p> <p>ADMISIÓN Y REGISTRO DE USUARIOS PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE URGENCIAS</p>
<p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado de tiempos mínimos, de solicitar cita para consulta odontológica de urgencias, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>(Tiempo menor de 20 minutos para respuesta de llamado a atención de urgencias)</p>

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología De urgencias
Código	1.3
Dominio	OPORTUNIDAD – ACCESIBILIDAD
Justificación	La oportunidad de la atención en este nivel de atención es

	<p>directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Sumatoria de número de consultas odontológicas por un tiempo de veinte (20) minutos o menos.	
Denominador	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias	
Unidad de medida	Minutos	
Factor	01	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de atención En urgencias	libro / registro de atención en urgencias
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	Semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	

Vigilancia -control	Auditoria externa asignada
	ANÁLISIS
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x
	Ajuste por edad Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte
Consideraciones para el análisis	Experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Tiempo mayor de 20 minutos para respuesta de llamado a atención de urgencias
Estándar meta	Tiempo menor de 20 minutos para respuesta de llamado a atención de urgencias
Referencias	Experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE >80 <100 % REGULAR > 60< 80 % DEFICIENTE < 60 %
Bibliografía	Publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.1.4. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

<p>PROCESO</p> <p>ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CIRUGÍA AMBULATORIA PROGRAMADA</p>
<p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado para programación de cirugía odontológica ambulatoria en tiempos mínimos, de inclusión en la programación quirúrgica, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>(tiempo máximo de asignación de cita para cirugía programada : 5 días)</p>

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Oportunidad en la realización de cirugía odontológica ambulatoria programada
Código	1.4
Dominio	OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD
Justificación	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genere su población
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Total de solicitudes recibidas para cirugía odontológica ambulatoria.
Denominador	Número de cirugías programadas en el período
Unidad de medida	Días
Factor	100

Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro/registro de cirugías	libro / registro de cirugías
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	Semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS – Coordinador de Clínicas	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de Desempeño NO aceptable	La no realización de cirugía odontológica ambulatoria programada superior al 10%	
Estándar meta	Realización de cirugías odontológica ambulatoria programada mayor del 90%	
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Categorización de	EXCELENTE >90 % REGULAR < 90% > 80 %	

resultado	DEFICIENTE < 80 %
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.1.5. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

<p>PROCESO</p> <p>ATENCIÓN ODONTOLÓGICA CIRUGÍA AMBULATORIA PROGRAMADA</p> <hr/> <p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado para programación de cirugía odontológica ambulatoria en tiempos mínimos, de inclusión en la programación quirúrgica, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>100% de las cirugías programadas realizadas</p>

	ASPECTOS GENERALES
Nombre	Proporción de cancelación de cirugía odontológica ambulatoria programada
Código	1.5
Dominio	OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD
Justificación	La cancelación de cirugías programadas puede estar relacionada con la ineficiencia en los procesos de programación, asignación de recursos y planificación de la atención al paciente. La oportunidad de respuesta en la realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su atención y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempos, severidad y secuelas.

	El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la eficiencia de los procesos clínicos y administrativos.	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de cirugías canceladas en el periodo	
Denominador	Número de cirugías programadas en el período	
Unidad de medida	Días	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	IPS	IPS
Fuente primaria	Libro registro/ control de cirugía	libro registro / control de cirugías
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	Semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS – Coordinador de Clínicas	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	Experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad	
Umbral de Desempeño NO	La cancelación de cirugía odontológica ambulatoria programada superior al 10%	

aceptable	
Estándar meta	0% cancelación de cirugía odontológica ambulatoria programada
Referencias	Experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE < 10 % REGULAR >10% - < 20% DEFICIENTE >20 %
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.1.6. Ficha Técnica Indicador De Oportunidad / Accesibilidad

<p>PROCESO</p> <p>ATENCIÓN EN SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO - Imagenología</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 10px 0;"/> <p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un Proceso estandarizado de tiempos mínimos, de brindarle la atención en servicios de apoyo diagnóstico, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>(Tiempo menor de 3 días para la asignación de cita para atención de servicio de imagenología)</p>
--

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
Código	1.6

Dominio	OPORTUNIDAD - ACCESIBILIDAD	
Justificación	La oportunidad de la atención en el servicio de imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número de consultas que cumplen con la oportunidad en tres (3) o menos días en la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado.	
Denominador	Total de atenciones en servicios de imagenología	
Unidad de medida	días	
Factor	1	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro asignación de citas	libro / registro asignación de citas
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	

Vigilancia -control	Auditoria externa asignada
	ANALISIS
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x
	Ajuste por edad Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte
Consideraciones para el análisis	experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Tiempo mayor de 3 días para la asignación de cita para atención de servicio de imagenología
Estándar meta	Tiempo menor de 3 días para la asignación de cita para atención de servicio de imagenología
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE >80 <100 % REGULAR > 60< 80 % DEFICIENTE < 60 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.2 FICHA TÉCNICA INDICADOR DE CALIDAD TÉCNICA

9.2.1 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica

PROCESO
CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO
<hr/>
ESTÁNDAR
La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Proporción de Reingreso de pacientes con tratamientos terminados
Código	2.1
Dominio	CALIDAD TÉCNICA
Justificación	El reingreso de los pacientes con tratamientos terminados a los servicios se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre los cuidados del evento odontológico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de pacientes con tratamientos realizados que reingresan al servicio , en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período

Denominador	Numero total de tratamientos realizados en el periodo	
Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro ingreso de Pacientes, RIPS, Historia clinica	libro / registro de ingresos de Pacientes , RIPS, Historia clinica
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANALISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de Desempeño NO aceptable	Reingreso a la institución de pacientes con tratamientos realizados antes de 20 días por la misma causa, superior al 10 % de los pacientes con tratamientos terminados	
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del	

	indicador
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE >90 <100 % REGULAR > 80< 90% DEFICIENTE < 80 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
USUARIOS	
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.2.2 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica

PROCESO	
CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO	
ESTÁNDAR	
La institución garantiza el derecho del paciente a la educación y manejo de factores de alto riesgo para la salud oral, través de Procesos estandarizado de atención de los servicios de promoción y prevención, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.	
ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Proporción de pacientes con alto índice de placa bacteriana Controlada
Código	2.2

