

**PRODUCTO 5:
INFORME DE LAS CONDICIONES DE
CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN
REPORTADA POR LAS IPS**

**PRODUCTO 6:
RECOMENDACIONES DE AJUSTE**

Documento Técnico ASS/1512B-08

Bogotá, diciembre de 2008



Proyecto

Evaluar la confiabilidad del reporte de los indicadores del sistema de información para la calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud

Coordinadora

Edna Sandoval Castaño ⁽¹⁾

Autores

Enrique Peñaloza Quintero ⁽²⁾
María Alexandra Matallana Gómez ⁽³⁾
Yolanda Zapata Bermúdez ⁽⁴⁾
Edna Sandoval Castaño ⁽⁵⁾

1 . Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, Cendex.
2 . Profesor Asociado, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor I, Cendex.
3 . Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, Cendex.
4 . Consultor proyecto, Pontificia Universidad Javeriana, Cendex.
5 . Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana. Consultor II, Cendex.

TABLA DE CONTENIDO

1	<u>INTRODUCCION</u>	<u>6</u>
2	<u>METODOLOGÍA</u>	<u>7</u>
3	<u>ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD</u>	<u>9</u>
3.1	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN CONSULTA MÉDICA GENERAL	9
3.1.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	9
3.1.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES	10
3.1.3	DIFICULTADES PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	11
3.1.4	UTILIZACIÓN DE OTROS INDICADORES	11
3.2	OPORTUNIDAD DE LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	12
3.2.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	12
3.2.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES	13
3.2.3	PROBLEMAS PARA LA OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES	13
3.2.4	UTILIZACIÓN	14
3.2.5	ACCIONES DE MEJORA	14
3.3	OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS EN CONSULTA ODONTOLÓGIA	14
3.3.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	15
3.3.2	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN.	15
3.3.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	16
3.3.4	UTILIZACIÓN DE OTROS INDICADORES	16
3.3.5	ACCIONES DE MEJORAS IMPLEMENTADAS POR LAS INSTITUCIONES	17
3.4	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA	17
3.4.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	17
3.4.2	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	18
3.4.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	19
3.4.4	UTILIZACIÓN DE OTROS INDICADORES	19
3.4.5	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	19
3.5	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE URGENCIAS	20
3.5.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	20
3.5.2	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	20
3.5.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	21
3.5.4	UTILIZACIÓN DE OTROS INDICADORES	22
3.5.5	ACCIONES DE MEJORA	22
3.6	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	22

3.6.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	23
3.6.2	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	23
3.6.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	24
3.6.4	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	24
3.7	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS	25
3.7.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	25
3.7.2	EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	26
3.7.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
3.7.4	OTROS INDICADORES	27
4	<u>DOMINIO: CALIDAD TECNICA</u>	28
4.1	TASA DE REINGRESO DE PACIENTE HOSPITALIZADO	28
4.1.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	28
4.1.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR	28
4.1.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
4.1.4	OTROS INDICADORES	29
4.1.5	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	30
4.2	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	30
4.2.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	30
4.2.2	EVALUACIÓN	31
4.2.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	31
4.2.4	OTROS INDICADORES	32
4.2.5	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	32
5	<u>DOMINIO: GERENCIA DEL RIESGO</u>	33
5.1	TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	33
5.1.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	33
5.1.2	EVALUACIÓN	34
5.1.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
5.1.4	ACCIONES DE MEJORA	35
5.2	TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	35
5.2.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	35
5.2.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	36
5.2.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	37
5.2.4	OTROS INDICADORES	37
5.2.5	ACCIONES DE MEJORA	37
5.3	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	37
5.3.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	38
5.3.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	38
5.3.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	39
5.3.4	OTROS INDICADORES	39

5.3.5	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	39
6	<u>SATISFACCION /LEALTAD</u>	40
6.1	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	40
6.1.1	VERIFICACIÓN DE LA FUENTE	40
6.1.2	EVALUACIÓN DEL INDICADOR POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN	40
6.1.3	PROBLEMAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	41
6.1.4	OTROS INDICADORES	42
6.1.5	ACCIONES DE MEJORA	42
7	<u>CONFIABILIDAD DE LA INFORMACION RECOMENDACIONES A LAS FICHAS</u>	43
8	<u>RECOMENDACIONES DE AJUSTE</u>	47
8.1	RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS POR INDICADOR	47
8.1.1	OPORTUNIDAD DE ASIGNACIÓN DE CITA EN CONSULTA MÉDICA GENERAL	47
8.1.2	OPORTUNIDAD ASIGNACIÓN DE CITA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	47
8.1.3	OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	48
8.1.4	OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA	48
8.1.5	OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	48
8.1.6	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	49
8.1.7	CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS	49
8.1.8	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	49
8.1.9	MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	50
8.1.10	TASA REINGRESO PACIENTES HOSPITALIZADOS	50
8.1.11	PROPORCIÓN HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	50
8.1.12	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	51
8.2	RECOMENDACIONES SOBRE USO, CONFIABILIDAD Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	51
9	<u>RECOMENDACIONES DE AJUSTE GENERALES</u>	53

1 INTRODUCCION

El "Sistema de Información para la Calidad", resolución 1446, y su anexo técnico, determina y adopta el conjunto de indicadores de cumplimiento obligatorio por parte de las IPS. El sistema se implementó desde el año 2006, y hasta la fecha las instituciones han reportado cuatro cohortes que corresponden a diciembre de 2006, junio de 2007, diciembre de 2007 y junio de 2008.

Este producto presenta el informe de las condiciones de confiabilidad de la información reportada por las IPS desagregada por cada uno de los indicadores y las recomendaciones resultantes del análisis integrado sobre la información obtenida en el desarrollo del estudio para "Evaluar la confiabilidad del reporte de los indicadores del sistema información para la calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud".

La evaluación institucional respondió a tres objetivos: evaluar la confiabilidad de la información reportadas por las instituciones, identificar las dificultades que se han presentado para el diligenciamiento de la información y evaluar la medida en la que los indicadores de calidad se utilizan y si de este uso se derivan procesos de mejoramiento, por último plantear recomendaciones relacionadas con las dificultades o falencias encontradas, a fin de orientar los procesos de ajuste, que permitan mejorar la confiabilidad del sistema de información para la calidad.

2 METODOLOGÍA

Con el fin de realizar un proceso de integración de la información obtenida, de los datos cualitativos establecidos en el trabajo de campo con cincuenta instituciones y cuantitativos correspondientes a el análisis de la base de datos.

Se realizó una técnica de triangulación, buscando integrar los hallazgos de las visitas, analizar la información de la base de datos con el fin analizar la confiabilidad de los indicadores a partir del análisis estadístico, donde se obtuvieron valores promedio y variación en los cuatro cortes para cada indicador por naturaleza, nivel de complejidad y por región; Se establecieron las dificultades en la utilización y el grado de desarrollo a nivel institucional de los indicadores.

Por último se proponen recomendaciones sobre los indicadores para el ajuste que se requiera y/o a las fichas técnicas de acuerdo con el resultado del estudio.

En el siguiente listado se encuentran las instituciones que se visitaron y su caracterización por nivel de complejidad, naturaleza y zona.

