
Implementación de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en
la Ciudad de Montería

Luz Marina Reyes Quiroz
Alcides Miguel Flórez de la Ossa

Corporación Universitaria del Caribe - CECAR
Escuela de Posgrados y Educación Continua
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud
Sincelejo
2020

Implementación de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en
la Ciudad de Montería

Luz Marina Reyes Quiroz
Alcides Miguel Flórez de la Ossa

Trabajo presentado para optar título de especialistas en gerencia de la calidad y auditoria en
salud

Director
Germán Arrieta Bernate
Magister en Microbiología Tropical

Corporación Universitaria del Caribe - CECAR
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Escuela de Posgrados y Educación Continua
Especialización de Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud
Sincelejo
2020

Nota de Aceptación

4.5

Aprobado



Director



Evaluador 1



Evaluador 2

Tabla de Contenido

Pág.

Resumen Ejecutivo.....	8
Abstract	9
Introducción	10
1. Planteamiento del Problema.....	11
1.1 Descripción del Problema	11
1.2 Formulación de Problema	12
2. Objetivos de la Investigación	13
2.1 Objetivo General	13
2.2 Objetivos Específicos.....	13
3. Justificación.....	14
3.1 Delimitación	15
3.1.1 Espacial	15
3.1.2 Temporal	15
4. Marco Referencia	16
4.1 Antecedentes	16
4.2 Marco Teórico.....	19
4.3 Marco conceptual	23
4.4 Marco Legal	25
5. Metodología	25
5.1 Tipo de Estudio	25
5.2 Método	25
5.3 Técnicas de Recolección de Información.....	25
5.4 Población.....	26

5.5 Muestra.....	26
6. Análisis de los Resultados.....	29
6.1 Capítulo I Nivel de Percepción que tienen Los Usuarios, Personal Médico-Asistencial y Directivos con Relación a la Calidad y su Monitoreo en las Unidades de Servicio en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad de Montería.....	29
6.1.1 Introducción	29
6.1.2 Resultados de la investigación	29
6.1.3 Resultados de la Entrevista	29
6.1.4 Análisis de los resultados de la entrevista	28
6.1.5 Resultados de la Encuesta 1.	29
6.1.6 Resultados de la Encuesta 2.	32
6.1.7 Triangulación de los resultados.....	34
6.2 Capítulo II: Instrumentos y Procesos para la Aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad de Montería.....	36
6.2.1 Introducción	36
6.2.2 Instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.....	36
6.3 Capítulo III. Estrategias para la Implementación del Sistema de Monitoreo de la Calidad por Indicadores en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad De Montería	50
6.3.1 Introducción	51
6.3.2 Estrategias para mejorar y fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería	51
Conclusiones	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexos.....	59

Listados de Tablas

Tabla 1 Las variables de la investigación.....	27
Tabla 2 Resultados de la Entrevista	26
Tabla 3 Resultados de la encuesta No.1	29
Tabla 4 Resumen de los factores de la Encuesta No. 1	31
Tabla 5 Resultados de la encuesta No. 2	32
Tabla 6 Resumen de los factores de la Encuesta No. 2	34
Tabla 7 Triangulación de los resultados.....	35
Tabla 8 Indicadores para el monitoreo de la calidad según Dominio y Entidades.....	40
Tabla 9 Resultados de los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad.....	43
Tabla 10 Escala de factibilidad de intervención.....	46
Tabla 11 Escala de gravedad del efecto	46
Tabla 12 Resultados de los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad.....	47
Tabla 13 Ejemplo ficha de análisis y priorización de acciones de mejora.....	49

Listado de Figuras

Figura 1 *Ciclo para el monitoreo de la calidad*37

Figura 2 *Pasos de Alistamiento Institucional.*38

Resumen Ejecutivo

La calidad, es un requisito esencial dentro del correcto funcionamiento de las distintas unidades de servicio, en ese sentido, las entidades de salud deben asegurar los parámetros básicos para lograr efectividad, eficiencia y eficacia en el desarrollo de sus actividades de atención a los usuarios. La Clínica en la ciudad de Montería es una entidad, que se encuentra en interés por el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud, sin embargo, se ha logrado evidenciar, que hasta el momento, no se ha realizado una implementación de indicadores de monitoreo de la calidad, es decir, el que se haga un seguimiento y control de calidad a los servicios que presta la clínica en cada uno de las unidades de servicio, y el que se pueda identificar el nivel de eficiencia, eficacia y optimización del servicio de salud en dicha entidad. La presente investigación, es de tipo descriptiva, en el cual, se interpretarán y se analizarán datos de tipo cualitativo y cuantitativo, respecto al fenómeno objeto de estudio, y específicamente, se identificará la necesidad de implementar indicadores para el monitoreo de la calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. En su desarrollo, se pretende identificar el nivel de percepción que tienen los usuarios, personal médico-asistencial y directivos con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio de la clínica, y el describir los instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la misma, así como también, el proponer estrategias que contengan los medios e instrumentos para la implementación de dicho sistema.

Palabras clave: monitoreo de la calidad, plan de monitoreo y percepción del servicio de salud

Abstract

Quality is an essential requirement within the proper functioning of the different service units, in that sense, health entities must ensure the basic parameters to achieve effectiveness, efficiency and efficacy in the development of their user care activities. The Clinic in the city of Montería is an entity that is interested in improving the quality of health services, however, it has been possible to show that until now, there has been no implementation of indicators of quality monitoring, that is, the monitoring and quality control of the services provided by the clinic in each of the service units, and the level of efficiency, effectiveness and optimization of the service can be identified of health in said entity. This research is descriptive, in which qualitative and quantitative data will be interpreted and analyzed, regarding the phenomenon under study, and specifically, the need to implement indicators for quality monitoring in the Niño Jesús Clinic in the city of Montería. In its development, it is intended to identify the level of perception that users, medical-assistance personnel and managers have in relation to quality and its monitoring in each of the clinic's service units, and to describe the instruments and processes that They will be required for the application of the System of Indicators for Quality Monitoring in the same, as well as, to propose strategies that contain the means and instruments for the implementation of said system.

Keywords: quality monitoring, monitoring plan and perception of the health service

Introducción

La calidad en el servicio de salud, es algo prioritario, por ello, se justifica que las entidades de salud, apliquen sistemas de control y monitoreo de la calidad, así como también, el que se implementen indicadores, para que se pueda evaluar el desempeño de los colaboradores y de los procesos mismos, en razón de verificar que se estén desarrollando las acciones o las actividades en procura de lograr un servicio de calidad superior a los usuarios.

La Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería a pesar de que cuenta con un buen equipo de profesionales en el área de la salud, la entidad, no logrado establecer una ruta crítica, que le permita identificar, como se desarrollan sus procesos y servicios, y el que estén en sintonía con los lineamientos actuales de calidad en las entidades de salud. Se plantea como interrogante de investigación lo siguiente: ¿Cómo implementar indicadores para el monitoreo de la calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería?

La línea con lo anterior, el presente proyecto de investigación, tiene como objetivo central, el diseño de un Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. En ese propósito se debe identificar el nivel de percepción que tienen los usuarios, personal médico-asistencial y directivos con relación a la calidad y su monitoreo en la entidad, así como también, que se describan los instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad y el que se propongan estrategias que contengan los medios e instrumentos para la implementación del mismo en la clínica.

1. Planteamiento del Problema

Descripción del Problema

En Colombia, muchas entidades de salud, presentan deficiencias en cuanto a establecer de manera adecuada, un proceso sistemático de recolección, análisis y utilización de la información, y en el propósito, de hacer seguimiento a los servicios de salud que ofrecen a los usuarios. Esta debilidad, hace que se dificulte la toma de decisiones de gestión para la mejora de la calidad en los servicios ofrecidos y el logro de objetivos institucionales. En ese sentido, se hace mención, de la Resolución 0256 de 2006, el cual, determina el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Por su parte, el Observatorio Nacional de Calidad en Salud, plantea como objetivos institucionales, el que se gestione la información disponible mediante indicadores que permitan identificar las condiciones de calidad en la atención en salud y su contexto. Así como también, que se realice el monitoreo permanente de los cambios en las condiciones de calidad en la atención en salud y sus tendencias, entre otros aspectos (Observatorio Nacional de Calidad en Salud, 2020, p.1).

En cuanto a las estadísticas acerca de la atención en calidad en Colombia, el Banco Mundial (2019), hace mención de un estudio, en el cual, se calcula que, en Colombia, 33.917 muertes por año son atribuibles al sistema de atención en salud; de estos, el 65% (22.080 muertes por año) se debe al uso de una atención de baja calidad, mientras que el otro 35% (11.836 muertes por año) se debe a una utilización no asistida o un acceso deficiente (Kruk, Gage, Arsenault, & Jordan, 2018).

También se estima, que Colombia tiene menos muertes por cada 100.000 habitantes, debido a la mala calidad de la atención en comparación con sus pares latinoamericanos como Brasil y México (Banco Mundial, 2019). Por otra parte, según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud del año 2015, la satisfacción global frente a la atención en salud de la EPS, fue de 68% en 2013 y de 70%, en 2014. Esto significa, que, el 30% de los usuarios tienen una

percepción negativa de los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Esta cifra da cuenta de que se deben realizar mejoras en la calidad del servicio de salud en las entidades a nivel nacional. Estas cifras, denotan la necesidad, de que el país mejore en cuanto al aseguramiento de sus procesos de calidad en la atención en salud, y el respectivo seguimiento y monitoreo del mismos.

En el caso de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería, se ha logrado evidenciar, que hasta el momento, no se ha realizado una implementación de indicadores de monitoreo de la calidad, es decir, el que se haga un seguimiento y control de calidad a los servicios que presta la clínica en cada uno de las unidades de servicio, y el que se pueda identificar el nivel de eficiencia, eficacia y optimización del servicio de salud en dicha entidad.

A pesar de que la Clínica Niño Jesús, cuenta con un buen equipo de profesionales en el área de la salud, la organización no logrado establecer una ruta crítica, que le permita identificar como se desarrollan sus procesos y servicios y si están acorde con los lineamientos actuales acerca de la calidad en las entidades de salud. Además de ello, se requiere que en la clínica, se realice un seguimiento de las actividades de atención que ofrece a sus usuarios, y con esta información, el poder plantear acciones de mejora y el desarrollo de estrategias, en cumplimiento de lo normativo, y específicamente, en cuanto al logro de ciertos indicadores de calidad. Ante esta situación, la entidad, corre el riesgo, de que tenga inconvenientes con las autoridades que ejercen la vigilancia, control y seguimiento en el área de la calidad en salud, y el que haya pérdida de credibilidad por parte de los usuarios, en cuanto a que pueden existir factores críticos por identificar en relación con la calidad de los servicios que ofrece en la ciudad.

Formulación de Problema

En correspondencia a la problemática ya expuesta, se plantea el siguiente interrogante:
¿Cómo implementar indicadores para el monitoreo de la calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería?