Dominio	CALIDAD TÉCNICA	
Justificación	<p>La placa bacteriana afecta a una importante cantidad de pacientes en Colombia, incluidos muchos que tienen alto índice de placa bacteriana , con problemas de caries y/o problemas peridontales no sintomáticos , y no saben que padecen estas enfermedades orales. Un índice alto de placa bacteriana no controlada puede conducir a estados cariosos avanzados y pérdida de tejidos de soporte. Existe evidencia científica que asocia altos índices de placa bacteriana con la calidad de la atención.</p> <p>La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan costos en el sistema.</p>	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de pacientes que seis meses después de Diagnosticado un alto índice de placa bacteriana ,presentan niveles de placa bacteriana – baja , esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia	
Denominador	Número total de pacientes con altos índices de placa bacteriana diagnosticados	
Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	registro programas de promoción y prevención , historia clínica	registro programas de promoción y prevención, historia clínica
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de		

Remisión de la información Obligatoria	semestral
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada
	ANALISIS
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste x
	Ajuste por edad Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Porcentaje mayor del 10 % de pacientes con alto índice de placa bacteriana, manejados después de seis meses, que no alcanzan un nivel bajo del índice .
Estándar meta	Porcentaje del 100 % de pacientes con alto índice de placa bacteriana, manejados después de seis meses, en un nivel bajo del índice de placa bacteriana
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE >90 <100 % REGULAR > 80< 90% DEFICIENTE < 80 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.2.3 Ficha Técnica Indicador De Calidad Técnica

<p>PROCESO</p> <p>CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO</p> <hr/> <p>ESTÁNDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Proporción de niños mayores de 2 años – menores de 8 años, usuarios de la IPS - USTA, dentro del programa de fluorización institucional
Código	
Dominio	Calidad técnica
Justificación	La fluorización de niños es uno de los servicios odontológicos con más costo-efectivos y es esencial para el manejo de la enfermedad oral más común: caries. El análisis de las fallas en el cumplimiento de las metas de fluorización permite identificar aspectos de mejoramiento en áreas claves de la gestión clínica. El objetivo de la monitorización de este indicador es incentivar la efectividad y la eficiencia en los procesos que apuntan a promover la salud de la población y prevenir la enfermedad.
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número de niños mayores de 2 años y menores de 8 años, con esquema de fluorización adecuado según las normas del Programa De promoción y prevención en salud oral
Denominador	Número de niños mayores de 2 años y menores de 8 años , usuarios de la IPS

Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Registro de fluorizaciones	base de datos de usuarios
Periodicidad de Generación de la Información	mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste X	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de Desempeño NO aceptable	Mayor del 10 % de los usuarios niños mayores de 2 años y menores de 8 años , no beneficiados los programas de fluorizaciones institucionales	
Estándar meta	El 100 % de los usuarios niños mayores de 2 años y menores de 8 años beneficiados con los programas de fluorizaciones institucionales	
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al	

	comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE 100 % DEFICIENTE < 100 %
Bibliografía	Publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
USUARIOS	
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.3 FICHA TÉCNICA INDICADOR DE GERENCIA / RIESGO

9.3.1 Ficha Técnica Indicador De Gerencia Del Riesgo

PROCESO
CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO
ESTÁNDAR
La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.

	ASPECTOS GENERALES
Nombre	Proporción de agudizaciones después de 48 horas de

	recibida la atención odontológica	
Código	3.1	
Dominio	Gerencia del Riesgo	
Justificación	La tasa de agudizaciones es un indicador utilizado para evaluar resultados relacionados con la atención brindada al paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de pacientes atendidos que se agudizan después de 48 horas de la atención.	
Denominador	Numero total de pacientes atendidos	
Unidad de medida	Tasa por 100	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Historia clinica	Historia clinica
Periodicidad de Generación de la Información	Mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANALISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste	I I
	Ajuste por edad	I X I Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad X probabilidad de muerte	

Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Porcentaje menor del 10 % de pacientes agudizados manejados después de 48 horas .
Estándar meta	Porcentaje del 0 % de agudizaciones de pacientes manejados después de 48 horas
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE >90 <100 % REGULAR > 80< 90% DEFICIENTE < 80 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación X
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad. En la institución es recomendable desagregar por sexo, grupo étnico y causa de enfermedad
Se debe remitir numerador y denominador ajustados por riesgo

9.3.2 Ficha Técnica Indicador De Gerencia Del Riesgo

<p>PROCESO</p> <p>CONTROL DE CALIDAD DEL SERVICIO</p>
<p>ESTANDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
Código	3.2
Dominio	Gerencia del Riesgo
Justificación	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles.</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de eventos adversos detectados y gestionados

Denominador	Número total de eventos adversos detectados	
Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Libro / registro de vigilancia de De efectos adversos	libro / registro de vigilancia de efectos adversos
Periodicidad de Generación de la Información	continua	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANALISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste X	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de Desempeño NO aceptable	Presencia de casos adversos en la atención odontológica	
Estándar meta	El 100% de la atención odontológica realizada no presente casos adversos	
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al	

	comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE 100 % DEFICIENTE < 100 %
Bibliografía	Publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
USUARIOS	
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.3.3 Ficha Técnica Indicador De Satisfacción / Lealtad

<p>PROCESO</p> <p>ATENCIÓN AL USUARIO</p> <hr style="border: 0.5px solid black; margin: 20px 0;"/> <p>ESTANDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>
--

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	Proporción de Satisfacción Global
Código	4.1.
Dominio	Satisfacción / lealtad

Justificación	La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	
	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS	
Denominador	Número total de pacientes encuestados por la IPS	
Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.	
	VARIABLE	
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	encuesta de satisfacción	encuesta de satisfacción
Periodicidad de Generación de la Información	mensual	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	semestral	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS	
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada	
	ANALISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste X	
	Ajuste por edad Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad probabilidad de muerte	
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de	

	operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Porcentaje de insatisfacción mayor del 10 %
Estándar meta	Porcentaje de satisfacción mayor al 90 %
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE 100 % DEFICIENTE < 100 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

9.3.4 Ficha Técnica Indicador De Satisfacción / Lealtad

<p>PROCESO</p> <p>ATENCIÓN AL USUARIO</p> <hr/> <p>ESTANDAR</p> <p>La institución garantiza el derecho del paciente del aseguramiento y control de la calidad en la atención recibida y tratamientos realizados , a través de Procesos estandarizado de atención de los servicios, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>