Instituciones visitadas en Antioquia

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
MEDELLÍN	Central	Privada con Ánimo de Lucro	3
MEDELLÍN	Central	Privada con Ánimo de Lucro	1
MEDELLÍN	Central	Privada con Ánimo de Lucro	2
MEDELLÍN	Central	Privada con Ánimo de Lucro	1
MEDELLÍN	Central	Privada sin Ánimo de Lucro	3
MEDELLÍN	Central	Pública	3
BELLO	Central	Pública	1
ITAGUI	Central	Pública	1
ITAGUI	Central	Pública	2
Rionegro	Central	Pública	2

Instituciones visitadas en Atlántico

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
BARRANQUILLA	Atlántica	Privada con Ánimo de Lucro	3
BARRANQUILLA	Atlántica	Privada con Ánimo de Lucro	1
BARRANQUILLA	Atlántica	Privada con Ánimo de Lucro	2
SOLEDAD	Atlántica	Privada sin Ánimo de Lucro	3
BARRANQUILLA	Atlántica	Pública	2

Instituciones visitadas en Bogotá

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
BOGOTÁ	Bogotá	Privada con Ánimo de Lucro	1
BOGOTÁ	Bogotá	Privada con Ánimo de Lucro	1
BOGOTÁ	Bogotá	Privada con Ánimo de Lucro	1
BOGOTÁ	Bogotá	Privada con Ánimo de Lucro	3
BOGOTÁ	Bogotá	Privada con Ánimo de Lucro	3
BOGOTÁ	Bogotá	Privada sin Ánimo de Lucro	3
BOGOTÁ	Bogotá	Privada sin Ánimo de Lucro	3
BOGOTÁ	Bogotá	Privada sin Ánimo de Lucro	3
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	3
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	3
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	1
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	1
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	2
BOGOTÁ	Bogotá	Pública	3

Instituciones visitadas en Cundinamarca

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
FACATATIVÁ	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	2
FACATATIVÁ	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	1
ZIPAQUIRÁ	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	2
CHÍA	Oriental	Privada sin Ánimo de Lucro	3
CHÍA	Oriental	Privada sin Ánimo de Lucro	1
CAJICÁ	Oriental	Pública	1
CHÍA	Oriental	Pública	1
GUASCA	Oriental	Pública	1
ZIPAQUIRÁ	Oriental	Pública	2

Instituciones visitadas en Santander

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
BUCARAMANGA	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	3
FLORIDABLANCA	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	3
GIRÓN	Oriental	Privada con Ánimo de Lucro	1
BUCARAMANGA	Oriental	Privada sin Ánimo de Lucro	1
BUCARAMANGA	Oriental	Pública	1
BUCARAMANGA	Oriental	Pública	3
GIRÓN	Oriental	Pública	1

Instituciones visitadas en Tolima

Municipio	Zona	Naturaleza	Nivel
IBAGUÉ	Central	Privada con Ánimo de Lucro	1
IBAGUÉ	Central	Privada con Ánimo de Lucro	3
IBAGUÉ	Central	Pública	1
IBAGUÉ	Central	Pública	1
IBAGUÉ	Central	Pública	3

3 ACCESIBILIDAD / OPORTUNIDAD

3.1 Oportunidad en la asignación de citas en consulta médica general

Este indicador busca “medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe”. El numerador es la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual fue asignada la cita. El denominador es el número total de consultas médicas asignadas

3.1.1 Verificación de la fuente

De las cincuenta instituciones visitadas 32 instituciones reportan el indicador de oportunidad de cita de consulta médica general. El 19% lo llevan en forma manual, el 15% cuenta con agendas automatizadas y solo el 11% cuenta con un sistema de información que les permita capturar la información para la construcción del indicador de la manera establecida por el Ministerio.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Las instituciones capturan una fecha, pero no hay claridad de la fecha que capturan o a qué fecha se refiere, si es la primera vez que el paciente solicita la consulta, o la segunda vez.
- Esto se debe a que el sistema es un “sistema de agenda” (ya sea manual o automatizado) y cuando la agenda se cierra no permite capturar el momento en que la persona solicita por primera vez la cita, afectando el indicador.
- No se lleva un registro de rechazos, o listas de espera o demanda insatisfecha generada desde la relación contractual.
- Como el indicador habla de días calendario, todas las instituciones interpretan de diferente manera lo que es un día calendario, en algunos casos toman sábados y domingos y en otros casos no, lo que lleva a tomar mal el numerador.

- Hay errores de registro cuando la oportunidad es dada por el paciente, el paciente selecciona la fecha de su consulta entonces de esta forma también se afecta la sensibilidad del indicador.

3.1.2 Evaluación del indicador por parte de las instituciones

En cuanto a la evaluación del indicador realizada por las instituciones, se encontró que de acuerdo con los ocho parámetros evaluados, la calificación más baja la tiene El aspecto definido como sensibilidad con un 63%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	74%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	7%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	89%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	7,5 %	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	81,5	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	11%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	63%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	30%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	77,8%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	22%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	70%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	26%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	93%	de las instituciones el indicador es entendible
Costoso	30%	de las instituciones, considera que no es costoso
	70%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución

3.1.3 Dificultades para la implementación y obtención de la información

En cuanto a los problemas que presentaron las instituciones para la implementación y obtención de la información, el ítem común fue:

- No se cuenta con sistema de información (automatizado o manual) que les permitirá obtener los datos como lo requería la circular.
- En consecuencia las instituciones que manejaban un volumen muy alto de actividades no les era posible hacerlo de manera manual. Lo que lleva a que las instituciones implementen otro tipo de mecanismos como es hacer muestra o establecer semanalmente la oportunidad de cita.
- El segundo problema fue que las personas no estaban capacitadas para la recolección de información, para la parametrización de la misma lo que lo han venido realizando en este tiempo y como consecuencia de esta han ido cambiando la forma en que se recolecta la información.

3.1.4 Utilización de otros indicadores

Este ítem se buscaba indagar que tanto las instituciones han venido trabajando sobre el desarrollo de indicadores relacionados con la oportunidad en consulta y se encontró que los indicadores más comunes son los que tienen que ver con la productividad de la institución, como se describe a continuación:

- Porcentaje de cancelación.
- Porcentaje de utilización.
- Oportunidad por medico.
- Indicador de rendimiento por médico.
- Indicador de cumplimiento programado.
- Indicador de cumplimiento asignado.
- Indicador de cumplimiento atendido.
- Suficiencia oferta potencial, oferta real, demanda real.

3.2 Oportunidad de la Consulta Médica Especializada

Este indicador busca “medir la oportunidad en la respuesta a la necesidad de atención en casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas”. El numerador es la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual fue asignada la cita. El denominador es el número total de consultas médicas especialistas asignadas

3.2.1 Verificación de la fuente

De las cincuenta instituciones visitadas 38 instituciones reportan el indicador de oportunidad de cita de consulta médica especializada. De estas el 68% lo llevan con agendas automatizadas.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- En este nivel hay un mejor sistema de registro, sin embargo se encontró seis instituciones que capturan manualmente la información de consulta médica especializada, lo que lleva a errores en la captura de la información para la construcción de numerador.
- El tema de agenda en este indicador es más sensible, porque las agendas en las especialidades, es más común que se abran de manera mensual, lo que afecta más la oportunidad.
- El 55% de las instituciones tienen franjas para pacientes de control y consulta prioritaria y no incluyen estos pacientes dentro del numerador.
- Sin embargo, por el hecho de no estar parametrizado así para todas las instituciones, dificulta la comparabilidad entre las mismas.

3.2.2 Evaluación del indicador por parte de las instituciones

En cuanto a la evaluación que realizan las instituciones del indicador la característica de Sensibilidad con un 53% y Suficiencia con un 58% fueron las más bajas en la calificación.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	75 %	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	19%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	83%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	14%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	75%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	17%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	53%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	31%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	72%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	25%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	58%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	31%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	78%	de las instituciones el indicador es entendible
	17%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	25%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	72%	De las intuiciones considera que no es costosa la obtención de la información.

3.2.3 Problemas para la obtención de la información por parte de las instituciones

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según lo descrito por los entrevistados, se resaltan los siguientes ítems:

- Las instituciones se demoraron mas 6 meses para la interpretación y entendimiento del indicador.
- Los sistemas de información que utilizan en la institución no emiten un informe que permita sacar sumatoria de días.

- No sirve para planes de mejoramiento
- No sirve para gestión clínica.

3.2.4 Utilización

En cuanto al desarrollo o la implementación de otros indicadores por parte de la institución en consulta médica especializada se encontró que las instituciones han desarrollado indicadores por especialidad relacionados con la contratación de la EPS:

- Disponibilidad de cita con especialista.
- Manejo de oportunidad de la IPS por especialista.
- Indicador propio de oportunidad con cortes semanales
- Se aplica el mismo indicador pero asociado por especialidad y por profesional.
- Indicador de rendimiento por médico.
- Indicador de cumplimiento programado.
- Indicador de cumplimiento asignado.

3.2.5 Acciones de mejora

Las acciones de mejoran que hicieron las instituciones encuestadas están encaminada a mejorar la capacidad instalada con actividades como:

- Aumentar franjas.
- Aumentar oferta en horas de mayor demanda.
- Contratar más recurso humano en horas pico.

3.3 Oportunidad en la asignación de citas en consulta odontología

De igual forma que en los indicadores anteriores el indicador de oportunidad en consulta de odontología, busca “medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe”. El numerador es la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta odontológica y la fecha para la cual fue asignada la cita. El denominador es el número total de consultas de odontología asignadas.