2. Objetivos de la Investigación

2.1 Objetivo General

Diseñar un Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

2.2 Objetivos Específicos

-Identificar el nivel de percepción que tienen los usuarios, personal médico-asistencial y directivos con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

- Describir los instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

-Proponer estrategias que contengan los medios e instrumentos para la implementación del Sistema de Monitoreo de la Calidad por indicadores en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

3. Justificación

En Colombia, uno de los problemas más significativos en las entidades de salud, es lo referente a la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios, debido a que éstos, de una u otra forma, perciben con facilidad, si están recibiendo un servicio óptimo o no, y en caso de que no sea de calidad, ello va repercutir, en que se genere desconfianza e insatisfacción por parte de quienes solicitan los servicios de salud en el país. Sin embargo, tal situación podría mejorarse, si las clínicas y los hospitales de las distintas ciudades colombianas, implementaran un sistema de indicadores para monitorear la calidad del servicio ofrecido, y ello implica, el hacer seguimiento de las acciones que se realizaran en procura de mejorar la atención en salud en dichas entidades.

La calidad es un requisito esencial dentro del correcto funcionamiento de las distintas unidades de servicio, en ese sentido, las entidades de salud deben asegurar los parámetros básicos para lograr efectividad, eficiencia y eficacia en el desarrollo de sus actividades de atención a los usuarios. En línea con lo anterior, es justificable que en las clínicas y los hospitales, se apliquen sistemas de control y monitoreo de la calidad, así como también, el que se implementen indicadores, para que se pueda evaluar el desempeño de dichas entidades, y el que se analice si las acciones o actividades se están realizando en pos de lograr los objetivos institucionales propuestos.

Así, la presente investigación, propone un modelo de indicadores claves para el monitoreo de la calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería, y debido a que ello, permitirá el que haga un seguimiento al servicio que se está prestando a los usuarios, para poder observar falencias, realizar ajustes tempranos y mejoras en la calidad de los mismos, además de que la entidad, pueda contar con información permanente, real y precisa, respecto al desarrollo de sus servicios de salud en la ciudad.

Se espera, que el estudio sirva de referente teórico-conceptual, para el desarrollo de posteriores investigaciones, sobre este tema de la salud, poco abordado a nivel nacional y de gran interés social.

3.1 Delimitación

3.1.1 *Espacial*

El estudio se ubica en una clínica ubicada en el municipio de Montería en el departamento de Córdoba.

3.1.2 *Temporal*

La investigación se desarrolla en el segundo semestre del año 2020.

4. Marco Referencia

4.1 Antecedentes

A continuación, se menciona varios estudios a nivel internacional y nacional que se relacionan con el tema de investigación propuesto.

González y Téllez (2018), en su trabajo de investigación “Indicadores de Calidad por dominios en los servicios de fonoaudiología y odontología desde la normatividad vigente colombiana”, establecen como objetivo, el organizar los indicadores de calidad según los dominios que son establecidos por la normatividad vigente colombiana en los servicios de fonoaudiología y odontología. El método fue de tipo descriptivo, mediante la estrategia denominada mapa conceptual, a partir de la recolección de información basado en fuentes secundarias y terciarias de publicaciones del año 2010 en adelante. Los resultados indican, que los indicadores son limitados, mostrando unos dominios más frecuentes que otros y en ocasiones no tienen una ficha técnica completa. Los autores concluyeron, que es importante que los entes de control del gobierno establezcan indicadores de calidad para las entidades privadas de fonoaudiología y odontología, que fueran de cumplimiento nacional para garantizar la mejor atención a los usuarios por parte de estas entidades. Se requiere generar un proceso de información de indicadores, logrando nuevas construcciones y ampliación de indicadores de calidad propios al área fonoaudiológica y odontológica.

Febré y otros (2018), en su estudio “Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición”, en Chile, establecieron como objetivo, el contribuir a la calidad del cuidado enfermero desde el punto de vista de su gestión, implementación y medición de resultados. Es un estudio de tipo descriptivo, en el cual, en sus resultados, se revisaron los conceptos como calidad del cuidado, vigilancia epidemiológica de eventos adversos, calidad de los servicios de enfermería, indicadores de seguimiento, análisis e intervenciones y programas de intervención. Se concluye, que los profesionales de enfermería deben realizar esfuerzos colaborativos de los distintos niveles, para el desarrollo de un conjunto de

indicadores orientados a evaluar la gestión del cuidado, creados y validados por profesionales de enfermería.

Saturno y otros (2017), en su estudio titulado “Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México”, plantearon como objetivo central, el implementar un set de indicadores para hospitales públicos de tercer nivel. Es un estudio cuali-cuantitativo con fuentes de información en seis hospitales y piloto de factibilidad y fiabilidad, y medición de seguimiento. Los hallazgos indican, que de 143 indicadores, solo se seleccionaron 64 y se priorizaron ocho, debido a que las fuentes de información deficientes. Se concluyó, que no fue posible medir los ocho indicadores priorizados de forma inmediata debido a limitaciones en las fuentes de datos para su construcción, por lo que los autores consideran que aún es necesario más estudios a profundidad, para poder contar con un sistema de indicadores de calidad que permita hacer comparaciones nacionales e internacionales.

Páez y Valencia (2016), en su estudio titulado “Programa de Auditoria para el Mejoramiento De La Calidad PAMEC IPS Mas Visión Medellín, Antioquia”, plantean que a través del PAMEC en toda la institución de salud, conllevan a identificar las posibles oportunidades de mejora que se presenten en los servicios ofrecidos, por medio de la auditoria. En sus resultados, se logró establecer acciones de mejoramiento con su respectivo objetivo, indicador y resultado esperado, con el propósito de implementar los planes de mejora propuestos para obtener una prestación de servicio de alta calidad. Se concluyó, que era importante crear una estrategia de implementación que se pudiera realizar de una forma sencilla y que al mismo tiempo permitiera a dichas instituciones realizar un seguimiento a los planes de mejoramiento y las diferentes acciones propuestas para lograr la calidad esperada.

Hernández (2010), en su investigación “Evaluación de la implementación de indicadores de gestión y control de resultados para la Clínica Divino Niño periodo 2008 - 2009”, Colombia, plantean que es de suma importancia, implementar los indicadores de

gestión y control de resultados a la Clínica Divino Niño, debido a que un adecuado diagnóstico permitirá a la entidad un desempeño oportuno, eficiente y eficaz y así poder alcanzar sus objetivos propuestos. En los resultados, se evidencia, que en la clínica, hasta el momento no se le han realizado una implementación de indicadores de gestión y control de resultados, lo cual no permite conocer y analizar la eficiencia, la eficacia, equidad, economía y ecología que conlleva su actividad económica. Se concluye, acerca de la necesidad, de crear mecanismos y herramientas fundamentales que intervengan en cada proceso organizativo, a través de la implementación de indicadores de gestión y control de resultados en la clínica divino niño, y con ello, se mejorará su sistema de organización y por ende sus recursos. También comenzarían a posicionarse en el mercado demostrando calidad y buen servicio.

Jiménez (2004), en su trabajo de investigación “Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios”, en Cuba, realizan una revisión actualizada de los conceptos de calidad y eficiencia de la atención sanitaria y de la relación entre ellos. En su estudio, se profundiza en los indicadores tradicionales y actualmente utilizados para medir ambos atributos en los servicios hospitalarios. En sus resultados, establece, que la medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes. Para el autor, la atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; tiene un alto significado social, pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud por la atención especializada y tecnológicamente avanzada que deben brindar, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen. Se concluye, que la evaluación continua de la calidad y la eficiencia de la atención hospitalaria con sus implicaciones sociales y económicas es un imperativo para el sector de la salud.

Ardón (2003), en su estudio titulado “Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención”, Colombia, muestran los resultados de varios años de esfuerzo de un grupo de profesores y estudiantes de la Universidad en esta línea de investigación. En el desarrollo de la

investigación, establece, aproximaciones conceptuales a la calidad en salud, así como precisa la importancia y el impacto del seguimiento permanente a los indicadores más relevantes en la prestación de los servicios de salud. En su conclusión, considera acerca de la necesidad, de que los responsables de la gestión de calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicios, deben reunir los elementos necesarios y los criterios adecuados, en el objeto para aproximarse al diseño de un sistema de indicadores práctico y útil para la toma de decisiones en los hospitales de los distintos niveles de atención en salud.

4.2 Marco Teórico

La calidad tiene muchas acepciones y la mayoría de ellas, se asocian con la satisfacción de los clientes, cuando estos reciben ya sea un producto o un servicio. En ese sentido, Pérez (1992), expone que la calidad, es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre (Pérez, 1992). Por su parte, Gómez (1991), considera que la calidad es la satisfacción de un consumidor utilizando para ello adecuadamente los factores humanos, económicos, administrativos (Gómez, 1991). Para Donabedian, la calidad en la atención, es aquella, que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente (Donabedian, 1984).

En la evaluación de la calidad, es importante que se definan los criterios, indicadores y estándares, debido a que estos se requieren adaptarse y formularse acorde a la situación dada para el logro de los objetivos que se desean. En dicha evaluación, se consideran tres elementos claves, como son: la estructura, el proceso y los resultados (Ardón y Jara. 1998).

La estructura hace referencia, el examinar las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano y financieros, entre otros aspectos. Así como también, los sistemas de información interna y externa. En cuanto a los procesos, se identifican la operatividad por parte de los profesionales de la salud, y se indaga, acerca de la calidad de los servicios ofrecidos por estos (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), y en ese análisis toma relevancia, la aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico.

El resultado, tiene que ver con la aplicación de indicadores, en el cual, se hace medición de todos aquellos factores relacionados con el servicio de salud que se ofrece, y específicamente, acerca de la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente. De igual manera, los resultados, están en concomitancia con la satisfacción de usuarios y proveedores, existe mucha subjetividad en el análisis y se hace difícil la cuantificación del estos (Malagón y otros. 1998).

En cuanto a la definición de que es un indicador, este se concibe, como la medición que se hace de determinadas actividades en el tiempo, y en el cual, tales observaciones, pueden ser comparables con otros parámetros similares.

En lo que respecta, al indicador de calidad, la Joint Commission, expone que:

... es una medida cuantitativa que puede ser usada para monitorizar y evaluar la calidad de las funciones claves del gobierno, la administración, clínica y de soporte, que afectan los resultados del paciente. Un indicador no es una medida directa de la calidad. Sin embargo, es un instrumento que puede ser utilizado para evaluar el desempeño y puede dirigir la atención a los asuntos potenciales del desempeño que podrían requerir más intensiva revisión dentro de una organización (Restrepo, 1998).

Por su parte, Rincón (1998), considera, que un indicador de calidad, es una herramienta que posibilita la evaluación de unas actividades de una organización, para con ello identificar, si se están haciendo correctamente las cosas en la fabricación de un producto o en la prestación de un servicio, acorde a una norma o algún protocolo indicado (Rincón, 1998). Según Ruiz (1998), un indicador es un instrumento, que puede ser aplicado en función de monitorear y evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

En relación a la utilidad de los indicadores, estos sirven para identificar qué cambio está ocurriendo en una variable, en términos cuantitativos (mayores o menores) y cualitativos (positivos o negativos), en un tiempo determinado (Giraldo, 1997).