ASPECTOS GENERALES		
Nombre	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días	
Código	4.2	
Dominio	Satisfacción / lealtad	
Justificación	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar IPS.</p> <p>Para la IPS es importante discriminar cuales de sus áreas de atención al usuario generan mayor satisfacción y adherencia Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido salud, así como la capacidad para corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos</p>	
DEFINICIÓN OPERACIONAL		
Numerador	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días	
Denominador	Número total de quejas recibidas	
Unidad de medida	Relación porcentual	
Factor	100	
Formula de calculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.	
VARIABLE		
	Numerador	Denominador
Origen de la información	Institución prestadora	institución prestadora
Fuente primaria	Registro de quejas	registro de quejas
Periodicidad de Generación de la Información	mensual	
Periodicidad de Remisión de la	Semestral	

información Obligatoria	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	IPS
Vigilancia -control	Auditoria externa asignada
	ANALISIS
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste X
	Ajuste por edad Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad probabilidad de muerte
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
Umbral de Desempeño NO aceptable	Quejas resueltas en tiempo menor de 15 días
Estándar meta	Quejas resueltas en tiempo menor de 15 días
Referencias	experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicado, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
Categorización de resultado	EXCELENTE 100 % DEFICIENTE < 100 %
Bibliografía	publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.
	USUARIOS
Tipo de institución a la cual aplica	IPS
Tipo de indicador	Monitorización SOGC X Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control X Trazador de calidad promoción Y prevención
	Institucional IPS X Institucional EAPB

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES								
PERIODO	AGOSTO				SEPTIEMBRE			
ACTIVIDAD	1RA SEMANA	2 DA SEMANA	3RA SEMANA	4 TA SEMANA	1RA SEMANA	2 DA SEMANA	3 RA SEMANA	4 TA SEMANA
BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA RELACIONADA CON EL TEMA	X	X	X	X	X	X	X	X
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN		X			X	X	X	X
PRESENTACIÓN PRIMER INFORME			X	X				
PRESENTACIÓN INFORME FINAL						X	X	
SUSTENTACIÓN DEL PROYECTO								

CONCLUSIONES

La Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS – USTA), debe incluir dentro de sus metas la implementación de un sistema de monitoreo de la calidad, con el fin de dar cumplimiento a uno de los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud, para el proceso de habilitación convirtiéndola en una entidad competitiva en el mercado y eficiente en el manejo de procesos administrativos.

La Aplicación de la ficha técnica en la (IPS – USTA) Institución Prestadora de Servicios de salud de la Universidad Santo Tomás, genera un impacto positivo en el mejoramiento de cada uno de los procesos clínicos existentes en la Institución.

RECOMENDACIONES

Siendo la Acreditación un reto para todas las instituciones prestadoras de Servicios de Salud, y para el Ministerio de Protección social el aseguramiento de la atención en salud con calidad en todo el territorio nacional , con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido en la resolución número 1446 de 8 de Mayo de 2006 con “ los indicadores del nivel de monitoria del sistema” , que deben aplicar los diferentes prestadores de salud para la habilitación de los servicios ofertados. Se convierte así en una estrategia de alta competitividad para la IPS-USTA la Unificación de los criterios evaluativos para la medición y autoevaluación institucional de las actividades de gestión en estructura, procesos y resultados.

Implementar de forma ágil y oportuna e sistema de monitores de la calidad, que le permita a la Institución contar con unos parámetros de servicios definidos mejorando su gestión y logrando el proceso de acreditación de la IPS-USTA en un corto plazo.

Conformar grupos evaluadores a nivel interno de las diferentes áreas de atención, como apoyo en la implementación.

DISCUSIÓN

Soportadas en el documento de revisión teórica de un sistema de monitoreo de la calidad por medio de la aplicación de indicadores de gestión, creemos que es la mejor estrategia orientada hacia la satisfacción del cliente y el mejoramiento de los procesos de prestación de servicios, porque realiza un seguimiento continuo de las diferentes actividades desarrolladas dentro de la institución, en este caso la Institución Prestadora de Servicios (IPS – USTA) de igual forma el mejorar la eficiencia de los servicios de odontología le permite a la Institución Prestadora de Servicios de salud, ser una entidad competente en el mercado. Pues el uso de indicadores en los procesos existentes en al Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomás (IPS – USTA), por medio de la aplicación de la ficha técnica exige responsabilidad y conocimiento generando cumplimiento de objetivos institucionales como también rechazo por el cliente interno a procesos de evaluación o falta de consenso sobre algunos conceptos para alcanzar el objetivo o meta propuesta.

BIBLIOGRAFÍA

Actas de la IPS-USTA (Institución Prestadora de Servicios de Salud de la Universidad Santo Tomàs , Facultad de Odontología)

ARANGO, Demetrio Antonio. EL SIGNO VITAL - EL PERIÓDICO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. 2006.

ARDON, Nelson. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. Colombia Médica. Volumen 32. 2001

BELTRAN J, Mauricio. Indicadores de Gestión, herramienta clave para el logro de la productividad. Tercer Editores. Bogotá. 2001.

BUSTOS, Alvaro. Evaluación de la calidad de la atención en salud. Administración de servicios de salud. Universidad industrial de Santander. Bucaramanga. 2005.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

DELGADO HERNÁNDEZ, Luis Carlos. Tesis. Evaluación de Servicios de Salud. Universidad Industrial de Santander, Especialización en Administración de Servicios de Salud. Bucaramanga 1996.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluación de la calidad de la atención médica. Milbak memorial Fund Quarterly. Parte II. 1996

GONZÁLEZ F, Francisco Javier. AUDITORIA DEL MANTENIMIENTO E INDICADORES DE GESTIÓN-Ed. Fundación Confemetal , Bogotá, 2004.

GUARDIONAL O. El control de Gestión y sus indicadores. Incolda. Bogotá. 1998

JURAN, J. M. y GRYNA, F. M. Análisis y Planificación de la Calidad. Mc Graw Hill, Mexico 1994.

ISHIKAWA, Kaoru. Introducción al control de calidad. Ediciones Díaz de Santos. España. 1999

MOGUE, Marcela. EL PULSO, Periódico para el sector de la salud, año 3 N° 38 noviembre de 2001.

MORALES M, Clemencia. Control de Gestión de Nuevos Sistemas Administrativos, N°26, Universidad de los Andes.19 94.

Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000, Ginebra, OMS – 1981.

Publicaciones <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/category...>
Legislación <http://www.minproteccionsocial.gov.co/MseContent/categoryde...>

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006. El Ministro de la Protección Social, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

Revista Panamericana de salud Pública. Volumen VIII. Julio 2000.