3.3.1 Verificación de la fuente

De las 50 instituciones encuestadas, 25 reportan este indicador. De las instituciones que lo reportan el 20% lo llevan de forma manual.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- En el 78% de las instituciones la fuente de información para la construcción del numerador está ligada a los sistemas de información de la consulta médica de las instituciones.
- El denominador sale de los sistemas de información, utilizando de manera especial los RIPS.
- En odontología las agendas se ven afectadas más por la decisión del paciente que por la oportunidad real de las instituciones.
- Muchas de las instituciones manifestaron que la utilización de la capacidad instada de odontología es baja y la oportunidad está al día.

3.3.2 Evaluación de la percepción del indicador por parte de la institución.

En cuanto a la calificación del indicador por parte de las instituciones, el resultado fue bajo para la Sensibilidad con un 41% y Suficiencia con un 50%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	75%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	3%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	78%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	16%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	69%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	22%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	41%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	38%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	56%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo

Ítem	Valor	Concepto
	31%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	50%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	34%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	72%	de las instituciones el indicador es entendible
	19%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	28%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	68%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

3.3.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según lo descrito por los entrevistados se definió que es un indicador que arroja información global que no lleva al nivel de detalle de oportunidad por especialidad.

Esta situación no permite alto grado en la fidelidad de la información ni genera planes de mejoramiento. Las personas entrevistadas exponen que se está llenando actualmente por requisito.

De igual forma manifestaron que inicialmente el manejo de la información por parte de algunas instituciones fue de manera manual, lo que llevo a dificultades en cuanto subregistro de los datos para el reporte del numerador del indicador

Y por otro lado la falta capacitación y socialización de la circular, llevo a que las instituciones adaptaran de acuerdo con sus necesidades el indicador lo cual dificulta la comparabilidad del mismo.

3.3.4 Utilización de otros indicadores

En odontología es poco el desarrollo de indicadores relacionados con los servicios que estén trabajando las instituciones, los más comunes son:

- Indicadores de oportunidad por especialidad (endodoncia, ortodoncia, cirugía maxilofacial).
- Indicador de rendimiento.
- Indicador de Número de citas programadas.
- Indicador de número de citas asignadas.
- Indicador de número de citas atendidas.

3.3.5 Acciones de mejoras implementadas por las instituciones

En cuanto a las acciones de mejoramiento que se desprenden del análisis de la información del indicador manifestadas por las instituciones son:

- Mejorar oportunidad con mejores horarios.
- Se determinó una oportunidad de 3 a 7 días para pacientes de primera vez y con ciertas EPS Se manejan convenios de cierto número de cupos diarios para sus afiliados.

3.4 Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología

De igual forma que en los indicadores anteriores el indicador de oportunidad en la atención de servicios de imagenología, busca “medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe”. El numerador es la sumatoria de días transcurridos entre la solicitud de los servicios y el momento en el cual es prestado el servicio. El denominador es total de atenciones en el servicio

3.4.1 Verificación de la fuente

De las instituciones visitadas 34 reportó este indicador. De estas instituciones que reportaron el 35% de las instituciones llevan registros manuales, normalmente en registros de citas. Solo el 12% el registro que llevan les permite capturar la fecha de solicitud y la fecha de asignación del servicio de imagenología para reportar el indicador como lo solicita la circular.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- En muchas de las instituciones, este servicio se encuentra terciarizado por lo tanto hace que no se integre a los sistemas de información regulares de la institución.
- No es claro para las instituciones que servicios deben estar incluidos en el numerador y denominador. Instituciones de mayor complejidad pueden incluir de 4 a 8 tipos diferentes de exámenes de imágenes diagnósticas. Esto hace que la fidelidad del indicador sea baja, por la falta de parámetros claros en la definición operacional del indicador.
- La oportunidad de igual forma se ve afectada por temas administrativos como son la autorización de los exámenes por parte del EPS.

- Existe una diferencia entre los hospitales del grupo I y grupo III ya que estos últimos los servicios de imagenología son de mayor complejidad y los pacientes requieren preparaciones las cuales afectan el indicador.
- En cuanto a los servicios de imagenología en las instituciones, con hospitalización, tiene una oportunidad a un día, por los mismos requerimientos del servicios por lo cual el indicador se ve afectado por la falta de claridad en la inclusión o no de estos pacientes.

3.4.2 Evaluación de la percepción del indicador por parte de la institución

Este indicador es muy global, esto se refleja en la calificación baja que dieron las instituciones a las características de sensibilidad con 47% y Suficiencia con 53%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	67%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	20%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	77%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	17%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	70%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	20%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	47%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	30%	de las instituciones , no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	57%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	33%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	53%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	37%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	83%	de las instituciones el indicador es entendible
	13 %	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	27 %	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	70%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

3.4.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según lo descrito por los entrevistados se definió que la fidelidad de información en este indicador es relativa, dado que, lo que captura el indicador como está concebido en la Resolución 1446 de 2006 es la información global del servicio y consideran que el indicador no reporta el nivel de detalle por tipo de examen.

Así mismo, definen que por las razones expuestas anteriormente su aplicabilidad no es confiable para planes de mejoramiento.

3.4.4 Utilización de otros indicadores

La creación de estos indicadores propios de captura de información es una acción de mejoramiento del Indicador de Oportunidad de Atención en Servicios de Imagenología:

- Indicadores por tipo de examen o procedimiento
- Indicadores por cada tipo de examen o imagen diagnóstica.
- Indicadores para pacientes hospitalizados.
- Indicadores para pacientes urgencias.
- Indicadores por escenografía.
- Indicadores para procedimientos intervencionistas.

Un indicador importante que manifestaron las instituciones acreditadas es:

- Proporción de procedimientos que no cumplen con el tiempo definido

3.4.5 Acciones de Mejoramiento

Con base en la información anterior las instituciones plantearon como acción de mejoramiento las siguientes actividades:

- Entrenamientos para el diligenciamiento del indicador.
- Creación de indicadores propios de captura la información.
- Construcción de indicadores más específicos.
- Oportunidad de atención y agenda abierta diaria.
- Aumentar franjas.

3.5 Oportunidad en la atención en servicios de urgencias

3.5.1 Verificación de la fuente

40 instituciones reportaron este indicador para el año 2008. De estas instituciones el 40% lo llevan de forma manual, y en el 23% de las instituciones, el sistema (manual o automatizado) no les permite calcular el tiempo de espera del paciente desde el momento en que ingresa, hasta el momento que es atendido por el médico.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Es uno de los indicadores con mayor dificultad por ser una medida pequeña (minutos), lo que lleva a que el nivel de discrecionalidad en el registro de la información por parte de las instituciones visitadas, sea alto.
- En los sistemas que son manuales existe poca veracidad del registro de numerador.
- Existe una diferencia significativa entre las instituciones de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel en el registro y clasificación de pacientes en los diferentes triages, emergencia, urgencia, y no urgencia, ejemplo el paciente es registrado es clasificado de acuerdo a prioridad de atención, a través de triage I, II y III, el paciente que llega con una urgencia verdadera entra directamente porque está en peligro de muerte. Para los pacientes cuya prioridad de atención es menor, las instituciones que lo llevan de forma manual no tiene un mecanismo que permite calcular el tiempo de espera del paciente desde el momento que ingresa hasta el momento que es atendido por el médico.
- Cada institución toma de forma diferente el registro del numerador. Las instituciones plantean que para el reporte del indicador existen dudas de cuál es el recurso humano profesional que aplica, porque en el indicador dice que solo el médico.
- Esto lleva a que las instituciones para el reporte del indicador, tomen diferentes momentos.

3.5.2 Evaluación de la percepción del indicador por parte de la institución

Este indicador fue bien evaluado por parte de las instituciones, el parámetro más bajo fue la Suficiencia con un 45%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	83%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	13%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	90%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	10%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	88%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	10%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	78%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	18%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	65%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	25%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	45%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que esta midiendo
	38%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	93%	de las instituciones el indicador es entendible
	7%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	18%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	75%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

3.5.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según el personal entrevistado y encargado de diligenciarlo, la información que refleja es muy general y su nivel de detalle no es reflejado.

Referente a lo anterior las instituciones manifestaron:

- “Inicialmente tuvieron que adaptar el sistema para que se ajustara a las especificaciones solicitadas para el indicador según Resolución 1446 de 2006”.
- “El registro de la información, depende de una forma relevante del personal asistencial”.
- “La Historia Clínica no está sistematizada”.
- “Se presenta subregistro”.