En cuanto a la construcción de los indicadores, estos toman como fundamento, la identificación de los “conceptos claves” de la investigación y en la conceptualización y delimitación que se haga de la variable, ello implica, el que se exprese la dimensión de cada una de las variables (Giraldo, 1997). Los indicadores se expresan mediante datos estadísticos, que determinan el comportamiento de las variables (promedios, mediana, moda. Así como también, a través de razones (índices) que se aplican en el propósito dar a conocer características particulares de un fenómeno objeto de estudio en un momento dado. El cálculo del indicador obedece a diversos criterios y dependen del tipo de indicador seleccionado (cifra absoluta, tasa, promedio, etc.) y de su estructura (simple o compleja) (Giraldo, 1997).

Los indicadores pueden clasificarse, acorde con el propósito de la evaluación, según el resultado esperado o en función de su aproximación. En cuanto a los Sistemas de indicadores, estos constituyen, las operaciones y mediciones a través de, o por medio de las cuales se va a estudiar o a investigar un fenómeno.

García, Ráez, Castro, Vivar y Oyola (2003), indican, que todo indicador deberá cumplir al menos con las siguientes características:

1. El indicador debe reflejar el aspecto de la calidad para el que se creó o estableció y no otro.
2. Debe brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
3. Sencillez. El indicador debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.
4. Deben ser siempre fáciles de capturar.
5. Deben enunciarse con objetividad y de la forma más sencilla posible.
6. Deben resultar relevantes para la toma de decisiones.
7. No deben implicar un elevado grado de dificultad en su interpretación. Todo indicador deberá cumplir al menos estas características (p.1).

En relación a los sistemas de indicadores de calidad en una clínica, se pueden establecer dos tipos de indicadores, como son: Indicadores de gestión e Indicadores de calidad de procesos. Los primeros están referido a la observancia de que en la entidad, si se está cumpliendo con los objetivos estratégicos propuestos y acorde con la misión y visión

organizacional. Los segundos indicadores, son aquellos que se asocian a los resultados obtenidos en la entidad, debido al desarrollo de procesos claves dentro de la misma y en función de que haya cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos por la dirección (García, Ráes, Castro, Vivar, & Oyola, 2003).

En lo referente al tema de la calidad dentro de la legislación colombiana, se hace mención inicial, de la Ley 9 de enero 24 de 1979, en el cual, se dispuso la utilización de la información epidemiológica, dentro del proceso de vigilancia y control (Ley 9, 1979, capítulo 2, título VII, art. 488). Esta ley, tenía como propósito central, el que se informe sobre el estado de la salud de los habitantes de una comunidad, y se desarrollen acciones de prevención, y reducción de riesgos que atenten contra la salud humana. Esta norma, planteó la reglamentación de un sistema de “Auditoria para las profesiones médicas y paramédicas, con base en el seguimiento de eventos infecciosos, para prevenirlos y controlarlos. Posteriormente, con la Ley 10 del 10 de enero de 1990, se reorganizó el Sistema Nacional de Salud, en el cual, se reafirma, el establecimiento obligatorio de normas de calidad de los servicios de salud, y su seguimiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades de seguridad y previsión social (art. 1), incluyendo dentro de esta normatividad el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, según los niveles de atención. Este régimen, se reglamenta con el Decreto 2759 del 11 diciembre de 1.991 y se define.

Como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia, para facilitar acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera, propender por una racional utilización de los recursos institucionales y la prestación oportuna y eficaz de los servicios de salud (Decreto 2759, 1991, art. 2).

La Ley 10 de 1990 estableció, la necesidad de que las entidades de salud, cumplan con las “condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, que previamente determine el

Gobierno Nacional“(Ley 10, 1990. Este concepto, se reafirma con la Ley 715 del 2001, a través del Sistema Único de Habilitación y reglamentado mediante el Decreto 2309 del 2002 y la Resolución 1439 del 2002, actualmente vigentes. Adicionalmente, esta normatividad establece que es obligatorio que las entidades de salud, evalúen la calidad de la atención en salud e identifiquen los procesos críticos y el diseño de indicadores y estándares, todo ello, en función de que se evalúen dichos procesos.

En la Ley 100 de 1993, se dispone que uno de los fundamentos del servicio público de salud sea la calidad:

El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia. Ley 100, 1993, art. 153, parag.9).

Luego, con la expedición de la Ley 715 del 21 del 2001, se estableció el ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como la reglamentación de los Sistemas de Habilitación y de Acreditación de EPS y EPS (Ley 715, 2001, Capítulo I. Artículo 42.10 y 42.15), de auditoria, de vigilancia y control, como también para informar a los usuarios. (Decreto 2174, 1996, art. 5).

En la actualidad toma relevancia la Resolución 256 de 2016: Es la resolución por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud

4.3 Marco Conceptual

A continuación, se definen algunos conceptos que se relacionan con el objeto de estudio propuesto.

Atención de salud. 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.

Atención de salud de calidad. Esta referido a la atención de salud en condiciones de integralidad, seguridad y oportunidad a través de una atención humanizada” (Ley 1438, 2011).

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. 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 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.11).

Calidad de la atención de salud. 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. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.11).

Calidad de vida. Percepción de un individuo de su posición en el contexto cultural y en el sistema de valores en que vive en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Es una construcción social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.12).

Calidad: Es la satisfacción de las necesidades a diferentes niveles a partir de la producción de un bien o servicio para y por el hombre (Pérez, 1992).

Estrategia. Conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones, en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias: de corto, mediano y largo plazo, según el horizonte temporal. La estrategia es la ruta que siguen las grandes líneas de acción de promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública para alcanzar los propósitos, objetivos y metas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.13).

Indicador. Expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través del establecimiento de una relación entre variables, que, comparada con periodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, facilita evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo (DANE, 2009).

Monitoreo de la calidad. Comprende la recopilación, consolidación, análisis y verificación sistemática de la información, que permite identificar los problemas o fallas de la calidad para gestionar el mejoramiento continuo y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de resultados en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.15).

Usuarios: Persona que utiliza un producto o servicio de forma habitual.

4.4 Marco Legal

A continuación, se hace mención de algunas disposiciones normativas relacionadas con el tema objeto de estudio.

La Constitución Política (1991), en sus artículos 48 y 49, consagro el derecho a la seguridad social y a la salud, asignándole tres principios: eficiencia, universalidad y solidaridad.

Ley 100 de 1993: Ley que reconoció la calidad como un aspecto fundamental en la atención en salud.

Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996, presenta la organización del sistema obligatorio de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Decreto 1011 de 2006, por el cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud,

Circular 030 del 19 de mayo de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud. Indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de servicios de salud de las IPS.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2679 de 2007. Por el cual se conforma el Comité Sectorial de Calidad y Seguridad de la Atención en Salud.

Resolución 2003 de 2014. Procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

Ley Estatutaria 1751 de 2015, que en su Artículo 6 señala que la calidad e idoneidad profesional son elementos esenciales para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, reconociendo la importancia de centrar los establecimientos, los servicios y las tecnologías

en el usuario, a través del fortalecimiento de la formación del personal asistencial, la investigación científica y generación de procesos de evaluación de la calidad.

Resolución 256 de 2016: Es la resolución por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

5. Metodología

5.1 Tipo de Estudio

La presente investigación, es de tipo descriptiva, en el cual, se interpretaran y se analizaran datos de tipo cualitativo y cuantitativo, respecto al fenómeno objeto de estudio, y específicamente, se identificará la necesidad de implementar indicadores para el monitoreo de la calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. Según Sampieri, Fernández y Baptista (2010), en la investigación descriptiva, no hay manipulación de variables, solo se observan y se describen los fenómenos tal como se presentan en su ambiente natural, y en ella puede valerse de algunos elementos cuantitativos y cualitativos.

En ese mismo sentido, Vargas Franco, Viviana (2007), exponen, que las fases de los estudios descriptivos, hacen referencia a la recolección, presentación, descripción, análisis e interpretación de datos agrupados en uno o más elementos de información.

5.2 Método

El método es de tipo deductivo, en el cual, con base en unas generalizaciones acerca de una realidad estudiada, se llega a establecer particularidades del fenómeno objeto de estudio.

En relación a las fases o etapas del proceso metodológico, inicialmente, en la primera fase, se consultaron documentos de investigaciones similares y otros, mediante una revisión bibliográfica acerca del tema objeto de estudio. En una segunda fase, se identificó el instrumento metodológico, que sirvió de fundamento para el desarrollo del presente proyecto, específicamente, la elaboración del formato de entrevista semiestructurada y un formato de encuesta dirigida para la obtención de información de fuente primaria.

5.3 Técnicas de Recolección de Información

En cuanto a las técnicas de recolección de información, las de fuentes primarias se obtendrán de la realización de una entrevista el cual, está dirigida a los directivos de la Clínica

Niño Jesús en la ciudad de Montería, y una encuesta dirigida a los usuarios y al personal médico-asistencial de dicha entidad.

En relación a las fuentes secundarias, estas se obtendrán a través de la revisión bibliográfica sobre el tema propuesto (Libros, artículos, revistas indexadas, normas, protocolos e Internet Libros, artículos, revistas indexadas, normas, protocolos y publicaciones en Internet, entre otros).

5.4 Población

La población del estudio la componen todos los usuarios, personal médico-asistencial y directivos de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

5.5 Muestra

La muestra es de tipo selectiva y no probabilístico, determinándose por conveniencia, a 30 usuarios, 20 colaboradores y 5 directivos de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

5.6 Descripción de las Variables

A continuación, en el siguiente cuadro, se describen las variables aplicadas a la investigación.

Tabla 1*Las variables de la investigación*

Variable	Definición	Naturaleza	Escala de medición	índice e indicadores
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer	Cualitativa	Nominal	Femenino y masculino
Edad	Edad cronológica de cada individuo	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
Personal médico -asistencial	Es el personal profesional que labora dentro de la clínica.	Cualitativa	Nominal	Desempeño laboral
Usuarios	Son las personas que reciben el servicio de salud de la clínica, incluyendo los familiares.	Cualitativa	Nominal	Femenino y masculino
Directivos	Las personas encargadas del direccionamiento y administración de la clínica.	Cualitativa	Nominal	Perfil del cargo
Calidad de la atención	Se identifica la calidad de la atención a los usuarios en la Clínica.	Cualitativa	Nominal	Buena, regular o deficiente
Monitoreo de la calidad de la atención en salud	Se establece medición y seguimiento de la calidad del servicio de salud.	Cualitativa	Nominal	Buena, regular o deficiente

Fuente. Elaboración propia.

5.7 Instrumentos de recolección de datos

Los datos se obtendrán a través de la aplicación de un formato de encuesta, con preguntas cerradas dirigida a los usuarios y al personal médico -asistencial, y también, se hará una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas dirigida a los directivos de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

6. Análisis de los Resultados

6.1 Capítulo I Nivel de Percepción que tienen Los Usuarios, Personal Médico-Asistencial y Directivos con Relación a la Calidad y su Monitoreo en las Unidades de Servicio en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad de Montería

6.1.1 *Introducción*

En el presente capítulo, tiene como propósito, el establecer el nivel de percepción que tienen los usuarios, personal médico-asistencial y directivos, con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería, y en el cual, se hizo una encuesta dirigida a 30 usuarios y 20 persona que laboran en la parte asistencial de la clínica y unas 7 encuestas dirigidas a los directivos de la entidad.