ROONEY, L. A. VAM, Ostemberg. Acreditación y Certificación, aprobado para la calidad de los servicios de salud. Serie USALD. 1999.

SUÑOL, R. Bañares, J. Origen, evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Texto Académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia. 1998.

ANEXOS

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1o.- CAMPO DE APLICACIÓN. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

PARÁGRAFO 1°.- Salvo los servicios definidos por el Ministerio de la Protección Social y para los cuales se establezcan estándares, no se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no

cuenten con infraestructura física para la prestación de servicios de salud, a los procesos de los laboratorios de genética forense, a los Bancos de Semen de las Unidades de Biomedicina Reproductiva y a todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como a las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA-, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, la vigilancia sanitaria y el control de calidad de los productos y servicios que estas organizaciones prestan.

ARTÍCULO 2o.- DEFINICIONES. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

REPUBLICA DE COLOMBIA

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

2 ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS. -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

PROFESIONAL INDEPENDIENTE. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - SOGCS- Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los cuales podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

3 TITULO II SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -SOGCSARTÍCULO

3o.- CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ARTÍCULO 4o.- COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

PARÁGRAFO 1o.- El Ministerio de la Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, con los avances del sector y con los resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2o.- Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, están obligadas a generar y suministrar los datos requeridos para DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____ Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

4 el funcionamiento de este Sistema, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 5o.- ENTIDADES RESPONSABLES DEL FUNCIONAMIENTO DEL SOGCS.

Las siguientes, son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS:

1. **Ministerio de la Protección Social.** Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad.

2. **Superintendencia Nacional de Salud.** Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

3. **Entidades Departamentales y Distritales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

4. **Entidades Municipales de Salud.** En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el

Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

PARÁGRAFO.- Lo previsto en el presente artículo se cumplirá sin perjuicio de que las entidades deban cumplir otras normas relacionadas con sistemas de calidad.

TITULO III

CAPÍTULO I

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

ARTÍCULO 6o.- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

5

CAPITULO II

HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 7o.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

PARÁGRAFO.- Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

ARTÍCULO 8o.- CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA. Es el

cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 9o.- CONDICIONES DE CAPACIDAD TÉCNICO ADMINISTRATIVA. Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

ARTÍCULO 10°.- REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 11°.- FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las DECRETOS NUMEROS 1011 DE 2006 HOJA No.____ Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

6

condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

ARTÍCULO 12°.- AUTOEVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. De manera previa a la presentación del formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto, los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos.

El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones para la habilitación, deberá abstenerse de ofrecer o prestar los servicios en los cuales se presente esta situación.

ARTÍCULO 13°.- INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Es el procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la autoevaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones para la habilitación, radica el formulario de inscripción de que trata el artículo 11 del presente decreto y los soportes que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, para efectos de su incorporación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. La Entidad Departamental o Distrital de Salud efectuará el trámite de inscripción de manera inmediata, previa revisión del diligenciamiento del formulario de inscripción. La revisión detallada de los soportes entregados será posterior al registro especial de prestadores de servicios de salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del presente decreto.

A partir de la radicación de la inscripción en la Entidad Departamental o Distrital de Salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados.

PARÁGRAFO 1.- Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos (2) o más sedes dentro de la misma jurisdicción Departamental o Distrital, deberá diligenciar un sólo formulario de inscripción.

Cuando un Prestador de Servicios de Salud preste sus servicios a través de dos o más sedes dentro de dos (2) o más Departamentos o Distritos, deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones Departamentales o Distritales de Salud en las cuales presta los servicios, declarando en cada una, una sede como principal.

PARÁGRAFO 2.- El Prestador de Servicios de Salud deberá declarar en el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de

Salud, los servicios que se prestan en forma permanente. La inobservancia de esta disposición se considera equivalente a la prestación de servicios no declarados en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y dará lugar a la aplicación de las sanciones establecidas en los artículos 577 de la Ley 09 de 1979, 49 de la Ley 10 de 1990 y 5 del Decreto 1259 de 1994 y las normas que las modifiquen o sustituyan DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____ Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

7

Para el caso de los servicios prestados en forma esporádica, el Prestador de Servicios de Salud deberá informar de esta situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, la cual realizará visitas en fecha y lugar acordados con el prestador, con el fin de verificar el cumplimiento de las condiciones establecidas para dichos servicios, ordenando su suspensión si los mismos no cumplen con los estándares establecidos, de conformidad con lo previsto en el artículo 576 del Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 14°.- TÉRMINO DE VIGENCIA DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. La inscripción de cada Prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, tendrá un término de vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de su radicación ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Los prestadores de servicios de salud una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de Protección Social.

ARTÍCULO 15°.- OBLIGACIONES DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD RESPECTO DE LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Los Prestadores de Servicios de Salud son responsables por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y estarán obligados a mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia, a permitir el ingreso de la autoridad competente para llevar a cabo la respectiva verificación, a facilitar la verificación, a renovar la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud cuando éste pierda su vigencia o cuando haya cambios en lo declarado, conforme a lo dispuesto en el artículo 14 del presente decreto y a presentar las novedades correspondientes, en los casos previstos en el artículo siguiente.

ARTÍCULO 16°.- REPORTE DE NOVEDADES. Con el propósito de mantener actualizado el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, el

Ministerio de la Protección Social establecerá el "Formulario de Reporte de Novedades", a través del cual se efectuará la actualización de dicho registro por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud en su respectiva jurisdicción.

PARÁGRAFO.- Dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud remitirán a Ministerio de la Protección Social, la información correspondiente a las novedades presentadas en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud durante cada trimestre. La información remitida debe incluir las sanciones impuestas de conformidad con las normas legales vigentes, así como los procesos de investigación en curso y las medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales de Salud remitir trimestralmente a los municipios de su jurisdicción, la información relacionada con el estado de habilitación de los Prestadores de Servicios de Salud, de sus correspondientes áreas de influencia.

Las Direcciones Municipales de Salud deben realizar de manera permanente una búsqueda activa de los Prestadores de Servicios de Salud que operan en sus respectivas jurisdicciones, con el propósito de informar a las Entidades Departamentales y ellas verificarán que la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud responda a la realidad de su inscripción, garantizando así el cumplimiento permanente de las condiciones de habilitación.

ARTÍCULO 17°.- ADMINISTRACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. De conformidad con las disposiciones consagradas en el DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____ Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

8

presente decreto y de acuerdo con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus respectivas jurisdicciones, serán responsables de la administración de la base de datos que contenga el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

ARTÍCULO 18°.- CONSOLIDACIÓN DEL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Corresponde al Ministerio de la Protección Social conformar y mantener actualizada para el ámbito nacional, la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, consolidada a partir de los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de conformidad con lo establecido en el presente Decreto.