- “Es un indicador que no refleja la oportunidad real porque es muy general y no maneja el nivel de detalle por especialidades”.

3.5.4 Utilización de otros indicadores

Con el fin de adecuar el indicador a las necesidades propias de las instituciones, en la entrevista manifestaron que han desarrollado indicadores, por cada triage.

3.5.5 Acciones de mejora

En las acciones de mejora se establecieron dos categorías, de acuerdo con las respuestas de las instituciones, una que son acciones dirigidas al aumento de la capacidad instalada y otras al mejoramiento de los sistemas de información.

- **Aumento de la capacidad instalada**

- Incremento de RH.
- Cambio de horarios.
- Grupo estable de urgencias.
- Redistribución de tiempos del personal del departamento de urgencias y de otros servicios.
- Incrementar personal asistencial en Horas de mayor volumen de pacientes.

- **Mejoramiento de los sistemas de información**

- Incluyeron una herramienta llamada TELNET para cumplir con las especificaciones del indicador. Esta herramienta extrae la información de los registros del sistema.
- Herramienta GIPAS que extrae la información de los registros del sistema para cumplir con las especificaciones del indicador y que además permite la desagregación de información de paciente y por triage.
- Estudio de tiempos y movimientos físicos.

3.6 Oportunidad en la realización de cirugías programadas

Este indicador busca además de medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios, es orientador para el usuario en su decisión de elegir IPS en la cual desea ser atendido. El numerador es la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el

cual es realizada la cirugía; el denominador es el número de cirugías programadas realizadas en el periodo.

3.6.1 Verificación de la fuente

De las cincuenta instituciones visitadas el 64% reportan el indicador de oportunidad en la realización de cirugías programadas. De estas instituciones, el 100% cuenta con un mecanismo de solicitud de cirugía programada; En el 62% de las instituciones este mecanismo es manual; En el 78% de las instituciones el mecanismo les permite capturar los datos de fecha de solicitud y fecha de cirugía; y en el 91% de las instituciones la fecha de solicitud está sujeta a la autorización del pagador.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- No hay unificación en lo que cada IPS toma como fecha de solicitud.
- En algunos casos, la fecha está dada desde el momento en que el médico tratante plantea la necesidad de la cirugía para el paciente.
- En otros, es cuando el paciente ya tiene la autorización por parte del pagador. Tiempo que es de carácter administrativo.
- Una tercera parte de las instituciones no generan listas de espera, por lo que afecta el indicador de oportunidad.
- Este indicador de oportunidad tiene una alta dependencia de la disponibilidad del cirujano. Entonces la oportunidad tiene que verse con otros indicadores conexos porque no reflejan el problema real.

3.6.2 Evaluación de la percepción del indicador por parte de la institución

La evaluación de la percepción del indicador por parte de las instituciones son la Sensibilidad con un 58% y la Suficiencia con 55%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	94%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	6%	no están de acuerdo con la validez del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Demostrable	77%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	23%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	84%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	16%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	58%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	42%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	58%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	42%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	55%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	87%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	84%	de las instituciones el indicador es entendible
	16%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	13%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	87%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costoso para la institución

3.6.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según lo descrito por los entrevistados, no es un indicador que en su totalidad no depende de las IPS, ya que antes de programar a un paciente existe un tiempo que tiene que ver con la adquisición de derechos del paciente ante el asegurador esto afecta la real "oportunidad en la realización de cirugías programadas".

- Otros de los problemas manifestados por las instituciones fueron:
- "No discrimina complejidad de la cirugía".
- "Está afectado por la disponibilidad del Cirujano"
- "Es importante clarificar si el indicador se toma como paciente o como evento o procedimiento Ejemplo: a un paciente se le pueden hacer varios procedimientos, este se tomaría como uno (paciente) o como el número de procedimientos que se le hace a ese paciente".

3.6.4 Acciones de mejoramiento

Las acciones de mejoramiento identificadas en la institución se dividen en tres categorías: del sistema de información, del recurso humano, de la administración de los recursos físicos.

- **Del sistema de información:**
 - Desarrollo de aplicativo.
 - Mejorar registros.
 - Solicitar reportes.

- **De la administración de los recursos físicos:**
 - Aumentar disponibilidad de salas.
 - Ampliación de franjas.
 - Asignación de tiempos dependiendo de las necesidades.
 - Comité de programación.
 - Semaforización.
 - Hojas de ruta o procesos.
 - Aumento de la capacidad instalada, aumento de las citas de evaluación de pre anestesia.

- **Del Recurso Humano**
 - Nombramiento de coordinador de Cirugía.
 - Que el cirujano que programe sea el mismo cirujano que opere.
 - Capacitación del recurso humano.
 - Contratación de RH adicional.

3.7 Proporción de cancelación de cirugías programadas

Este indicador busca medir la eficiencia en los procesos clínicos y administrativos que deben confluir para que estos procesos de atención en salud se den exitosamente. El numerador está constituido por el número total de cirugías canceladas en el periodo y el denominador, el número de cirugías programadas en el periodo.

3.7.1 Verificación de la fuente

32 de las instituciones encuestadas reporto este indicador. El 59% lo llevan de forma manual. Y el 100% contaban con un registro de cancelación de cirugías.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- La fuente de las variables está bien establecida por las instituciones, algunas ya la tiene incorporado a sistemas automatizados.

- No tiene mucha dificultad en términos de las variables de numerador y denominador porque es un registro que llevan las instituciones de tiempo atrás.
- Para el numerador del indicador el dato de fecha de solicitud está sujeto a la autorización del pagador.

3.7.2 Evaluación de la percepción del indicador por parte de la institución

En cuanto a la evaluación de este indicador, las instituciones estuvieron de acuerdo con las características del mismo.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	66%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	6%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	66%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	6%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	81%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	9%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	59%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	22%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	76%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	19%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	59%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	22%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	91%	de las instituciones el indicador es entendible
	3%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	13%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	87,5%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

3.7.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según el personal entrevistado manifestaron:

- “Los registros son manuales lo que lleva a errores y a subregistro de la información”.
- “Es muy dispendioso y la consolidación puede tener errores”.
- “No discrimina la causa de la cancelación si es por la institución o por causas externas”.
- “No se sabe si la cancelación es atribuible a la institución o al asegurador”.

3.7.4 Otros indicadores

Este campo es uno de los más desarrollados por las instituciones, dado su importancia frente al asegurador, en ese sentido, las instituciones desarrollaron indicadores como los siguientes:

- Indicador de Cirugías canceladas por EAPB (Empresa Administradora de Plan de beneficios).
- Desagregados por motivos de cancelación, especialidades, por servicio, ambulatorio hospitalario.

4 DOMINIO: CALIDAD TECNICA

4.1 Tasa de reingreso de paciente hospitalizado

Este indicador "se constituye en un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. El numerador es el número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el periodo. El denominador es el número total de egresos vivos en el periodo.

4.1.1 Verificación de la fuente

De las 50 instituciones encuestadas 34 reportaron este indicador, de las instituciones que reportaron el 38% lo llevan de forma manual. Una institución manifestó que no contaba con un mecanismo para establecer el reingreso de pacientes antes de 20 días por la misma causa en el periodo.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- El total de las instituciones llevan un registro que permite capturar el numerador y denominador.
- Sin embargo las instituciones, no llegan hasta el proceso de análisis causal lo que lleva a sesgo en el registro del numerador.
- Con respecto al denominador las instituciones toman todos los egresos y no solamente egresos vivos.

4.1.2 Evaluación del indicador

En cuanto a la evaluación de este indicador, las instituciones estuvieron de acuerdo con las características del mismo.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	82,4	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	14,7	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	85,3	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	14,7	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	82,4	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones

Ítem	Valor	Concepto
	17,6	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	64,7	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	26,5	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	73,5	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	23,5	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	64,7	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	29,4	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	74,9	de las instituciones el indicador es entendible
	20,6	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	32,4	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	64,7	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

4.1.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Dentro de las dificultades para la implementación y seguimiento de este indicador según lo descrito por los entrevistados manifestaron:

- “el mecanismo actual que describen para la captura de los datos del indicador no ha sido validado. Además la SDS solicita un reporte de estos datos que es diferente al reporte de la Superintendencia Nacional de Salud y eso les genera confusión”.
- “La dificultad está en el mecanismo manual”.
- “Indicador muy generalizado que no genera información para planes de mejoramiento”.
- “El mecanismo actual de captura de información del indicador no ha podido ser validado por la institución.”
- “Se les genera confusión porque no hay unificación de conceptos”.