6.1.2 *Resultados de la investigación*

A continuación, se describen los resultados de la entrevista y la encuesta, en el propósito de darle cumplimiento a los objetivos específicos del estudio, y en el cual, se presentan la respectiva información, análisis y triangulación de la misma.

6.1.3 *Resultados de la Entrevista*

La entrevista está dirigida a 5 directivos de la en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. El formato consta de 7 preguntas abiertas y cuyo objetivo de la entrevista, es el establecer el nivel de percepción que tienen los directivos, con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

A continuación, se muestran los resultados de la entrevista.

Tabla 2*Resultados de la Entrevista*

Preguntas	Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4	Entrevista 5
1. ¿En la clínica, el personal médico -asistencial brinda una adecuada orientación a los pacientes?, Explique su respuesta.	Si claro, debido a que se cuenta con un personal calificado en la prestación de los servicios.	S muy buena la orientación que se le brinda a los usuarios	La orientación a los usuarios es clave dentro del concepto de servicio en la clínica.	Si se brinda una orientación adecuada en cuanto a los requerimientos uso de la clínica y el estado de salud.	Claro que sí, hay orientación porque eso es parte del buen servicio en la clínica.
2. Como considera que es la atención por parte del personal médico-asistencial	La atención es muy buena debido al personal de calidad en la clínica.	Es excelente la atención, porque nos interesa mantener contento a los pacientes.	Muy buena la atención, porque es parte del deber de los colaboradores y directivos.	Es de calidad la atención, debido a que contamos con un buenos profesionales de la salud	Sí, es muy buena la atención en la clínica.
3. Usted opina que el servicio de la clínica es de calidad? , Explique su respuesta.	Si es de calidad, porque es un servicio amable, interesado en atender bien a los pacientes.	Obviamente, porque es una atención que se le brinda muy humana, en el cual el profesional se interesa por la mejora de la salud de sus pacientes.	En mi concepto el servicio es oportuno, eficaz y muy humano ro lo tanto lo considero de calidad.	Sí, es de calidad, y la razón de ello, es que se sienten satisfechos los pacientes con el servicio.	Es de calidad porque se cuenta con buenos profesionales de la salud.
4. ¿Considera que el servicio de salud en la clínica se realiza oportunamente?, Explique su respuesta	Bueno en cierta forma sí, pero a veces fallamos en cuanto a ser más ágiles.	Si claro, atendemos muy pronto a los pacientes, estamos atento a sus situación de salud.	Para ser honesto, nos falta mejorar en ese aspecto, porque siempre hay quejas de que	Pienso que si es bueno pero puede mejorarse, se mejoran los procedimientos y los sistemas.	Si el servicio es oportuno, aunque puede mejorarse para que se logre mayor agilidad.

			demoramos en la atención.		
5. Según su opinión, la infraestructura física de la clínica es la adecuada para brindar servicios de calidad.	La infraestructura física es muy buena en la clínica y adecuada para la atención de los usuarios.	Es buena la infraestructura física, aunque puede mejorarse como todo.	Considero, que es buena la infraestructura física, y ello es parte de la calidad en la clínica.	Si se han hecho inversiones para mejorar la infraestructura física	La clínica cuenta con una buena infraestructura física.
6. Considera que la clínica cuenta con equipos tecnológicos novedosos. Explique su respuesta.	Se cuentan con equipos muy modernos, aunque faltan algunos, que son más costosos	Si son novedosos los equipos hay una buena inversión en ellos para prestar mejores servicios a los pacientes.	Son buenos los equipos tecnológicos, se cuentan con dispositivos de última generación.	Los equipos son novedosos en ese estado para poder brindar un servicio de calidad.	Claro que sí, son equipos modernos novedosos para poder ofrecer mejores servicios a los pacientes.
7. ¿Está de acuerdo con que haya monitoreo de calidad en cada una de las unidades de servicio en la clínica?, explique su respuesta.	Bueno sí, pero se espera que haya un mayor compromiso en su implementación.	Se hace necesario el medir la calidad y hacer seguimiento de los servicios que se ofrecen en función de mejorarlo.	Estoy de acuerdo, que se monitoree la calidad, debido a que ello permite la mejora de los procesos.	Sí, claro, porque ello, va ayudar a que se mejoren los servicios, y se haga seguimiento de las fallas y se corrijan a tiempo.	Claro que sí, es bueno que se monitoreen los factores que se relaciona con la calidad para hacer ajustes y mejoras en la clínica.

Fuente. Elaboración propia.

6.1.4 Análisis de los resultados de la entrevista

Los resultados de la entrevista muestran que existe un consenso general de los directivos entrevistados, de que se presta un buen servicio y una atención de calidad a los usuarios. En ese sentido, los entrevistados concuerdan en que el trato es amable, hay una buena disposición de los profesionales de la salud y siempre se busca la satisfacción de los usuarios, ante todo.

En cuanto a la pregunta, referida, a si el servicio que se ofrece, es de calidad, todos afirmaron que sí, que ello obedece, a que cuentan con buenos profesionales de la salud, y hay un trato muy humano, y un servicio eficaz, por lo tanto, este aspecto es una fortaleza en la entidad. Sin embargo, en cuanto a la pregunta si el servicio es oportuno, la mayoría mostró su preocupación por la situación, y consideran, que es un aspecto que debe mejorarse en la clínica.

En relación a la infraestructura física y los equipos tecnológicos, por unanimidad, los entrevistados opinan, que son buenos, que ha habido inversión en ello, y que son adecuados para el servicio que se ofrece en la entidad

Para el caso de la necesidad de que se implementen un sistema de monitoreo de calidad en cada una de las unidades de servicio en la clínica, la mayoría considera, que si es necesario e importante, debido a que ello, conlleva que se mejoren los servicios que se ofrecen a los usuarios en la clínica.

6.1.5 Resultados de la Encuesta 1

La encuesta está dirigida a 30 usuarios de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. El formato consta de 12 preguntas cerradas, y cuyo objetivo, es el establecer el nivel de percepción que tienen estas personas, con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta.

Tabla 3

Resultados de la encuesta No.1

Preguntas	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Actitud					
1. ¿Recibe una orientación adecuada por parte del personal médico -asistencial?	23	4	3	0	0
	77 %	13 %	10 %	0 %	0 %
Seguridad y confianza en la atención					
2. ¿El comportamiento y actitud del personal médico -asistencial es de seguridad y confianza?	24	4	1	1	0
	81 %	13 %	3 %	3 %	0 %
Atención					
3. ¿Usted recibe una atención respetuosa y amable por parte del personal médico-asistencial?	27	2	1	0	0
	90 %	7 %	3 %	0 %	0 %
Calidad del servicio					
4. ¿En la clínica le indican normas de higiene al momento del su atención?	13	7	9	1	0
	44 %	23 %	30 %	3 %	0 %
5. ¿Considera que el personal médico - asistencial realiza una buena labor en la atención al usuario?	20	6	3	1	0
	67 %	20 %	10 %	3 %	0 %

Cordialidad					
6. ¿Cuándo se solicita un servicio en la clínica el personal habla con claridad y de una forma amable?	22	4	2	2	0
	73 %	13 %	7 %	7 %	0 %
Oportunidad					
7. ¿Recibe tratamiento médico y asistencial de forma oportuna?	6	10	12	2	0
	20 %	33 %	40 %	7 %	0 %
8. ¿Considera que el servicio de salud se realiza oportunamente y sin tanta tramitología?	5	4	7	13	1
	17 %	13 %	23 %	44 %	3 %
Las Instalaciones Físicas					
9. ¿Considera que existe un buen ambiente, en cuanto a limpieza e instalaciones físicas adecuadas en la clínica	24	5	1	0	0
	80 %	17 %	3 %	0 %	0 %
Nivel Tecnológico					
10. ¿Considera que la clínica tiene equipos novedosos para su atención en salud?	20	6	1	3	0
	67 %	20 %	3 %	10 %	0 %
Coherencia					
11. ¿El servicio que le ofrece la clínica es adecuado y coherente con el precio?	12	14	3	1	0
	40 %	47 %	10 %	3 %	0 %
Monitoreo de la Calidad					
12. ¿Está de acuerdo con que haya monitoreo de calidad en cada una de las unidades de servicio en la clínica.	26	3	1	0	0
	87 %	10 %	3 %	0 %	0 %
Totales					

Fuente. Elaboración propia

Tabla 4*Resumen de los factores de la Encuesta No. 1*

Aspectos	Calificación cuantitativa (Siempre + casi siempre)	Grado de percepción	Observaciones
Actitud	90 %	Muy favorable	
Seguridad y confianza	94 %	Muy favorable	
Atención	97 %	Muy favorable	
Calidad del servicio	75 %	Muy favorable	
Cordialidad	84 %	Muy favorable	
Oportunidad	44 %	Medio	
Instalaciones Físicas	97 %	Muy favorable	
Nivel Tecnológico	87 %	Muy favorable	
Coherencia	87 %	Muy favorable	
Monitoreo de Calidad	97 %	Muy favorable	
Total			

Fuente. Elaboración propia

Los resultados indican, que casi la totalidad de los factores es muy favorable a excepción del aspecto referido a la oportunidad en el servicio, por lo tanto, este último debe mejorarse, debido a que este incide, en que haya una percepción negativa por parte de los usuarios. Por otra parte, a pesar de la alta calificación obtenida en la satisfacción en el servicio de los usuarios en la Clínica, es importante que se afiancen los factores que han resultado favorables y se mejoren aquellos que son críticos, o que obtuvieron una calificación media, como es el caso de la oportunidad, específicamente, en que se reduzcan los tiempos de espera en el servicio, que haya una disposición permanente por parte del personal médico - asistencial y el que se atienda de mejor manera, las quejas reclamos de los usuario. De igual manera, se requiere el desarrollo de estrategias que vayan referidas al fortalecimiento institucional de la clínica, y de que se desarrollen planes de acción de mejora continua en la atención en salud, además de la cualificación del recurso humano de la entidad, para con ello lograr un servicio de calidad superior en la ciudad.

6.1.6 Resultados de la Encuesta 2

La encuesta está dirigida a 20 personas que laboran en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería. El formato consta de 12 preguntas cerradas, y cuyo objetivo, es el establecer el nivel de percepción que tienen estas personas, con relación a la calidad y su monitoreo en cada una de las unidades de servicio en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

A continuación, se muestran los resultados de la encuesta.