ARTÍCULO 19°.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud serán las responsables de verificar el cumplimiento de las condiciones exigibles a los Prestadores de Servicios de Salud en lo relativo a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, las cuales se evaluarán mediante el análisis de los soportes aportados por la Institución Prestadora de Servicios de Salud, de conformidad con los artículos 8o y 9o del presente decreto.

En relación con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social, se realizará conforme al plan de visitas que para el efecto establezcan las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 21 del presente decreto.

ARTÍCULO 20°.- EQUIPOS DE VERIFICACIÓN. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso, de conformidad con los lineamientos, perfiles y experiencia contenidos en el Manual o instrumento de Procedimientos para Habilitación definido por el Ministerio de la Protección Social.

Todos los verificadores deberán recibir previamente la capacitación y el entrenamiento técnico necesarios por parte del Ministerio de la Protección Social o de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud en convenio con alguna entidad educativa la cual será la responsable de garantizar la calidad de dicho entrenamiento.

ARTÍCULO 21°.- PLAN DE VISITAS. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

PARÁGRAFO.- Las visitas de verificación podrán ser realizadas mediante contratación externa, acompañadas por un funcionario capacitado de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 20 del presente Decreto y las metas periódicas de visitas que determine el Ministerio de la Protección Social.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "9

ARTÍCULO 22°.- PLANES DE CUMPLIMIENTO. Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

ARTÍCULO 23°.- CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

PARÁGRAFO: Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

ARTÍCULO 24°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN. La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

ARTÍCULO 25°.- INFORMACIÓN A LOS USUARIOS. Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

ARTÍCULO 26°.- RESPONSABILIDADES PARA CONTRATAR. Para efectos de contratar la prestación de servicios de salud el contratante verificará que el prestador este inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Para tal efecto la Entidad Departamental y Distrital establecerá los mecanismos para suministrar esta información.

Si durante la ejecución del contrato se detecta el incumplimiento de las condiciones de habilitación, el Contratante deberá informar a la Dirección Departamental o Distrital de Salud quien contará con un plazo de sesenta (60) días calendario para adoptar las medidas correspondientes. En el evento en que no se pueda mantener la habilitación la Entidad Departamental o Distrital de Salud lo informará al contratante, quien deberá abstenerse de prestar los servicios de salud con entidades no habilitadas.

CAPITULO III

HABILITACIÓN DE LAS EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS –EAPBARTÍCULO 27°.- CONDICIONES BÁSICAS PARA LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB.

Las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 28°.- HABILITACIÓN DE LAS EAPB. Para aquellas entidades que a la entrada en vigencia este Decreto no cuenten con la reglamentación específica en materia de habilitación, se dará aplicación al procedimiento de autorización de funcionamiento establecido en las disposiciones vigentes sobre la materia, el cual se asimila al procedimiento de habilitación para dichas entidades.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "10

ARTÍCULO 29°.- ENTIDAD COMPETENTE. La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

La Superintendencia Nacional de Salud informará al Ministerio de la Protección Social el resultado de las visitas y deberá consolidar la información de habilitación de estas entidades.

Las EAPB que a la entrada en vigencia el presente Decreto no cuenten con reglamentación específica, deberán demostrar ante la entidad de control el cumplimiento de las condiciones de operación que se establezcan dentro de los seis (6) meses siguientes a su definición.

ARTÍCULO 30°.- VIGENCIA DE LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido.

Las EAPB deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional.

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

ARTÍCULO 31°.- REVOCATORIA DE LA HABILITACIÓN DE LAS EAPB. La Superintendencia Nacional de Salud podrá revocar la habilitación a una EAPB cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento. El incumplimiento de las condiciones de habilitación por parte de las EAPB dará lugar a la imposición de las sanciones previstas en la ley, previo agotamiento del debido proceso.

TÍTULO IV

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD ARTÍCULO 32°.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

PARÁGRAFO.- Para todos los efectos de este Decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 33°.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo

con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. **Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. **Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

ARTÍCULO 34°.- TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

3. **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

ARTÍCULO 35°.- ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "12 de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. **EAPB.** Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. **Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.** Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

PARÁGRAFO.- Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

ARTÍCULO 36°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.** La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.

2. **Atención al Usuario.** La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

ARTÍCULO 37°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. **Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.** La entidad establecerá

prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud " **13**

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

ARTÍCULO 38°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.

ARTÍCULO 39°.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

ARTÍCULO 40°.- RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

TÍTULO V

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

ARTÍCULO 41°.- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

PARÁGRAFO.- Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

ARTÍCULO 42°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. El Sistema Único de Acreditación se orientará por los siguientes principios:

1. **Confidencialidad.** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud " 14

2. **Eficiencia.** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. **Gradualidad.** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

ARTÍCULO 43°.- ENTIDAD ACREDITADORA. El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación.

PARÁGRAFO.- El Sistema Único de Acreditación se aplicará con base en los lineamientos que expida el Ministerio de Protección Social.

ARTÍCULO 44°.- MANUAL DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. La Entidad Acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad

Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años.

TITULO VI

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

ARTÍCULO 45°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

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.

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "

4. **Estimular.** Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

ARTÍCULO 47°.- PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.-

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

1. **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

2. **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea

comprendida y asimilada por la población.

3. **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.

4. **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

5. **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

6. **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

ARTÍCULO 48°.- DATOS PARA EL SOGCS. Las EAPB, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud, están obligados a generar y suministrar los datos requeridos para el funcionamiento del SOGCS, de conformidad con las directrices que imparta el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO.- El Ministerio de la Protección Social establecerá los indicadores de calidad del SOGCS que serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones obligadas al cumplimiento del presente decreto.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 49°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

ARTÍCULO 50°.- AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" **16** control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

ARTÍCULO 51°.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN. Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.