4.1.4 Otros indicadores

Con respecto a otros indicadores que utilicen las instituciones no manifestaron que trabajan con otros indicadores, pero que si realizaban revisión de las historias clínicas con el fin de corroborar la información del reingreso.

4.1.5 Acciones de Mejoramiento

En cuanto a las acciones de mejoramiento, que realizan estrategias tendientes a mejorar el registro de la información por un lado y por otras acciones tendientes a evaluar con el personal de la salud acciones para identificar causas evitables y no evitables sobre los reingresos.

4.2 Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada

Este indicador busca incidir en la “mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el alto costo en el sistema. El numerador es el número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperado de acuerdo con las metas recomendadas por la guía de práctica clínica”.

4.2.1 Verificación de la fuente

Del total de instituciones visitadas el 28% reportan este indicador de las cuales el 57% lo llevan de forma manual. El 14% de las instituciones el mecanismo para establece pacientes hipertensos que acuden a la institución no les permite realizar un seguimiento. Solo una de las institución s no contaba con un programa como tal establecido para pacientes con hipertensión arterial y una así reportan el indicador

El total de instituciones contaban con Guías médicas para hipertensión arterial y el 64% de las guías eran laboradas por la misma institución.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Es uno de los indicadores más complejos Las instituciones de mediana y alta complejidad no consolidan el registro de hipertensos.
- En la mayoría de intuiciones en las cuales aplica este indicador no mejan la temporalidad, es decir “pacientes que seis meses después de diagnosticado su hipertensión” como lo plantea la directriz.
- La definición de “controlado” está relacionada con la métrica de la tensión arterial y no con el control de los factores de riesgo asociado a la enfermedad.

- Para la construcción del indicador un número importante de instituciones trabajan solo con paciente que están registrado en programas de pacientes crónicos y no sobre pacientes hipertensos.
- Solo el 55% de las instituciones hacen búsqueda activa de los pacientes, con llamada o visitas por medio de promotoras.

4.2.2 Evaluación

Este fue uno de los indicadores cuya evaluación por parte de las instituciones fue más bajo en todos los parámetros evaluados.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	5,9	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	2,9	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	41,2	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	55,9	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	41,2	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	55,9	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	29,4	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	64,7	de las instituciones , no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	32,4	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiando
	61,8	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	41,2	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiando
	52,9	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	44,1	de las instituciones el indicador es entendible
	41,1	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	14,7	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	82,4	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

4.2.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

En cuanto a los problemas identificados por las instituciones, ellos manifestaron:

- “Es difícil la estandarización de pacientes que se ponían en el numerador”.
- “Tiempo disponible de recurso humano, la búsqueda en las historias clínicas es dispendiosa”
- “El indicador no es suficiente”
- “Al ser una institución de nivel de complejidad III y IV hace que sea un indicador de poca asimilación”
- “Falta de sistematización”.
- “El indicador es algo dispendioso, no se cuenta con suficiente Recurso Humano ni está sistematizado”.
- “Se presentaron dificultades de entendimiento e interpretación para el diligenciamiento de la información de este indicador”.

4.2.4 Otros Indicadores

En cuanto a otros indicadores asociados de acuerdo con lo que manifestaron en la instituciones están por un lado indicadores de proceso que tiene que ver más con “cobertura de programas de hipertensión” y en instituciones en proceso a la acreditación trabajan más sobre “Adherencia a guías medicas”

4.2.5 Acciones de Mejoramiento

De acuerdo con lo manifestado con las instituciones las acciones de Mejoramiento que incluyen también el anterior ítem y las siguientes actividades:

- “uso de guías protocolos y formatos con tendencia a lograr mejora de los pacientes dentro del programa”.
- “Seguimiento a los pacientes”.
- “Capacitaciones”.

5 DOMINIO: GERENCIA DEL RIESGO

5.1 Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

Este indicador busca evaluar “los resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención”. El numerador, es el número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso. El denominador es el número total de pacientes hospitalizados.

5.1.1 Verificación de la fuente

De las instituciones visitadas 34 reportaron este indicador de las cuales el 100% cuenta con un mecanismo que les permite registrar la mortalidad intrahospitalaria. En el 29% de las instituciones el mecanismo es manual y el 44% realizan algún ajuste por edad y por sexo.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Las instituciones cuentan con los registros para poder establecer tanto el numerador y el denominador.
- El denominador está ligado al registro de RIPS y al registro de egresos de paciente y certificado de defunción. Esto lleva a que algunas instituciones, denominen el número total de pacientes hospitalizado, como número de egresos.
- En ese sentido no hay claridad del denominador, algunas instituciones trabajan sobre egresos y otras sobre pacientes hospitalizados.
- Muy pocas instituciones realizan análisis de rutas críticas del paciente lo cual debería llevarla es establecer cuáles son las muertes evitables o no evitables.
- Para las instituciones, el denominador es mayormente obtenido del registro de egresos.
- Pocas instituciones manifestaron que realizaban algún ajuste por edad o por sexo para el reporte del indicador.

5.1.2 Evaluación

En cuanto a la evaluación realizada por las instituciones, estas manifestaron su desacuerdo sobre las características del indicador en los siguientes parámetros: demostrabilidad solo en un 58%, la sensibilidad solo en un 47%; la eficiencia solo en 47%; al suficiencia solo en un 50%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	61,8%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	23,5%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	58,8%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	29,4%	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	61,8%	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	26,5%	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	47,1%	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	44,1%	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	47,1%	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	26,5%	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	50,0%	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	29,4%	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	76,5%	de las instituciones el indicador es entendible
	17,6%	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	20,6%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	79,4%	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

5.1.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

En cuanto a las dificultades presentadas por las instituciones para la implementación del indicador, estas manifestaron:

- “La clasificación de la temporalidad menor a 48 horas, se dificulta por tener un registro manual lo cual lo hace muy dispendioso y conduce a subregistro”.
- “Es un indicador que se ve afectado por la diferente morbilidad que maneja la institución”.

- “Se debe definir el periodo de tiempo en el que se hace corte para reportar el indicador”.
- “No discrimina la causa”.

5.1.4 Acciones de mejora

Sobre las acciones de mejora las instituciones han venido trabajando en mejorar el registro del indicador y ellas manifestaron lo siguiente:

- Se están realizando planes de mejoramiento basados en el análisis de las causas de mortalidad desagregadas por pacientes de protección y por pacientes hospitalizados o agudos.
- Se busca clasificar las muertes por evitables y no evitables.

5.2 Tasa de infección intrahospitalaria

Este indicador busca “monitorizar la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución”. El numerador está constituido por el número de pacientes con infección nosocomial y el denominador por el número total de pacientes hospitalizados.

5.2.1 Verificación de la fuente

De las cincuenta instituciones visitadas 34 reportaron este indicador de las cuales el 68% lo llevan en un sistema manual. De estas el 28% lo hacen solo sobre casos sospechosos, y 72% sobre casos confirmados. El 32% realizan algún ajuste por edad y sexo.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Es uno de los indicadores más maduro y validado por las instituciones.
- El denominador se centra en los registros hospitalarios de egreso por lo cual existe un problema de variación entre las instituciones cual existe un proceso.
- Las instituciones con estancias prolongadas y unidad de cuidado intensivo las variables que capturan el registro de infección son más completas.
 - Tipo de servicio.

- Uso del antibiótico.
- Tipo de infección.
- Resistencia al antibiótico.
- Fecha de ingreso.
- Respuesta al tratamiento.
- Localización anatómica.
- Si tuvo procedimiento quirúrgico.
- Evolución.

Sin embargo en instituciones de baja complejidad presenta subregistro muy alto porque no alcanza a detectar el paciente con infección nosocomial.

En su mayoría instituciones cuentan con un registro manual en libros. Todas las instituciones que se visitaron cuentan con un comité de infecciones intrahospitalaria.