Tabla 5

Resultados de la encuesta No. 2

Preguntas	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
Actitud	%	%	%	%	%
1. ¿Usted considera que se le brinda orientación adecuada a los pacientes?	16	4	0	0	0
	80 %	20 %	0 %	0 %	0 %
Seguridad y confianza en la atención					
2. ¿Considera que la atención que se le ofrece a los pacientes es de seguridad y confianza?	7	6	5	2	0
	35 %	30 %	25 %	10 %	0 %
Atención					
3. ¿Se mantiene un trato amable y respetuoso a los pacientes?	16	3	1	0	0
	80 %	15 %	5 %	0 %	0 %
Calidad del servicio					
4. ¿En la clínica se aplican normas de higiene al momento de brindar los servicios a los usuarios?	8	6	5	1	0
	40 %	30 %	25 %	5 %	0 %
5. ¿Considera que el personal médico - asistencial realiza una buena labor en la atención al usuario?	13	6	1	0	0
	65 %	30 %	5 %	0 %	0 %
Cordialidad					

6. ¿Cuándo se solicita un servicio en la clínica el personal asistencial habla con claridad y de una forma amable?	12	7	1	0	0
	60 %	35 %	5 %	0 %	0 %
Oportunidad					
7. ¿Considera que se ofrece un servicio de salud de forma oportuna?	4	5	11	0	0
	20 %	25 %	55 %	0 %	0 %
8. ¿Considera que el servicio de salud se realiza oportunamente y sin tanta tramitología?	3	6	11	0	0
	15 %	30 %	55 %	0 %	0 %
Instalaciones Físicas					
9. ¿Las instalaciones físicas de la clínica son las adecuadas en cuanto a iluminación y limpieza?	12	7	1	0	0
	60 %	35 %	5 %	0 %	0 %
Nivel Tecnológico					
10. ¿Los equipos e instrumentos en la prestación del servicio de salud son adecuados y novedosos?	13	6	1	0	0
	65 %	30 %	5 %	0 %	0 %
Coherencia					
11. ¿El servicio que ofrece la Clínica es adecuado acorde a las necesidades de las pacientes?	12	5	1	1	1
	60 %	25 %	5 %	5 %	5 %
Monitoreo de Calidad					
12. ¿Está de acuerdo con que haya monitoreo de calidad en cada una de las unidades de servicio en la clínica.12. ¿Está de acuerdo con que haya monitoreo de calidad en cada una de las unidades de servicio en la clínica.	16	4	0	0	0
	80 %	20 %	0 %	0 %	0 %
Totales					

Fuente. Elaboración propia

Tabla 6*Resumen de los factores de la Encuesta No. 2*

Aspectos	Calificación cuantitativa (Siempre + casi siempre)	Grado de percepción	Observaciones
Actitud	100 %	Muy favorable	
Seguridad y confianza	65 %	Favorable	
Atención	95 %	Muy favorable	
Calidad del servicio	83 %	Muy favorable	
Cordialidad	95 %	Muy favorable	
Oportunidad	45 %	Medio	
Instalaciones Físicas	97 %	Muy favorable	
Nivel Tecnológico	97 %	Muy favorable	
Coherencia	91 %	Muy favorable	
Monitoreo de Calidad	100 %	Muy favorable	
Total			

Fuente. Elaboración propia

Los resultados de la encuesta realizada a las personas que laboran en la clínica, evidencian una percepción muy favorable, en casi la totalidad de los factores que se relaciona con la calidad del servicio ofrecido a los usuarios. Para el caso del factor oportunidad, mostro un resultado medio, y similar al obtenido en la encuesta realizada a los usuarios, por lo tanto, es objeto de fortalecimiento o mejora dentro de la entidad. Los hallazgos obtenidos, permiten afirmar con cierta validez, que esta calificación alta, es una fortaleza y a la vez, una condición favorable, para que se implemente, el sistema de monitoreo de la calidad en la clínica, y con ello, lograr un servicio más eficiente, oportuno y de calidad en la ciudad.

6.1.7 Triangulación de los resultados

En la siguiente tabla se muestra la triangulación de los resultados obtenidos en la investigación y acorde con los distintos factores que se relacionan con la calidad en la clínica.

Tabla 7*Triangulación de los resultados*

Aspectos	Entrevista	Encuesta 1	Encuesta 2
Actitud	Se considera muy favorable, debido al profesionalismo del personal médico - asistencial en la clínica.	Este factor tiene una percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Este factor tiene una percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Seguridad y confianza	Los directivos consideran que la atención que ofrecen a los usuarios genera seguridad y confianza.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Atención	La atención se considera de calidad, ya que se cuenta con un personal idóneo en la prestación del servicio de salud en la clínica.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Calidad del servicio	Hay calidad en el servicio, debido a que la clínica cuenta con un buen recurso humano y una política de servicio centrada en la satisfacción del paciente o usuario	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Cordialidad	Existe un trato amable, respetuoso y acorde con las condiciones del servicio.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Oportunidad	Se considera que se debe mejorar este aspecto, para lograr mayor disponibilidad y agilidad en el servicio	Percepción media por parte de los usuarios, lo cual debe mejorarse.	Percepción media por parte del personal médico - asistencial, lo cual, debe mejorarse.
Instalaciones Físicas	Se considera, que la clínica cuenta con unas adecuadas instalaciones físicas para unos adecuados servicios.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Nivel Tecnológico	Existe el consenso de que la clínica cuenta con equipos modernos y novedosos.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Coherencia	Se considera que hay coherencia entre lo que se ofrece y se percibe en la prestación del servicio.	Percepción muy favorable por parte de los usuarios.	Percepción muy favorable por parte del personal médico - asistencial.
Monitoreo de Calidad	Existe unanimidad, en que se implementen los	Percepción muy favorable por parte de los usuarios	Percepción muy favorable de los

	indicadores de monitoreo de la calidad en la clínica.	de que se mejore la calidad del servicio que ofrece la clínica.	colaboradores de que se implemente el sistema de monitoreo de la calidad, para mejorar el servicio a los usuarios.
--	---	---	--

Fuente. Elaboración propia

6.2 Capítulo II: Instrumentos y Procesos para la Aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad de Montería

6.2.1 Introducción

En este capítulo se describirán los instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

6.2.2 Instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

La aplicación del sistema de indicadores para el monitoreo para la calidad, propende por el que se logren mejores resultados en salud, y ello implica, que se establezcan técnicas instrumentos y procesos dentro de un enfoque integral de gestión de resultados, y para ello, se requieren de una serie de procedimientos y pasos que van a permitir que las entidades de salud que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la Resolución 256 de 2016, puedan avanzar exitosamente en alcanzar mejores resultados dentro de la calidad de la atención.

En línea con lo anterior, se describe a continuación, el proceso e instrumentos que requiere la Clínica Niño Jesús, en el objeto de implementar un Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad y con ello, mejorar la calidad en la prestación de los servicios a sus usuarios en la ciudad.

La Resolución 0256 de 2016, indica, una serie de indicadores para el monitoreo de la calidad, y dicha normatividad presenta cuatro aspectos centrales para el monitoreo de la calidad, como son: a) efectividad, b) Gestión del riesgo, c) Seguridad en la atención y, por último, d) Experiencia de la atención. Para cada uno de estos dominios, se establecieron indicadores con sus respectivas fichas técnicas (Ver anexo 1).

El ciclo para el monitoreo de la calidad, el cual está compuesto por tres fases: a) planeación; b) ejecución y c) seguimiento. Cada una de estas fases, están direccionadas a que la entidad de salud, realice el reconocimiento del nuevo enfoque del monitoreo de la calidad; se prepare para elaborar el reporte de la información; y brinda herramientas para el análisis de los resultados del monitoreo de la calidad y la formulación y seguimiento de acciones de mejora, y todo ello, en el objeto de reducir brechas y mejorar la gestión institucional (Figura 1) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Figura 1

Ciclo para el monitoreo de la calidad



Fuente: Elaboración propia.

6.2.2.1 Planeación

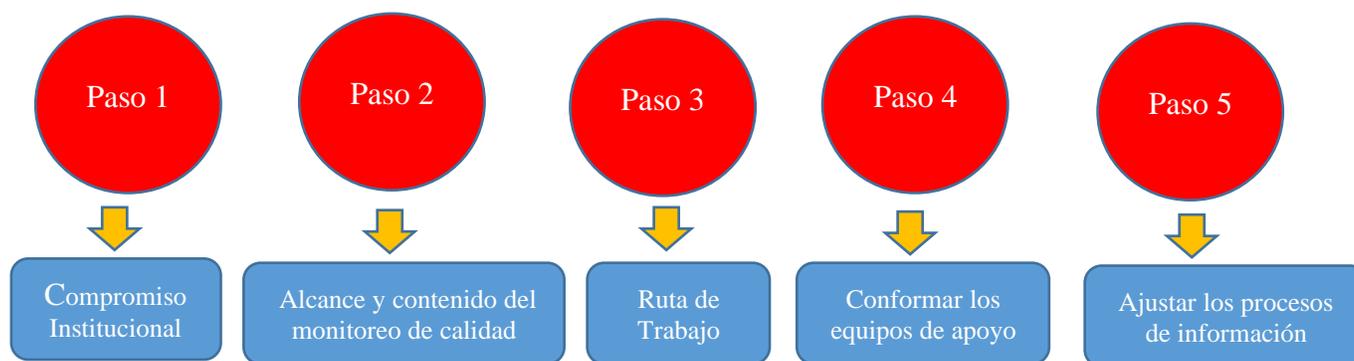
La planeación, es el inicio del ciclo de monitoreo de la calidad y cuenta con dos etapas: a) alistamiento institucional y b) preparación para el reporte institucional.

A. Primera etapa: Alistamiento Institucional

Esta etapa de alistamiento institucional comprende la preparación de la entidad para la adopción del nuevo enfoque del monitoreo de la calidad (MOCA) en el Sistema de Información para la Calidad y se lleva a cabo en cinco pasos que se describen a continuación (Figura 2).

Figura 2

Pasos de Alistamiento Institucional.



Fuente. Elaboración propia

El primer paso, es reconocer el compromiso institucional adquirido para implementar el MOCA establecido por la nueva actualización del Sistema de Información para la Calidad. El segundo paso, es identificar el alcance y contenidos del monitoreo de la calidad y buscar su armonización con las estrategias de calidad ya implementadas por la entidad. El tercer paso es establecer una ruta de trabajo a partir de la cual se contemplen los recursos necesarios y se definan los procesos y cronogramas para la implementación del monitoreo de la calidad.

El cuarto paso es activar, en la entidad, la ruta de trabajo definida y conformar los equipos de apoyo requeridos. Este paso es importante, dado que muchos de los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad requieren la participación de quienes constituyen la fuente primaria de información. El quinto y último paso es ajustar los procesos de captura

de información y acordar estrategias que faciliten la siguiente etapa: preparación para el reporte institucional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

B. Segunda etapa: Preparación para el reporte de información

La segunda etapa de la fase de planeación tiene como propósito, el que se asegure una buena preparación de la entidad para el reporte institucional. A su vez, comprende el abordaje de los temas principales definidos en el monitoreo de la calidad, que deben ser reconocidos y comprendidos antes de realizar el reporte institucional.

Los temas principales definidos son: a) Efectividad; b) Seguridad, y c) Experiencia de la atención. Estas se pueden denominar cualidades intrínsecas de la calidad, y hacen parte inherente de los procesos de atención en salud (Ministerio de Protección Social, 2009).