ARTÍCULO 52°.- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD. Las acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

TITULO VIII

MEDIDAS DE SEGURIDAD Y SANCIONES

ARTÍCULO 53°.- APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS DE SEGURIDAD. El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

ARTÍCULO 54°.- SANCIONES. Sin perjuicio de la competencia atribuida a otras autoridades, corresponde a las Entidades Territoriales de Salud, adelantar los procedimientos y aplicar las sanciones a que haya lugar de acuerdo con lo previsto en el artículo 577 y siguientes de la Ley 09 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

TÍTULO IX

DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 55°.- TRANSICIÓN. Todos los Prestadores de Servicios de Salud que al momento de entrar en vigencia el presente decreto estén prestando servicios de salud, tendrán el plazo que defina el Ministerio de la Protección Social para presentar el DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 HOJA No.____

Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud "17

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la autoridad competente, fecha a partir de la cual caducarán los registros anteriores. Si vencido el término señalado, no se ha efectuado la inscripción el prestador no podrá continuar la operación.

ARTÍCULO 56°.- ACTUALIZACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DEL SOGCS. El Ministerio de la Protección Social podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGCS de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud.

ARTÍCULO 57°.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. El presente decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, en especial los Decretos 11 de 1997 y el Decreto 2309 de 2002

PUBLIQUESE Y CUMPLASE

Dado en Bogotá, D. C. a los 3 ABR 2006

ALVARO URIBE VELEZ

PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección social

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006

“Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para **habilitar** sus servicios e implementar el componente de **auditoria** para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones”

EL MINISTRO DE LA PROTECCION SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el numeral 3 del artículo 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003, artículo 56 de la Ley 715 de 2001 y los Títulos III y IV del Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD PARA HABILITAR SUS SERVICIOS.

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica:

Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas- Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Los estándares para el cumplimiento de las condiciones tecnológicas y científicas son los incluidos en el Anexo Técnico No. 1 “Manual Único de Estándares y de Verificación”, el cual hace parte integral de la presente Resolución.

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado.

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución.

3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.

4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

c) De capacidad técnico-administrativa:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

a. Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

b. Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

c. Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

ARTÍCULO 3º.- HABILITACIÓN DE IPS CON CONVENIO DOCENTE ASISTENCIALES.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS - que suscriban convenios docente asistenciales, para habilitarse deberán cumplir lo definido en el Acuerdo 0003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o las normas que lo adicione, modifique o sustituya.

ARTÍCULO 4º.-ESTANDARES DE HABILITACIÓN.

Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y verificación” que se anexan a la presente resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2°.

ARTÍCULO 5º. -FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

El Ministerio de la Protección Social definirá mediante circular el formulario de Inscripción para los prestadores que inicien la prestación de servicio de salud a la entrada en vigencia de la presente Resolución.

Los prestadores de servicios de salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondientes para efectos de su inscripción. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigidos en anexo técnico No. 2 que hacen parte integral de la presente Resolución.

Un mismo servicio no puede tener doble habilitación y solo podrá ser habilitado por el prestador responsable del mismo.

PARÁGRAFO 1.- Cuando un servicio no esté especificado en los formularios de registro, se aplicarán estándares de carácter genérico en la modalidad de servicio en que se clasifica.

PARÁGRAFO 2.- Son procedimientos gratuitos los siguientes: Inscripción en el Registro Especial de Prestadores, reporte de novedades, visita de verificación. Por ningún motivo las entidades departamentales o distritales de Salud, podrán cobrarlo a los prestadores de servicios de salud.

ARTÍCULO 6º.- ADOPCIÓN DE DISTINTIVOS PARA SERVICIOS HABILITADOS: Con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y a través de este mecanismo fortalecer la capacidad de control de las entidades territoriales sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud de su jurisdicción, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 “Manual Único de Procedimientos de Habilitación”, que hace parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 7º.- REPORTE DE NOVEDADES. Se consideran novedades del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud a que hace referencia el artículo 5 de la presente Resolución, las siguientes:

- a) Apertura de servicios.
- b) Apertura de nueva sede.

- c) Cambio de domicilio.
- d) Cambio de representante legal.
- e) Cambio de razón social.
- f) Cierre de servicios temporal o definitivo.
- g) Cierre de una sede.
- h) Cierre o apertura de camas.
- i) Cierre o apertura de salas.
- j) Disolución o Liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de estos procesos.

PARÁGRAFO 1.- En cualquiera de los anteriores eventos el prestador estará en la obligación de reportarlo a las direcciones de salud competentes en el momento en que este se presente, diligenciando el formulario de reporte de novedades que definirá mediante circular el Ministerio de la Protección Social.

PARÁGRAFO 2.- Cuando un prestador de servicios de salud tenga un determinado servicio habilitado y presente novedad de cierre del mismo, debe devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el respectivo distintivo de habilitación que le fue otorgado. La entidad territorial se encargará de su custodia y podrá ser entregado a la misma entidad en caso de reapertura del servicio en un plazo no mayor a un año, posterior a esta fecha o en caso de deterioro podrá ser destruido, dejando constancia escrita de cada situación.

ARTÍCULO 8º.- VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARA LA HABILITACIÓN.

Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales de salud, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, que hace parte integral de la presente Resolución. Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido.

ARTÍCULO 9º.- PLAN DE VISITAS. Las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar e informar al Ministerio la programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de **auditoría** para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2 que hace parte de la presente Resolución, de tal manera que cada año se verifique por lo menos el 25% del total de prestadores inscritos en la respectiva vigencia, garantizando que se realice al

menos una visita de verificación, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación. Los porcentajes anuales de verificación serán acumulativos.

Las entidades departamentales y distritales de salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, reportarán al Ministerio de la Protección Social, la información que este defina mediante circular. Esta información deberá ser remitida dentro de los cinco (5) primeros días del mes siguiente de haberse efectuado la visita de verificación.

Si efectuada la visita de verificación se genera algún proceso sancionatorio que ocasione el cierre definitivo del prestador de servicios de salud o de un servicio y en consecuencia la revocatoria de la habilitación, la entidad territorial deberá diligenciar la novedad en el formulario de reporte de novedades definido mediante circular por el Ministerio de la Protección Social. Esta información deberá reportarse al Ministerio de la Protección Social dentro de los cinco (5) primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.

ARTÍCULO 10º.- INSCRIPCIÓN. Los Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente, previo proceso de verificación, no necesitarán realizar una nueva inscripción y su certificación continuará vigente hasta tanto la entidad territorial realice una nueva visita de verificación conforme a los estándares establecidos en la presente Resolución y se pronuncie sobre la confirmación o revocatoria de la habilitación.