5.2.2 Evaluación del indicador por parte de la institución

En cuanto a la evaluación realizada por las instituciones, en general están de acuerdo son los parámetros del indicador.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	81,8	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	15,2	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	78,8	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	18,2	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	87,9	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	9,1	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	72,7	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	21,2	de las instituciones , no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	81,8	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	15,2	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	57,6	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	24,2	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	90,9	de las instituciones el indicador es entendible
	6,1	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	21,2	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	75,8	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

5.2.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

Con respecto a los problemas identificados por las instituciones para la implementación y seguimiento del indicador, las instituciones manifestaron que:

- “La fidelidad del indicador no está reflejada porque aplica solo a hospitalizados y no tiene en cuenta a los de cirugía ambulatoria”.
- “Se tiene que realizar auditoria a historia clínica”.
- “La cultura del reporte de infección intrahospitalaria”.
- “La dificultad de establecer si todos los pacientes que egresan y reingresan se infectan en la clínica”.

5.2.4 Otros indicadores

En cuanto a el trabajo con otros indicadores relacionados, en este aspecto se ve un alto grado de desarrollo de indicadores, algunos de los manifestados por las instituciones están:

- Indicador de índice por egreso.
- Indicador de tasa global.
- Indicador de Bacteriemia asociada a catéter venoso.
- Indicador de neumonía asociada a ventilación mecánica
- % de infección de heridas.
- Índice de infección institucional.
- Total de infecciones presentadas.

5.2.5 Acciones de Mejora

Sobre las acciones de mejora, estas están encaminadas a disminuir la incidencia de las infecciones que aparecen en los hospitales, algunas de las instituciones manifestación:

- Promoción de higiene de manos.
- Promoción de medidas de barrera.
- Aislamiento del paciente.
- Actualización en bioseguridad.
- Construcción de corredores por sala.

5.3 Proporción de vigilancia de eventos adversos

El seguimiento de este indicador busca “impactar en la eficiencia y efectividad clínica”. El numerador está constituido por el número de eventos adversos

detectados y gestionados; el denominador son el número total de eventos adversos detectados.

5.3.1 Verificación de la fuente

De las instituciones visitas el 76% reportan este indicador. Y el 100% de las instituciones cuentan con un registro de eventos adversos

En la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Existen divergencias conceptuales en las instituciones entre los que es eventos adversos detectados y gestionados.
- Hay un problema de parámetros en las variables claves que deben estar en los registros que ayuden o no a la identificación del evento adverso
- No una apropiación de los parámetros establecidos de eventos adversos
- No hay la capacidad en la organización del equipo para poder tener los perfiles necesarios para poder establecer que acciones son inseguras o que son eventos adversos
- Estrategias de búsquedas activas de eventos adversos

5.3.2 Evaluación del indicador por parte de la institución

En general en todos los parámetros fueron bien evaluados.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	76,9%	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	17,9%	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	79,5%	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	12,8	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	79,5	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	12,8	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	51,3	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	38,5	de las instituciones , no está de acuerdo con que el indicador es sensible

Ítem	Valor	Concepto
Eficiencia	61,5	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	25,6	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	56,4	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	25,6	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	78,8	de las instituciones el indicador es entendible
	12,8	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	17,9%	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	76,9	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

5.3.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

En cuanto a los problemas presentados por las instituciones en la implementación y seguimiento del indicador, las instituciones manifestaron:

- Confusión entre las personas que reportan eventos adversos.
- Confusión en la clasificación de lo que es un evento adverso.
- Baja cultura del reporte de evento adverso.

5.3.4 Otros Indicadores

Sobre otros indicadores utilizados, en este aspecto se ve un alto grado de desarrollo con propuestos que buscan hacer el indicado más específico y sensible.

- Índice de eventos adversos.
- % de caídas intrahospitalaria.
- Indicador de úlceras por presión.
- Indicador de sondas tapadas o desplazadas.
- Indicador de % de tubos tapados o desplazado.
- Indicador de % de flebitis.
- Indicador de porcentaje de registros correctamente diligenciados.

5.3.5 Acciones de mejoramiento

- Planes de mejoramiento.
- Grupos específicos haciendo evaluación.
- Creación de la política de seguridad del paciente.
- Adherencia a guías.
- Auditoría a historia clínica.
- Cultura de seguridad.
- Están estudiando eventos adversos para investigaciones.

6 SATISFACCION /LEALTAD

6.1 Tasa de satisfacción global

La tasa de satisfacción global, busca “identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de la Instituciones prestadoras de servicios de salud”. El numerador es el número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por las IPS; el denominador es el número total de pacientes encuestados pro la IPS.

6.1.1 Verificación de la fuente

Todas las instituciones llevan una encuesta de satisfacción, sin embargo muy pocas instituciones tiene formatos específicos por tipo de servicios.

Durante la visita se pudo evidenciar los siguientes hallazgos:

- Solo el 55% de las instituciones cuentan con una estructura clara de la muestra para aplicar las encuestas.
- La selección de pacientes es por intención de respuesta, lo que lleva a un sesgo.
- No hay claridad en los parámetros que se deben evaluar y el contenido mismo de las encuestas, esto lleva a que muchas instituciones en los últimos tres años hayan cambiado el contenidos y la forma en que realizan la encuesta, por lo tanto no hay comparabilidad entre los periodos y tampoco entre las instituciones.
- Se encontró que para las instituciones en alguna medida el buzón quejas y reclamos es más representativo y útil para generar mejoras en los servicios.

6.1.2 Evaluación del indicador por parte de la institución

En cuanto a la evaluación de los parámetros del indicador, las instituciones manifestaron que no estaban de acuerdo en: La validez del indicador con solo un 4,9%; en la demostrabilidad con un 2,9%; en Sensibilidad con un 29%; en la Eficiencia con un 32% y finalmente en la Suficiencia con un 41%.

Valores de calificación del indicador

Ítem	Valor	Concepto
Validez	4,9	De las instituciones, el indicador mide y sirve para monitorizar e identificar situaciones en las que la calidad asistencial puede mejorarse.
	41,2	no están de acuerdo con la validez del indicador
Demostrable	2,9	de las instituciones, el seguimiento del indicador le ha permitido a las instituciones proponer mejoras en el servicio
	2,9	de las instituciones no están de acuerdo en la demostrabilidad del indicador
Relevancia	55,9	de las instituciones, está de acuerdo que el indicador sirve para la toma de decisiones
	2,9	de las instituciones el indicador no es relevante
Sensibilidad	29,4	de las instituciones, el indicador está de acuerdo que el indicado identifica los casos en los que hay problemas de calidad
	64,7	de las instituciones, no está de acuerdo con que el indicador es sensible
Eficiencia	32,4	de las instituciones considera que el indicador es exacto al expresar el problema que está midiendo
	61,8	no está de acuerdo con que el indicador es eficiente
Suficiencia	41,2	de las instituciones considera que el indicador por si mismo expresa el problema que está midiendo
	52,9	de las instituciones considera que el indicador no es suficiente
Claridad	44,1	de las instituciones el indicador es entendible
	47,1	de las instituciones, considera que no es entendible
Costo	14,7	de las instituciones, considera que la obtención del indicador es costosa para la institución
	82,4	de las instituciones, considera que la obtención de este indicador no es costosa para la institución no es costoso

6.1.3 Problemas para la implementación y obtención de la información

En cuanto a los problemas y dificultades para la implementación se establecieron dos categorías en problemas referidos al paciente, y en cuanto a la encuesta.

Problemas referidos al paciente

- Cultura de diligenciamiento de encuestas por parte de los pacientes
- Cuando el usuario no responde por su nivel de estudio.

En cuanto a la encuesta misma

- Por la estructura es difícil hacerla dirigida.
- Categorizar las preguntas, con el fin de establecer si el usuario estaba satisfecho.
- La información reportada no es confiable porque la ponderación de cada programa puede cambiar.

6.1.4 Otros indicadores

En cuanto a la creación de indicadores que generen nivel de detalle para planes de mejoramiento, las instituciones manifestaron:

- Indicadores específicos por servicio y por categoría de variables: oportunidad, calidad en la atención, infraestructura.
- Porcentaje de reclamos / personas atendidas.
- Buzón de quejas.
- Oportunidad en el trato de la queja.
- Se ha modificado para aplicarlo por áreas, servicios y departamentos.

6.1.5 Acciones de mejora

Por otro lado, la institución hace planes de mejoramiento basados en los resultados de los indicadores mencionados anteriormente, las instituciones manifestaron entre otras las siguientes acciones:

- Todos los comentarios tienen acciones de mejora, análisis de causa efecto.
- Oficina de atención al usuario.
- Charlas de servicio.
- Implementar el proceso de atención al usuario.
- Mejorar la meta de satisfacción.