La efectividad de la atención implica la gestión del riesgo y la seguridad en la atención corresponden a dimensiones técnicas de las atenciones, a diferencia de la experiencia de la atención, que corresponde a la dimensión interpersonal. La efectividad en la atención, está referida a valorar si los servicios de salud que se proveen cuentan con la calidad requerida para que la atención en salud produzca una mejora en el estado de salud de las personas (Ministerio de la Protección Social, 2009).

En cuanto a la gestión del riesgo, este dominio se concentra en el cumplimiento del conjunto de acciones que sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas en el sector salud para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En el caso de la seguridad en la atención, este dominio se concentra fundamentalmente en un atributo específico: la seguridad del paciente. La efectividad, está en línea con lograr alcanzar la mayor seguridad posible en la atención. La finalidad de este dominio es disminuir los riesgos

de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2009).

En relación a la experiencia centrada en la atención del paciente, este dominio corresponde, a un conjunto amplio de atributos que se manifiestan durante el proceso de atención, y que son percibidos fácilmente por los usuarios al hacer uso de los servicios. A su vez, contiene mediciones acerca de las expectativas y necesidades que los usuarios en ese sentido, atención incluye mediciones en temas de oportunidad, satisfacción y fidelidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Para el caso de los indicadores, dentro del plan de acción, se han identificado 110, de los cuales 55 corresponden a Prestadores de Servicios de Salud, 33 a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB y 22 a Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud - ETS. En lo que respecta al conjunto de indicadores seleccionados, el dominio de Efectividad contiene 51 indicadores (46,4%) dentro del conjunto de indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad. La seguridad y gestión del riesgo reúnen 35 indicadores, con una participación del 31,8% dentro del conjunto de indicadores trazadores seleccionados, y, por último, para el dominio de Experiencia de la Atención se seleccionaron 24 indicadores, que representan un 21,8% del conjunto total de indicadores (Ver Tabla 8) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 8

Indicadores para el monitoreo de la calidad según Dominio y Entidades

ENTIDAD	Efectividad	Seguridad/ Gestión del riesgo	Experiencia de la atención	TOTAL
Prestadores	25	15	15	55
EAPB	9	15	9	33
ETS	17	5	0	22
Total	51	35	24	110
Participación	46,4%	31,8%	21,8%	100%

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

En cuanto a las fichas técnicas de los indicadores trazadores definidos para el monitoreo de la calidad, estas contienen las fuentes de información para cada indicador, y pueden ser consultadas en la página del Observatorio de la Calidad de la Atención en Salud (Ver anexo 1).

6.2.2.2 Ejecución

La fase de ejecución, contiene los aspectos generales relacionados con el reporte institucional.

Etapas de la Fase: Reporte institucional

Esta etapa comprende una serie de aspectos críticos a tener en cuenta para el reporte de información por Plataforma de Intercambio de Información -PISIS. A su vez, incluye una serie de instrucciones sobre el proceso de reporte de información a partir de la creación del usuario institucional en el Sistema Integral de Información de la Protección Social - Sispro hasta la recepción de validaciones de estructura y contenido del archivo (Ver anexo 3) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El proceso de creación de usuario institucional en el Sispro se compone de dos etapas: la creación/ actualización de un usuario personal en el Sispro y la asociación de ese usuario con la entidad que hará el reporte.

6.2.2.3 Seguimiento

Luego de la fase de ejecución, la entidad dará inicio a la fase de seguimiento, la cual contiene la etapa de análisis de información, priorización de indicadores y acciones de mejora.

Etapas de la fase de seguimiento: Análisis, priorización y acciones de mejora

Esta etapa dentro del ciclo de monitoreo de la calidad, se lleva a cabo en cinco pasos, como son: a) Consultar resultados de los indicadores, b) Fijar metas para los indicadores, c) Comparar los resultados obtenidos frente a la meta, d) Priorización de indicadores y e) Formulación y seguimiento de acciones de mejora. A continuación, se describen cada uno de ellos.

a. Consultar resultados de los indicadores

En este paso, se aplican herramientas de visualización, como el MSPS, en función de satisfacer los requerimientos de información de los usuarios, se encuentran. Se mencionan, sitio web del Sispro que permite hacer las consultas de información más frecuentemente buscadas, así como sitios web para consultas predefinidas, para acceder a consultas de datos e información específica y sitios web temáticos que disponen de consulta de datos e información correspondiente a los ROSS. También se menciona, el Repositorio Institucional Digital (RID), que permite acceder a la información bibliográfica y a documentos electrónicos, incluyendo la documentación relacionada con las fuentes de información, bases de datos e indicadores epidemiológicos y demográficos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

b. Fijar metas para los indicadores

Este paso consiste en la elección de una meta, estándar nacional o internacional, o línea de base para la comparación de los indicadores de la entidad. Se recomienda que las metas sean fijadas en consenso en la entidad y tengan en consideración las metas departamentales, nacionales e internacionales para los indicadores de los que se disponga información.

c. Comparación entre el resultado obtenido y la meta

En este paso, se hace una contrastación de los resultados de la entidad con las metas definidas. Con el propósito de ejemplificar una de las formas de hacer la comparación de los resultados, la tabla muestra una posible tabla de trabajo. En ella se puede contrastar el resultado obtenido con la meta del indicador y establecer criterios de priorización. En la columna 1 –Dominio– se diligencia el dominio del indicador; en la columna 2 –Código– se diligencia el código asignado por la Resolución 256 de 2016 a los indicadores de las entidades; en la columna 3 –Indicador– se diligencian los nombres de los indicadores respectivos; en la columna 4 –Resultado obtenido– se diligencian los resultados de los indicadores para la entidad publicados por el MSPS; y en la columna 5 –Meta indicador– se diligencia la meta que la entidad fija para ese indicador (Ver Tabla 9) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 9

Tabla de trabajo, resultados de los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad

DOMINIO (1)	CÓDIGO (2)	INDICADOR (3)	RESULTADO OBTENIDO (4)	META INDICADOR (5)	Distancia a la meta % (6)
Efectividad	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	40%	60%	33%
Efectividad	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	35%	60%	42%
Efectividad	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	1.02	0.02	5000%
Efectividad	P.1.5	Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM)	4.3	3	43%
Efectividad	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo	25%	100%	75%
Seguridad	P.2.1	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	2.3	4.1	44%
Seguridad	P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	3.6	3.4	6%
Seguridad	P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a	5.7	3	90%

		Catéter (ITS- AC)			
Seguridad	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0.003	0.001	233%
Seguridad	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias	0.0001	0.0001	0%
Exp. de la At.	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General	8	3	167%
Exp. de la At.	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	80%	80%	0%
Exp. de la At.	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	75%	88%	15%
Exp. de la At.	P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General	7	3	133%
Exp. de la At.	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina interna	15	20	25%
Exp. de la At.	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	10	5	100%

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

La columna 6 –Distancia a la meta %– (Tabla 9), se diligencia la diferencia porcentual del indicador con respecto a la meta, en valor absoluto. La diferencia porcentual se utiliza para obtener una medida comparable entre todos los indicadores de la distancia a su respectiva meta; y el valor absoluto tiene el objetivo de considerar la magnitud de esa diferencia y no el signo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). El cálculo de esta diferencia se puede hacer aplicando la siguiente ecuación:
 Distancia a la meta = (Resultado obtenido – Meta indicador/Meta indicador) X 100%

Una vez realizado el cálculo, la entidad puede organizar la tabla según la distancia a la meta de mayor a menor, con el objetivo de establecer los indicadores en los que hay mayor

distancia contra los objetivos. Se recomienda que la entidad evalúe si los resultados son acordes con las políticas implementadas y con los criterios de calidad de la entidad.

d. Priorización de indicadores

Una vez se tienen los resultados y la distancia a la meta, el interrogante es qué indicadores priorizar. Para esto, se recurre por lo general a metodologías cualitativas – metodologías intensivas en el conocimiento y la experiencia del personal de la entidad–. De esta manera, se propone priorizar usando una matriz simplificada de factores críticos, metodología de gran sencillez que tiene sus fundamentos en el proceso analítico jerárquico desarrollado por Thomas Saaty en los años setenta (Soe, Kevin M. Sullivan y Minn M., 2006). Esta metodología cuenta con múltiples adaptaciones que la han hecho útil en diferentes áreas, como la priorización de procesos institucionales por estandarizar en el marco de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2007), y que son ampliamente conocidos por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, Entidades Territoriales de Salud, y Prestadores de Salud.

A partir de los datos obtenidos en el tablero de los indicadores de calidad y de la identificación de la distancia a la meta, se podrá estimar la factibilidad para intervenir de la entidad frente al resultado del indicador y, a su vez, se podrá determinar la gravedad del efecto en sí mismo aplicando metodología descrita a continuación:

La factibilidad de intervención -Tabla 10- se refiere a la capacidad institucional para dar viabilidad a la resolución del problema. La calificación de este criterio debe considerar la disponibilidad de intervenciones costo-efectivas para el efecto en evaluación, así como la posibilidad de gestionar su riesgo. De igual forma, se debe contemplar la factibilidad económica para desarrollar las intervenciones, la aceptabilidad de las intervenciones posibles, los recursos disponibles y la legalidad de la intervención. Cada criterio será calificado de 1 a 4 -la columna 7 de la tabla 1- siendo 4 el mayor y 1 el menor valor. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 10*Escala de factibilidad de intervención*

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	
1	Factible solo a largo plazo
2	Factible a mediano o largo plazo
3	Factible a corto plazo
4	Muy factible a corto plazo

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Posteriormente, se calificará el criterio de gravedad del efecto (ver Tabla 11), el cual debe considerar tanto la magnitud –es decir, qué tanta población está siendo afectada por el efecto en evaluación– como la contribución en la carga de mortalidad (enfermedad) del efecto. Asimismo, debe tener en cuenta el potencial de mortalidad prematura o discapacidad relativa y el alto costo que el efecto en evaluación puede generar a los servicios de salud, entre otras características que determinen la gravedad del efecto, tales como amenaza al desarrollo humano o amenaza al derecho a la salud (Tabla 11). Cada criterio será calificado de 1 a 4 -la columna 8 de la tabla 14- siendo 4 el mayor y 1 el menor valor (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tabla 11*Escala de gravedad del efecto*

GRAVEDAD DEL EFECTO	
1	Poco grave
2	Moderadamente grave
3	Grave
4	Muy grave

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Los ambos criterios (factibilidad de la intervención y gravedad del efecto) serán multiplicados entre sí para obtener el grado de severidad del indicador –columna 9 de la tabla 12 –, generando un puntaje máximo de 16 puntos para cada indicador, y luego se realizará un ordenamiento de mayor a menor de acuerdo con el puntaje obtenido. De esta forma, los indicadores con mayor puntuación grado de severidad en cada dominio de calidad serán

seleccionados para ser intervenidos de forma prioritaria y por lo tanto, a partir de ellos, se formularán las acciones de mejora (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En la tabla se puede observar un ejemplo.