Aquellos Prestadores de Servicios de Salud que a la entrada en vigencia del Decreto 1011 de 2006, estuvieran inscritos y verificados sus servicios, la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, deberá pronunciarse sobre la certificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en los términos de la normatividad vigente para la época y se adoptará el procedimiento indicado en el inciso anterior. Los prestadores que no obtengan la certificación, deberán inscribirse nuevamente para su verificación, de acuerdo al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud, que efectuaron la inscripción y no se les practicó la visita de verificación y, por ende no obtuvieron la certificación de habilitación, independiente de la responsabilidad de las funciones de las entidades territoriales, deberán inscribirse nuevamente para su verificación conforme al Decreto 1011 de 2006.

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien funcionamiento a la entrada en vigencia de la presente Resolución deberán realizar la inscripción por primera vez previo proceso de autoevaluación y cumplimiento de los estándares incluidos en el anexo técnico N° 1 "Manual Único de Estándares y Verificación". El prestador que no realice la inscripción, no se considera habilitado y no podrá prestar servicios de salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a prestar nuevos servicios de urgencias, previo al proceso de inscripción, deberán ser verificados por la entidad territorial correspondiente dentro de los 90 días siguientes a la solicitud de la habilitación. Si durante este plazo la entidad territorial no ha realizado la visita para

efectos del cumplimiento de las condiciones de verificación, dicho servicio podrá realizar el proceso de inscripción.

ARTÍCULO 11º.- VIGENCIA Y DEROGATORIA. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005 y las demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D. C., a 3 ABR 2006

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006**

Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones

EL MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por el artículo 43º y 173 de la Ley 100 de 1993, artículo 2º del Decreto 205 de 2003 y Decreto 1011 de 2006

RESUELVE

ARTÍCULO 1º.- FUNCIONES DE LA ENTIDAD ACREDITADORA. La Entidad Acreditadora que seleccione el Ministerio de la Protección Social tendrá las siguientes funciones:

1. Promover el Sistema Único de Acreditación
2. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
3. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
4. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.
5. Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones
6. Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento por parte de la entidad acreditadora se evidencie que la institución ha dejado de cumplir las condiciones exigidas para obtener la acreditación en salud, de acuerdo con los procesos de otorgamiento de la acreditación a que hace referencia el artículo 5º de la presente resolución.
7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
9. Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos o del proceso de escogencia previsto en la Ley 80 de 1993, o en las normas que la modifiquen, sustituyan o el Estatuto General de Contratación de la Administración.

ARTÍCULO 2º.- ESTANDARES DE ACREDITACIÓN. Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de

Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el anexo técnico No. 1 que forma parte integral de la presente resolución:

RESOLUCIÓN NÚMERO 001445 DE 8 DE MAYO DE 2006 HOJA No 2

Continuación de la Resolución “Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones”

1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-
2. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.
3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
4. Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
5. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios e Imagenología.
6. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.

ARTÍCULO 3º.- ESCALA DE CALIFICACIÓN. Para efecto de que el ente acreditador evalúe el cumplimiento de los estándares de acreditación, se adopta la escala de calificación contenida en el Anexo Técnico N° 2 que forma parte integral de la presente resolución.

ARTÍCULO 4º.- CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DE ACREDITACIÓN. Para efectos de conferir o negar la acreditación de las entidades que se someten a este proceso, la Junta de Acreditación estará conformada por un grupo de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad que acrediten experiencia mínima de cinco (5) años en el desempeño de cargos directivos en instituciones del sector salud, ajustándose los perfiles descritos para tal efecto en el anexo técnico N° 2.

ARTÍCULO 5º.- OTORGAMIENTO DE LA ACREDITACIÓN. El otorgamiento de la acreditación se efectuará con sujeción a los procedimientos definidos en el Anexo Técnico No. 2 que forma parte integral de la presente resolución, para lo cual, la Junta de Acreditación dispondrá del grado de discrecionalidad definido en los mencionados procedimientos, dejando registro explícito de sus deliberaciones, en las actas de las reuniones.

PARAGRAFO: Con el fin de informar a los usuarios acerca de los niveles superiores de calidad alcanzados por las Instituciones Acreditadas, el Ente Acreditador podrá entregarles un sello de acreditación, cuyas características y condiciones para su uso serán establecidas por el mismo Ente.

ARTÍCULO 8º.- VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga la Resolución 1474 de 2002 y demás disposiciones que le sean contrarias.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá, D.C., a los 8 MAYO 2006

DIEGO PALACIO BETANCOURT

Ministro de la Protección Social

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El Ministro de la Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas en el artículo 2º del Decreto 205 del 2003 y el Decreto 1011 de 2006.

RESUELVE:

Artículo 1º. *Objeto.* La presente resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Artículo 2º. *Niveles de operación del sistema de información para la calidad.* Opera en los siguientes niveles:

1. **Nivel de Monitoría del Sistema.** Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos están contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1º del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio Nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

En cumplimiento del artículo 3º del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, la información solicitada para las variables de calidad corresponderá a los indicadores definidos para el nivel de monitoría de la presente resolución.

Para las instituciones que hayan sido acreditadas, la entidad acreditadora conjuntamente con el Ministerio de la Protección Social deberá implementar indicadores de seguimiento, los cuales le servirán como trazadores del grado de permanencia de las condiciones evaluadas durante el proceso de otorgamiento de la acreditación y constituirán una herramienta técnica para orientar las visitas de seguimiento y la información a los usuarios.

2. **Nivel de Monitoría Externa.** Entre los diversos actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se pueden proponer y

utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la presente resolución, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 del 2006.

3. Nivel de Monitoría Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Es obligatorio hacer la monitoría de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.

Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Unico de Habilitación.

Parágrafo. Para que sirva de referente en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución se incluye un listado de eventos adversos.

Artículo 3º. *Indicadores de monitoría del sistema obligatorio de garantía de la calidad.* Adóptense los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, los cuales están contenidos en la circular que para el efecto expida la Superintendencia Nacional de Salud y las fichas técnicas establecidas en el Anexo Técnico que forma parte integral de la presente resolución.

Artículo 4º. *Reporte de la información.* Las entidades responsables de reportar información deberán hacerlo a la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. La Superintendencia Nacional de Salud establecerá mediante circular los plazos, mecanismos y procedimientos mediante los cuales se realizará el reporte de información mencionado.

Artículo 5º. *Información a usuarios.* El Ministerio de la Protección Social incluirá en la página web y en los mecanismos de difusión que considere convenientes, los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar el acceso en línea sobre la siguiente información:

1. Indicadores del nivel de monitoría del sistema.
2. Análisis del comportamiento de los indicadores del nivel de monitoría del Sistema.
3. Informe Nacional de Calidad.
4. Ordenamiento de IPS y EAPB basados en criterios de calidad.
5. Observatorio de calidad.