7 CONFIABILIDAD DE LA INFORMACION **RECOMENDACIONES A LAS FICHAS**

Con el fin de establecer la confiabilidad, de la información y realizar recomendaciones a las fichas, se realizó un proceso de triangulación de la información, tomando la información proveniente de las bases de datos de los hospitales en los cuatro cortes y las visitas realizadas a las cincuenta instituciones, las cuales se describen a continuación:

Dominio	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	
Accesibilidad / Oportunidad	Numerador	Denominador
Cumplimiento de las especificaciones	La definición operacional del numerador, se cumple en pocas instituciones.	
	Las instituciones requieren sistemas de información (manual o sistematizado para la implementación de las variables que les permita recolectar la información del numerador de acuerdo con la norma.	
Confiabilidad	Baja	
Sugerencias	<p>Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador que permita:</p> <p>Vigilar que el numerador solo se estén tomando "días calendario"</p> <p>Parametrizar "día de solicitud de cita"</p> <p>Alertar sobre listas de espera</p>	

Dominio	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	
Accesibilidad / Oportunidad		
Cumplimiento de las especificaciones	La definición operacional del numerador, se cumple en pocas instituciones.	
	Las instituciones requieren sistemas de información (manual o sistematizado para la implementación de las variables que les permita recolectar la información del numerador de acuerdo con la norma.	
Confiabilidad	Baja	
Sugerencias	<p>Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador que permita:</p> <p>Vigilar que el numerador solo se estén tomando "días calendario"</p> <p>Parametrizar "día de solicitud de cita"</p> <p>Alertar sobre listas de espera</p>	

Dominio		Proporción de cancelación de cirugía programada	
Accesibilidad / Oportunidad			
Cumplimiento de las especificaciones		La definición operacional del numerador.	
Confiabilidad		Media	
Sugerencias		Identificar motivo de cancelación con el fin de establecer las que son o no atribuibles a la institución.	

Dominio		Oportunidad en la atención en consulta de urgencias	
Accesibilidad / Oportunidad			
Cumplimiento de las especificaciones		El nivel de detalle del numerador hace que las instituciones requieran un sistema de información (manual o sistematizado) que les permita capturar la información de "numero de minutos transcurridos entre la solicitud de atención"	
		Se afecta por la clasificación de severidad de los pacientes en urgencias, esto hace que el indicador no sea comparable entre los diferentes tipos de instituciones.	
		Se ve afectado por el nivel de complejidad de la institución.	
Confiabilidad		Baja	
Sugerencias		<p>Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador que permita:</p> <p>NUMERADOR: Parametrizar en la ficha "el tipo de paciente del cual se toma la información para construir el numerador"</p> <p>DENOMINADOR: Sobre el total de usuarios atendidos en por severidad</p> <p>Para las instituciones donde se aplican un sistema de muestreo, se debe establecer una guía para la obtención de los datos.</p>	

Dominio		Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	
Accesibilidad / Oportunidad			
Cumplimiento de las especificaciones		La definición operacional del numerador, se cumple en pocas instituciones.	
		Las instituciones requieren sistemas de información (manual o sistematizado) para la implementación de las variables que les permita recolectar la información del numerador de acuerdo con la norma.	
Confiabilidad		Baja	
Sugerencias		<p>Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador que permita monitorizar:</p> <p>Que servicios se incluyen en Imagenología</p> <p>Que la información del numerador corresponde a "días calendario"...</p>	

Dominio		Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	
Accesibilidad / Oportunidad			
Cumplimiento de las especificaciones		La definición operacional del numerador, se cumple en pocas instituciones.	
		Las instituciones requieren sistemas de información (manual o sistematizado para la implementación de las variables que les permita recolectar la información del numerador de acuerdo con la norma.	
Confiabilidad		Baja	
Sugerencias		NUMERADOR: Parametrizar en la ficha si se deben incluir "días calendario"... "días hábiles" DENOMINADOR: Establecer que las instituciones "Solo "deben reportar odontología general.	

Dominio		"Oportunidad de realización de cirugía programada"	
Accesibilidad / Oportunidad			
Cumplimiento de las especificaciones		Es dependiente de la aprobación por parte del asegurador.	
		En general no se cumplen las especificaciones del numerador La definición operacional del numerador, se cumple en pocas instituciones.	
Confiabilidad		Media	
Sugerencias		NUMERADOR: Se debe establecer claramente en la definición operacional de la fecha cual es el momento de "Solicitud de la cirugía."	

Dominio		"Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados"	
Calidad Técnica			
Cumplimiento de las especificaciones		Se ve afectado por el nivel de complejidad de la institución.	
		Cada hospital maneja parámetros diferentes de lo que significa "reingreso por la misma causa".	
		No se cumplen con los parámetros del denominador en cuanto a "egresos vivos"	
Confiabilidad		Baja	
Sugerencias		Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador.	

Dominio		"Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial controlada"	
Calidad Técnica			
Cumplimiento de las especificaciones		Sola llevan este indicador instituciones que llevan programas de PP.	
		Es uno de los indicadores que requieren mayor información por la composición del numerador.	
Confiabilidad		Baja	
Sugerencias		Se debe establecer por parte del Ministerio un conjunto mínimo de datos para la recolección de la información que alimenta este indicador. El indicador debe estar acompañado de otros indicadores como "adherencia al tratamiento"	

Dominio		Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas		
Gerencia del riesgo				
Cumplimiento de las especificaciones		Es un indicador sensible a el nivel de complejidad de la institución		
Confiabilidad				Alta
Sugerencias		Se debe guiar a las instituciones como realizar el ajuste por o comorbilidad , severidad etc.		

Dominio		Tasa de infección intrahospitalaria		
Gerencia del riesgo				
Cumplimiento de las especificaciones		Es un indicador sensible a el nivel de complejidad de la institución		
		Las instituciones no reportan realizar ningún ajuste por comorbilidad, severidad etc.		
Confiabilidad				Alta

Dominio		Proporción de vigilancia de eventos adversos		
Calidad Técnica				
Cumplimiento de las especificaciones		Existe un avance importante en la cultura del reporte del evento adverso		
Confiabilidad			Media	

Dominio		Tasa de satisfacción Global		
Satisfacción y lealtad				
Cumplimiento de las especificaciones		El momento y forma de medición de encuestas no permite obtener datos veraces sobre satisfacción y lealtad del usuario.		
Confiabilidad		Baja		
Sugerencias		Los instrumentos de captura se deben de realizar con metodologías que minimicen el sesgo de información dada por el usuario. Deben trabajarse un conjunto mínimo de datos que permitan estandarizar las encuestas		

8 RECOMENDACIONES DE AJUSTE

8.1 Recomendaciones Específicas por Indicador

8.1.1 Oportunidad de asignación de cita en Consulta Médica General

- Los sistemas automatizados y de call center, deben parametrizar sus programas de agenda, para permitir capturar el momento de la solicitud, cuando la agenda de cierra.
- Es necesario clarificar la directriz sobre los días calendario por días hábiles, para no castigar el indicador de oportunidad desde la oferta.
- Además es necesario que el registro permita identificar cuando el problema de oportunidad es de la demanda, es decir cuando el paciente decide el tiempo, a 20 días o un mes. Definir subindicadores.
- El cierre de la agenda, debe facilitar identificar la demanda insatisfecha, y utilizar registros que le permitan caracterizarla, para analizar contexto del mercado.
- Clarificar el concepto de la solicitud de cita o cual es el momento de la solicitud.
- El ministerio puede plantear estrategias comprobadas que permitan una captura confiable del dato, así mismo plantear unos parámetros de muestreo para tener mucho más confiabilidad.

8.1.2 Oportunidad asignación de cita Consulta Médica Especializada

- Se recomienda que el indicador de oportunidad en la consulta especializada lo reporten por subespecialidades para poder identificar los problemas para cada servicio específico.

- El indicador debe tener en cuenta los pacientes crónicos que requieren controles periódicos, estos deben diferenciarse para no afectar la oportunidad.