Tabla 12

Tabla de trabajo, resultados de los indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad

DOMINIO (1)	CÓDIGO (2)	INDICADOR (3)	RESULTADO OBTENIDO (4)	META INDICADOR (5)	Distancia a la meta (%) (6)	Factibilidad de intervención (7)	Gravedad del efecto (8)	Grado de severidad (9)
Seguridad	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	0.003	0.001	233%	4	4	16
Seguridad	P.2.3	Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC)	5.7	3	90%	4	4	16
Efectividad	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo	25%	100%	75%	4	4	16
Seguridad	P.2.1	Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	2.3	4.1	44%	4	4	16
Seguridad	P.2.2	Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)	3.6	3.4	6%	4	4	16
Efectividad	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	1.02	0.02	5000%	3	4	12
Exp. de la At.	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría	10	5	100%	4	3	12

Efectividad	P.1.5	Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/ MM)	4.3	3	43%	3	4	12
-------------	-------	--	-----	---	-----	---	---	----

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

6.2.2.4 Formulación de acciones de mejora

La gerencia del riesgo en el monitoreo de la calidad, aplica un mapa de calor, siendo una herramienta útil que permite visualizar la factibilidad de intervención y la gravedad del efecto sobre los resultados de los indicadores del MOCA.

e. Formulación y seguimiento a las acciones de mejora

En este paso, cada entidad definirá, desde sus procesos, las acciones de mejora para los indicadores ubicados en el nivel alto y extremo. A su vez para los indicadores ubicados en el nivel moderado y bajo, la entidad deberá mantener el control de procesos y el seguimiento a las estrategias definidas con los insumos generados en los pasos anteriores, los responsables de los procesos y equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de mejora que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados, para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Acorde con lo anterior, se sugiere utilizar métodos como el Análisis y Solución de Problemas, Six Sigma o Análisis de la Causa Raíz (análisis de ruta causal), entre otros (Ministerio de la Protección Social, 2007). Así mismo se debe realizar un informe semestral de análisis del comportamiento de todos los indicadores reportados. Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta un ejemplo

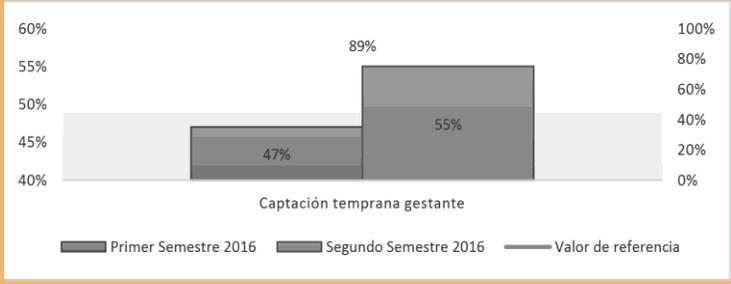
de ficha para documentar análisis y acciones de mejora de los indicadores priorizados (tabla 13).

Tabla 13

Ejemplo ficha de análisis y priorización de acciones de mejora

<p>Nombre del indicador: Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación</p>										
Definición	Expresa la proporción de gestantes que recibieron consulta de primera vez antes de la semana 12 de gestación.									
Análisis del resultado del indicador- Brecha	<p>ANÁLISIS:</p> <p>Para la vigencia 2016, la proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de la semana 12 presentó una leve tendencia al incremento, pasó de 47% a 55%. Sin embargo, los resultados obtenidos se encuentran aún por debajo del valor de referencia o meta.</p>	<p>I y II</p>								
		Semestres evaluados: Primero y segundo de 2016								
		Valor obtenido: Primer semestre: 47%. Segundo semestre: 55%								
		Valor de Referencia: El nivel de referencia corresponde al valor histórico de la institución para la vigencia 2015 (89%).								
		Distancia a la meta: Primer semestre de 2016: 47%. Segundo semestre de 2016: 38%								
Priorización del resultado del indicador:		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 50%;">Extremo</td> <td style="width: 50%; background-color: red;"> </td> </tr> <tr> <td>Alto</td> <td style="background-color: orange;">x</td> </tr> <tr> <td>Medio</td> <td style="background-color: yellow;"> </td> </tr> <tr> <td>Bajo</td> <td style="background-color: green;"> </td> </tr> </table>	Extremo		Alto	x	Medio		Bajo	
Extremo										
Alto	x									
Medio										
Bajo										
<p>INDICADORES DE CALIDAD - ANÁLISIS Y PRIORIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA</p>										
Acciones de causas	Examinar de diferentes maneras los indicadores y descubrir las causas ocultas del problema.	<p>Método a utilizar: Diagrama causa- efecto</p> <p>Proceso(s) para mejorar: Consulta externa</p>								

Tendencia del indicador



Semestre	Valor
Primer Semestre 2016	47%
Segundo Semestre 2016	55%
Valor de referencia	89%



Acciones de mejora

Describa las áreas de intervención y las acciones por desarrollar. Establezca una fecha de inicio y una fecha de fin de la acción.

Áreas de intervención	Acciones por desarrollar	Fecha de inicio	Fecha de fin
Liderazgo y trabajo en equipo			
Planeación - Estrategia			
Aprendizaje para la innovación			
Articulación			
Gestión por procesos - Cadena de valor			
Gestión de recursos y alianzas			
Gestión del talento humano			
Enfoque de resultados al bien común			
Otras			

Fuente. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Los instrumentos y procesos ya descritos en función de la aplicación del Sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería, están validados por Resolución 0256 de 2016 expedida por el Ministerio de la Protección Social.

6.3 Capítulo III. Estrategias para la Implementación del Sistema de Monitoreo de la Calidad por Indicadores en la Clínica Niño Jesús en la Ciudad De Montería

6.3.1 Introducción

En este capítulo, se establecen las estrategias para mejorar y fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería.

6.3.2 Estrategias para mejorar y fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería

A continuación, se establecen las estrategias para mejorar y fortalecer la calidad de atención en los servicios de salud de la Clínica Niño Jesús.

- En la clínica se requiere establecer un plan de mejora para la implementación de los indicadores de calidad e involucrar a todos los colaboradores en dicho proceso de cambio para que se logre una alineación de todos en pro de la mejora de los procesos y la prestación de un servicio de calidad para los pacientes.
- Es necesario crear un cargo específico, de un responsable que se encargue del monitoreo del sistema de calidad a implementar, ya que esta área no se ha considerado para la clínica, y es necesario, en función de garantizar un servicio de calidad a los usuarios y pacientes.
- Se deben mejorar los procesos de recepción de quejas, fortalecer la comunicación con los pacientes, la realización de encuesta de satisfacción global, la capacitación en ambiente seguro a los pacientes y el reporte de incidentes. Estas necesidades se surgieron a partir de lo identificado en el diagnóstico y en cuanto a lograr mejores indicadores de calidad y de acreditación en salud.
- Desarrollo del plan de mejoramiento según lo contenido el monitoreo del sistema de calidad a implementar, en el cual, se deben identificar nuevas fallas potenciales en

los procesos para evitar que en algún momento se presenten por no tomar acciones preventivas.

- Una vez se concluya la implementación del sistema de monitoreo de la calidad en la clínica, se hace necesario evaluar nuevamente los estándares e indicadores para validar el cumplimiento de los mismos ante posibles cambios que haya provocado todo el plan ya ejecutado.
- La propuesta de unificación del sistema de información con base en el sistema de monitoreo de la calidad en cuanto al manejo y la centralización de la información, debe ser considerada para que se pueda cumplir con la exigencia de acreditación en salud sobre la efectividad de la información.
- Es necesario la implementación de indicadores de gestión para poder hacer seguimiento y evaluación a los procesos con el propósito de actuar con planes de mejoramiento que permitan alcanzar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los procesos que conllevará el mejoramiento en la prestación del servicio de salud.
- Es necesario estandarizar por medio de registros (formatos) que tienen cada uno de los procesos del sistema de monitoreo de la calidad y con ello, hacer seguimiento, control y lograr mejoras en dichos procesos.
- Se debe dar a conocer a todos los funcionarios de las clínicas y personal médico-asistencial, sobre la nueva etapa que iniciarán con respecto al sistema de monitoreo de la calidad y su importancia para mejorar la prestación de los servicios a los usuarios.
- Además, es necesario establecer indicadores que permitan medir el cumplimiento de los estándares de acreditación. inspección o supervisión de cada zona de la clínica y el mantener la limpieza de los lugares de trabajo.

-
- Se debe mejorar los tiempos de espera, y para ello, se requiere mayor cualificación del recurso humano en atención a atender de manera oportuna las solicitudes de servicio por parte de los usuarios.
 - Se debe motivar al personal médico – asistencial, con incentivos para que exista un mayor compromiso en cuanto a brindar un servicio ágil en todo momento sin dejar a un lado un servicio de calidad.
 - Promover la formación y cualificación del personal interno de la clínica, en especial en lo referente a temas relacionados con la calidad de los servicios de salud.
 - La clínica deberá crear e implementar estándares de calidad teniendo en cuenta los servicios ofertados a los usuarios.
 - Se requiere mantener el sistema de monitorización, definiendo los procesos definidos como prioritarios e implementar indicadores de seguimiento a riesgos y aquellos que permitan brindar información útil para el análisis y mejoramiento de la calidad en la clínica.

Conclusiones

En los hallazgos obtenidos, en las encuestas y las entrevistas, dirigidas a los colaboradores usuarios y directivos de la Clínica Niño Jesús en la ciudad de Montería, se pudo establecer, que, a nivel general, el nivel de percepción de la calidad es muy favorable, por lo cual, es propicio el ambiente, para la implementación del sistema de monitoreo de la calidad en cada una de las unidades de servicio en la Clínica.

En línea con los resultados obtenidos, y en función de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios en la clínica, es de relevancia, aplicar lo contenido en la Resolución 0256 de 2016, en el cual, esta contenido la necesidad de que las instituciones de salud, implementen una serie de indicadores para el monitoreo de la calidad, y dicha normatividad hace énfasis, en cuatro aspectos centrales para el monitoreo de la calidad, como son: a) efectividad, b) Gestión del riesgo, c) Seguridad en la atención y d) Experiencia de la atención. Estos factores, se consideran dominios, y a partir de ello, se derivan los indicadores con sus respectivas fichas técnicas.

En el desarrollo del estudio se describió el ciclo para el monitoreo de la calidad, propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual está compuesto por tres fases: a) planeación; b) ejecución y c) seguimiento. Cada una de estas fases, deben ser tenidas en cuenta, en la Clínica Niño Jesús, debido a que están direccionadas a ésta, realice un reconocimiento del nuevo enfoque del monitoreo de la calidad, en ese sentido, se requiere que dicha entidad, prepare reportes de información; así como también, el que se pueda brindar herramientas para el análisis de los resultados que se obtengan en cuanto a la calidad de los servicios que ofrece en la ciudad.

Esta implementación del sistema de monitoreo de la calidad, lleva contenido, la formulación y seguimiento de acciones de mejora, y todo ello, en el objeto de que se fortalezca la gestión institucional y se logren servicio a los usuarios en términos de calidad, oportunidad y eficiencia en la clínica.

Referencias Bibliográficas

Ardón C. (2003). *Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención*. Bogotá.

Ardon, N. y Jara, M. (1998). *Interpretación de la conceptualización de la calidad y calidad en salud y de las metodologías existentes a nivel internacional para evaluar la calidad en los Servicios de salud*. Análisis Preliminar. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Banco Mundial (2019). Informe No: AUS0000853 *Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia* Banco Mundial e IFC Versión Final 17 de Julio de 2019.