Artículo 6º. *Vigilancia y control.* Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales, en desarrollo de sus competencias, cumplir y hacer cumplir las disposiciones establecidas en la presente resolución y en caso de incumplimiento, adelantar las acciones a que hubiere lugar.

Artículo 7º. *Implementación.* Las instituciones obligadas a implementar el Sistema de Información para la Calidad deberán hacerlo en un plazo máximo de seis meses, contados a partir de la vigencia de la presente resolución.

Artículo 8º. *Vigencia.* La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá, D. C., a 8 de mayo de 2006.

El Ministro de la Protección Social,

Diego Palacio Beta ncourt.

(C.F.)

FICHA TÉCNICA

RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006

“Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”

ASPECTOS GENERALES	
Nombre	
Código	
Dominio	
Definición del indicador	
Justificación	
DEFINICIÓN OPERACIONAL	
Numerador	
Denominador	
Unidad de medida	
Factor	
Formula de calculo	
VARIABLE	
	Numerado
	Denominador
Origen de la información	
Fuente Primaria	
Periodicidad de Generación de la Información	
Periodicidad de Remisión de la información Obligatoria	
Responsable de Obtención y Remisión-indicador	
Vigilancia -control	
ANÁLISIS	
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste
	Ajuste por edad Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte

Consideraciones para el análisis	
Umbral de Desempeño NO aceptable	
Estándar meta	
Referencias	
Bibliografía	
	USUARIOS
Tipo de institución	
Tipo de indicador	Monitorización SOGC Seguimiento a riesgos habilitación
	Vigilancia y control Trazador de calidad – promoción y prevención
	Institucional IPS Institucional EAPB

INSTRUCTIVO DE LA FICHA TÉCNICA

Nombre Especifica el indicador establecido según el dominio al que pertenece (Accesibilidad /oportunidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, satisfacción / lealtad)

Código Orden numérico de clasificación

Justificación Válida los beneficios obtenidos con la aplicación del indicador en términos de suficiencia institucional, evaluación contractual entre instituciones, información relevante al usuario en toma de decisiones y para el mejoramiento de la calidad de la atención.

DEFINICIÓN OPERACIONAL Variables que producen datos completos y son cuantificables / medibles.

Unidad de medida Medidas utilizadas para expresar resultados, estandarizadas internacionalmente (SI _ sistema internacional de medidas)

Factor Constante multiplicadora estandarizada a cada unidad de medida.

Fórmula de cálculo operación matemática

VARIABLES Conceptos teóricos susceptibles de medición, definidas conceptual y operacionalmente. Son la base de la construcción de indicadores.

Origen de la información institución responsable de generar la información que conforma las variables del indicador (Numerador, denominador)

EAPB – Entidades administradoras de planes de Beneficios (EPS, ESES, medicina prepagada, cajas de compensación, direcciones seccionales de salud, servicios médicos universitarios, cooperativas de salud)

Fuente primaria Son los documentos o formatos del cual se captura la información.

Periodicidad Establece la frecuencia de medición. Diario, mensual, semestral, anual.

Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador Es la dependencia y cargo del responsable de la captura de los Datos y del flujo de la información hacia el responsable de generar el indicador.

Vigilancia y control ente reguladora -Superintendencia Nacional de Salud

Análisis del Indicador - Ajuste por riesgo algunas condiciones específicas como edad, sexo, severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, pueden incidir en la veracidad del indicador.

Consideraciones para el análisis En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.

Umbral de desempeño NO aceptable Valor mínimo de desempeño del indicador no aceptable. Establecido después del análisis del comportamiento del indicador

Estándar meta Valor máximo de desempeño esperado del indicador, debe ser coherente con el tipo de estrategia, periodo de ejecución y el problema que se quiere manejar. Establecido después del análisis del comportamiento del indicador

Referencias En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema

Bibliografía En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.

USUARIOS Se clasifica según el tipo de institución a la cual aplica (EAPB) y según el tipo de indicador en Monitorización SOGC

- Seguimiento a riesgos
- Habilitación
- Vigilancia y control
- Trazador de Calidad Promoción y Prevención
- Institucional IPS
- Institucional EAPB

Fecha de actualización del indicador

**ENCUESTA
SATISFACCIÓN DE USUARIO
INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

Nombre _____ Identificación _____
Fecha _____ Servicio _____

OBJETIVO

Detectar el grado de satisfacción de los usuarios que interactúan con los servicios odontológicos

CALIFICACIÓN

A continuación un ejemplo de escala de 1 a 5

5- Muy satisfecho 4- Satisfecho 3- Un poco satisfecho 2- Insatisfecho 1- Muy insatisfecho

POR FAVOR , CALIFIQUE SU SATISFACCIÓN de acuerdo a su experiencia con relación a :

1	. Información oportuna	5	4	3	2	1
2	Diligenciamiento de solicitudes	5	4	3	2	1
3	Claridad en los Registros	5	4	3	2	1
4	Accesibilidad al personal de	5	4	3	2	1
	A - vigilancia	5	4	3	2	1
	B - Recepción y registro	5	4	3	2	1
	C -Ayudas diagnósticas	5	4	3	2	1
	D - Odontología general	5	4	3	2	1
	E - Odontología especializada	5	4	3	2	1
	f- Atención de urgencias	5	4	3	2	1
	g- Atención de servicios de apoyo	5	4	3	2	1
5	Calidad de la atención	5	4	3	2	1
	A - Consulta odontológica general	5	4	3	2	1
	B - Consulta odontológica especializada	5	4	3	2	1
	C - Consulta de Urgencias	5	4	3	2	1
	D - Ayudas Diagnóstica de apoyo	5	4	3	2	1
	E - Cirugía	5	4	3	2	1
6	Calidad de tratamientos realizados en	5	4	3	2	1
	A - Odontología general	5	4	3	2	1

	B - Odontología especializada					5	4	3	2	1
	C - Urgencias					5	4	3	2	1
	D - Diagnóstica de apoyo					5	4	3	2	1
	E - Periodos mayores de 20 días					5	4	3	2	1
Respuesta	inferior	a	3.	Explique	por	que?				
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										
7. Tiempo transcurrido entre cita y cita (periodo no mayor de 8 días) se cumple de manera que usted lo evalúa como:										
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										
8	Solución de quejas de manera oportuna (antes de 15 días)					5	4	3	2	1
Respuesta	inferior	a	3.	Explique	por	que?				
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										
<hr/>										

OBSERVACIONES _____