8.1.3 Oportunidad de la atención en consulta de urgencias

- Se hace necesario un parámetro exacto para la toma del indicador, el primer momento debe ser claro, requiere un registro automatizado para evitar el error.
- Para el registro del indicador se debe estandarizar triages: emergencia urgencia y no urgencia.
- El indicador debe ser complementado con servicios conexos a la atención de urgencias: interconsulta, exámenes Dx en instituciones de alta complejidad.

8.1.4 Oportunidad de atención en servicios de imagenología

- Se hace necesario especificar los servicios de radiología que deben hacer parte del indicador.
- Hay que establecer parámetros en términos de: tipo de examen diagnóstico, porque a mayor complejidad se necesita mayor preparación del paciente y puede afectar el indicador.
- El indicador debe especificar el servicio por donde ingresa el paciente: urgencias, hospitalización, ambulatorio ya que este parámetro puede afectar la sensibilidad del indicador.

8.1.5 Oportunidad de atención en consulta de odontología general

- En Los servicios de Odontología se recomienda para la medición de oportunidad especificar la decisión del paciente y otras variables que influyen para acceder al servicio.

8.1.6 Oportunidad en la realización de cirugía programada

- Se recomienda tomar en cuenta tres procesos, el primero desde que el médico tratante expide la solicitud del procedimiento quirúrgico hasta que se expide la autorización de la entidad aseguradora y este debe ser un indicador para las EAPB, un segundo proceso desde que la persona obtiene la autorización hasta el momento que se realice la cirugía. Se debe estandarizar el indicador hasta que se realice y no solo a partir de la programación, además sobre el paciente programado y cancelado, y reprogramado, el sistema debe permitir identificar el tiempo total y no solo contabilizar desde la reprogramación.
- Todas las instituciones deben llevar lista de espera, con fechas e ítems que permitan caracterizar la demanda.
- El indicador de oportunidad de cirugía debe correlacionarse con el indicador de suficiencia del recurso de cirujanos, en términos de efectividad y disponibilidad.

8.1.7 Cancelación de cirugías

- Se deben plantear detalladamente los motivos o causas de cancelación de las cirugías, categorizando situaciones internas que diferencien o agrupen los motivos (evitables o no evitables) y externas, diferenciando en las externas los del paciente y otras administrativas ejemplo las atribuibles a las EAPB. En resumen deben definirse indicadores específicos que complementen este indicador.

8.1.8 Proporción de vigilancia de eventos adversos

- El MPS debe superar el primer momento sobre el estímulo para promover el reporte institucional de eventos adversos, ajustando el indicador que se está reportando de proporción de eventos adversos gestionados, a eventos adversos manejados, por ejemplo tasa de reincidencia de eventos adversos, por X motivos.
- El reporte pasivo debe evolucionar a un reporte dinámico que identifique las estrategias de búsqueda activa de incidentes y eventos adversos.

- La sanción de pago o glosas que están utilizando algunas EPS, sobre las IPS, por los reportes de eventos adversos, debe ser evaluada por el MPS, porque ello podría acarrear una disminución consiente del reporte.

8.1.9 Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

- Este indicador debe complementarse con otro específico ligado a mortalidad evitable por causas institucionales, que se correlacionaría con el de eventos adversos, utilizando metodologías validadas de análisis, como ejemplo el análisis de ruta crítica utilizado en mortalidad materna.
- El indicador en todas las instituciones debe ser construido con el denominador de pacientes hospitalizados y no sobre egresos.

8.1.10 Tasa reingreso pacientes hospitalizados

- Se debe reforzar para todas las instituciones la importancia de construir este indicador sobre los pacientes que reingresan por la misma causa y no por el mismo diagnóstico, y que el denominador es sobre egresos vivos y no sobre hospitalizados.

8.1.11 Proporción hipertensión arterial controlada

- Se debe insistir en la captura del dato con la temporalidad planteada y revisar si se debe continuar considerando solo las cifras tensionares o se deberían construir indicadores específicos sobre el control de factores de riesgo asociado para correlacionar con pacientes tratados con medicamentos o tratados con medidas de cambio comportamental.
- El denominador para este indicador, debería ser los pacientes que están en el programa y correlacionar con el indicador de cobertura, que sería los pacientes atendidos en el programa con el total de pacientes de la institución.

8.1.12 Tasa de satisfacción global

- Es necesario buscar otras estrategias que complementen esta medida, por ejemplo dándole más relevancia, al reporte de quejas y reclamos, cuyos resultados aportan más elementos a los procesos de mejoramiento continuo institucional.
- El MPS debe emitir una directrices sobre los atributos mínimos por servicios según tipología de instituciones, que deben ser considerados en las encuestas de satisfacción, para poder comparar, además sobre las estrategias y momentos en que deben ser aplicadas estas encuestas, para mejorar la confiabilidad de los resultados.

8.2 Recomendaciones sobre uso, confiabilidad y acciones de mejoramiento institucional

➤ Dominio Accesibilidad y oportunidad

- Retroalimentación sobre los resultados de los indicadores de oportunidad y accesibilidad a los usuarios y a todos los colaboradores de la institución, a fin de generar una cultura de mejora específicamente en la oportunidad de atención.
- Mejorar la parametrización e iniciar construcción de un sistema de referenciación con base inicialmente en referente internacionales, mientras se definen los estándares nacionales.
- Mejorar la confiabilidad de este grupo de indicadores para que realmente se puedan mejorar las decisiones gerenciales de ajuste

➤ Calidad Técnica

- Establecer otra medidas para monitorear el control de la hipertensión arterial, que no solo sean, las relacionadas con las cifras, sino que permitan el análisis de las estrategias de intervención sobre el control de los factores

de riesgo asociado, como control de peso, promoción del ejercicio físico, dieta, etc.

► **Gerencia del Riesgo**

- Reforzar en las instituciones la apropiación de los resultados de estos indicadores resaltando el carácter no punitivo a nivel gerencial en las instituciones.

9 RECOMENDACIONES DE AJUSTE GENERALES

- Definición de indicadores trazadores o claves a nivel gerencial y estandarización para el país por tipología de instituciones, de referentes internacionales inicialmente, mientras se construyen los nacionales, para que las instituciones puedan compararse y de acuerdo con ello, se promuevan los ajustes pertinentes y se puedan construir tendencias en los procesos de mejoramiento.
- Definición de instituciones o centros de referencia para la calidad en el país, iniciando por ejemplo con las IPS acreditadas, también según tipología de organizaciones, para lograr comparabilidad por lo menos entre ellas mismas, lo que facilitaría a futuro, construir los parámetros de referencia nacionales para instituciones acreditadas y soportar un mejor sistema de referenciación.
- Se debe establecer y desarrollar permanentemente, desde el MPS, de forma directa o contratada, un sistema de monitoreo aleatorio pero representativo por regiones, sobre el desarrollo del sistema de información, acompañado de un sistema de sanciones, para las instituciones que no cumplan con las políticas y directrices nacionales.
- El MPS debe indagar y tomar posición sobre las acciones que están tomando algunas EPS en el país, que han empezado de forma punitiva a glosar las facturas a las IPS, que reportan algún evento adverso con sus afiliados, dado que si esto hace carrera, las IPS podrían optar entonces por no reportar ningún evento.
- Reforzar los procesos de capacitación y/o actualización sobre el sistema de información para la calidad, incluyendo aspectos metodológicos sobre la construcción de los indicadores y significancia de los resultados, desarrollándolos directamente en los territorios locales, dirigido a grupos ampliados de los profesionales de las instituciones, y no solo a los estadísticos o epidemiólogos, dado que la fuente primaria del dato, casi siempre son los registros, que realizan los distintos profesionales, que laboran en las diferentes instituciones públicas y privadas.
- Es necesario generar o recomendar las IPS, la revisión de los métodos que están usando para la aplicación de las encuestas de satisfacción a los usuarios, ya que en la mayoría de ellas, se aplica un formato igual para los diferentes servicios, inmediatamente se presta el servicio, con nombre y firma del usuario, lo que según esta relacionado en referente bibliográficos, produce sesgos en las respuestas, a favor de la IPS, lo que se refleja en el alto grado de satisfacción que obtienen la gran mayoría, y mientras se

mejora este aspecto se sugiere a las IPS, tener más en cuenta, los resultados documentados sobre quejas y reclamos, para los procesos de mejoramiento institucional.

- El MPS debe socializar a nivel general y de manera masiva los resultados del análisis de la información que envían todas las IPS, de forma agregada y desagregada por regiones, como también generar informes de retroalimentación a las instituciones sobre la información enviada.