DANE (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”*. Bogotá, D. C.

Donbedian, A. (1998). *La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad*. .Salud Pública, España.. Páginas 3-6, 78 12.

Febré, N., Mondaca G., Méndez C., Badilla M., Soto P., Anovic, K. y Canales M. (2018). *Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición*. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 29, Issue 3, Pages 278-287

Giraldo, P. (1997). *Modulo Epidemiología. Postgrado Gerencia Hospitalaria*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá 1997. Páginas 1-5

González G. y Tellez R. (2018). *Indicadores de Calidad por dominios en los servicios de fonoaudiología y odontología desde la normatividad vigente colombiana*. Universidad Santo Tomas- Bogotá.

García, M., Ráez, L., Castro, M., Vivar, L., & Oyola, L. (2003). *Sistema de indicadores de calidad I*. Industrial Data, 66-73.

Gómez, E. (1991). *El Control Total de la Calidad como una estrategia de Comercialización*. Editorial Legis. Bogotá., Página 92

Jiménez P. (2004). *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios*. Una mirada actual. Hospital Clínico-quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". Rev Cubana Salud Pública v.30 n.1 Ciudad de La Habana

Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., & Jordan, K. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Global Health, e1196-e1252. doi:doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Malagon, G. y Otros. (1998). *Auditoría en Salud. Una Gestión Eficiente*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Gestión del mejoramiento continuo de la calidad*. Colombia, 2016. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. Documento técnico n° 1. En Salud 2015. Bogotá, D. C., Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Sistema de evaluación del desempeño del sistema de salud bajo criterios OCDE Colombia*. Bogotá, D. C.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá, D. C.

Ministerio de la Protección Social Ministerio de la Protección Social (2009). *Primer Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”*. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social (2007). *Pautas indicativas auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud*.

Hernández M. (2010). *Evaluación de la implementación de indicadores de gestión y control de resultados para la Clínica Divino Niño periodo 2008 -2009*. Universidad Francisco de Paula Santander. Colombia.

Observatorio Nacional de Calidad en Salud (2020). *¿Cuál es la calidad de la atención en salud que recibimos los Colombianos?*, <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>.

Páez C. y Valencia O. (2016) *Programa de Auditoria para el Mejoramiento De La Calidad PAMEC IPS Mas Visión Medellín*, Antioquia. Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín.

Pérez, R. (1992). *Círculos de Calidad: una herramienta en Calidad Total*. Aeroimpresos de Colombia. Página 45

Restrepo, F. R. (1998). *Evaluación y Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud. Herramientas Técnicas*. Texto Académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia), 35.

Ruiz, L. (1998). *Indicadores en Salud. Ponencia llevada a cabo en la Superintendencia Nacional De Salud*. Colombia. 1998. Página 24

Sampieri, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación* Ciudad de México, México: McGraw Hil.

Vargas, V. (2007) *Estadística descriptiva para ingeniería ambiental con SPSS*. Cali, Colombia: Impresora Feriva.

Anexos

Anexo técnico 1 Resolución 256 de 2016

A continuación, se presentan los indicadores para el monitoreo de la calidad que aplicarán a las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB), a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, al Instituto Nacional de Salud, al organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo, a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los servicios de transporte especial de pacientes. Las fichas técnicas de estos indicadores pueden ser consultadas a través del observatorio de la calidad de la atención en salud, en el siguiente enlace:

Indicadores para el monitoreo de la calidad - Prestadores de servicios de salud				
Dominio	Código	Indicador	Fuente	Cálculo del indicador
Efectividad	P.1.1	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación	Fuente integrada a Sispro	No requieren reporte por parte del prestador. El cálculo de estos indicadores lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en Sispro y de la información suministrada por el organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo.
	P.1.2	Proporción de gestantes con valoración por odontología	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.3	Proporción de partos por cesárea	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.4	Tasa de mortalidad perinatal	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.5	Relación morbilidad materna extrema/ Muerte materna temprana (MME/MM)	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.6	Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.7	Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	Fuente integrada a Sispro	

	P.1.8	Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años	Fuente integrada a Sispro
	P.1.9	Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Fuente integrada a Sispro
	P.1.10	Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Fuente integrada a Sispro
	P.1.11	Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), con diagnóstico de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	Fuente integrada a Sispro
	P.1.12	Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto	Fuente integrada a Sispro
	P.1.13	Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave	Fuente integrada a Sispro
	P.1.14	Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL	Fuente integrada a Sispro
	P.1.15	Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre	Fuente integrada a Sispro
	P.1.16	Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	Fuente integrada a Sispro
	P.1.17	Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA), estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	Fuente integrada a Sispro
	P.1.18	Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)	Fuente integrada a Sispro

	P.1.19	Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.20	Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.21	Proporción de mujeres entre los 50 y 69 años con toma de mamografía en los últimos 2 años	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.22	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.23	Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año.	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.24	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo leucemia aguda pediátrica (LAP) en menores de 18 años	Fuente integrada a Sispro	
	P.1.25	Proporción de menores de 18 años que cumplen el estándar de 5 días para el inicio de tratamiento de LAP	Fuente integrada a Sispro	
Seguridad	P.2.1	Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV)	Fuente integrada a Sispro	No requieren reporte por parte del prestador. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en Sispro y de la información suministrada por el Instituto Nacional de Salud.
	P.2.2	Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC)	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.3	Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC)	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.4	Proporción de endometritis posparto vaginal	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.5	Proporción de endometritis poscesárea	Fuente integrada a Sispro	

	P.2.6	Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	Sí requiere reporte a través de la plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral de información de la protección social (Sispro), según anexo técnico 2- Registro Tipo 5
	P.2.7	Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias reporte del prestador al MSPS y	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	
	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	
	P.2.10	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	
	P.2.11	Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	
	P.2.12	Tasa de úlceras por presión.	Reporte del prestador al MSPS y Fuente integrada a Sispro	
	P.2.13	Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.14	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Fuente integrada a Sispro	
	P.2.15	Proporción de cancelación de cirugía	Reporte del prestador al MSPS	Sí requiere reporte a través de la plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral

				de información de la protección social-Sispro, según anexo técnico 2- Registro Tipo 4
Experiencia de la atención	P.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Reporte del prestador al MSPS	Si requiere reporte a través de la plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral de información de la protección social-Sispro, según anexo técnico 2- Registro tipo 2, 3, 4 y 6.
	P.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.3	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.4	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.5	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.6	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.7	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.8	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.9	Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.10	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.11	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	Reporte del prestador al MSPS	

	P.3.12	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.13	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.14	Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Reporte del prestador al MSPS	
	P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Reporte del prestador al MSPS	
Indicadores para el monitoreo de la calidad - EAPB				
Dominio	Código	Indicador	Fuente	Cálculo del indicador
Efectividad	E.1.1	Razón de mortalidad materna a 42 días	Fuente integrada a Sispro	No requiere reporte por parte de la EAPB. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en Sispro y de la información suministrada por el organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo.
	E.1.2	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.3	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.4	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.5	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.6	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.7	Letalidad por dengue	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.8	Proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada	Fuente integrada a Sispro	
	E.1.9	Proporción de progresión de enfermedad renal crónica	Fuente integrada a Sispro	

Gestión del riesgo	E.2.1	Proporción de tamización para virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en gestantes	Fuente integrada a Sispro	No requiere reporte por parte de la EAPB. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en Sispro y de la información suministrada por el organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo.
	E.2.2	Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para virus de inmunodeficiencia humano con terapia antirretroviral (TAR)	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.3	Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.4	Proporción de niños con diagnóstico de hipotiroidismo congénito que reciben tratamiento.	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.5	Captación de hipertensión arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.6	Proporción de pacientes hipertensos controlados	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.7	Captación de diabetes mellitus de personas de 18 a 69 años	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.8	Proporción de pacientes diabéticos controlados	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.9	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.10	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.11	Proporción de mujeres con citología cervico-uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.12	Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix	Fuente integrada a Sispro	

	E.2.13	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.14	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata	Fuente integrada a Sispro	
	E.2.15	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de leucemia aguda pediátrica (LAP)	Fuente integrada a Sispro	
Experiencia de la atención	E.3.1	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Reporte del prestador al MSPS	No requiere reporte de la EAPB a través plataforma de intercambio de información (Pisis) del sistema integral de información la protección social - Sispro de este ministerio. Estos dos indicadores serán calculados a partir del reporte realizado por los prestadores de servicios de salud, según anexo técnico 2
	E.3.2	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Reporte del prestador al MSPS	
	E.3.3	Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética nuclear	Reporte de la EAPB al MSPS	Sí requiere reporte a través de la plataforma de intercambio de información (PISIS) del sistema integral de información de la protección social, Sispro, según anexo técnico 3-
	E.3.4	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas	Reporte de la EAPB al MSPS	Registro Tipo 2
	E.3.5	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera	Reporte de la EAPB al MSPS	
	E.3.6	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica	Reporte de la EAPB al MSPS	
	E.3.7	Proporción de satisfacción global de los usuarios en la EPS	Fuente encuesta de evaluación de los servicios de las EPS,	No requiere reporte por parte de la EPS. El cálculo de este indicador lo



			Ministerio de Salud y Protección Social	realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de los resultados de la encuesta de evaluación de los servicios de EPS, realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social
E.3.8	Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos	Fuente encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social		
E.3.9	Proporción de usuarios que han pensado cambiarse de EPS	Fuente encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, Ministerio de Salud y Protección Social		
Indicadores para el monitoreo de la calidad - Entidades departamentales, distritales y municipales de salud				
Dominio	Código	Indicador	Fuente	Cálculo del indicador
Efectividad	D.1.1	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer	Fuente integrada a Sispro	Ningún indicador requiere reporte por parte de la entidad departamental, distrital o municipal de salud. El cálculo de estos indicadores lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en Sispro, información de REPS e información suministrada por el organismo técnico de administración de la cuenta de alto costo
	D.1.2	Razón de mortalidad materna	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.3	Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.4	Tasa de incidencia de hipotiroidismo congénito	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.5	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por IRA	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.6	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por EDA	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.7	Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.8	Prevalencia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en personas de 15 a 49 años	Fuente integrada a Sispro	
	D.1.9	Tasa de incidencia de sífilis congénita	Fuente integrada a Sispro	

	D.1.10	Letalidad por dengue	Fuente integrada a Sispro
	D.1.11	Prevalencia de hipertensión arterial	Fuente integrada a Sispro
	D.1.12	Prevalencia de diabetes mellitus	Fuente integrada a Sispro
	D.1.13	Tasa de incidencia de enfermedad renal crónica (ERC) estadio 5	Fuente integrada a Sispro
	D.1.14	Tasa de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres	Fuente integrada a Sispro
	D.1.15	Tasa de mortalidad por tumor maligno de cuello uterino	Fuente integrada a Sispro
	D.1.16	Tasa de mortalidad por tumor maligno de próstata	Fuente integrada a Sispro
	D.1.17	Proporción de abandono de tratamiento de leucemia aguda pediátrica (LAP)	Fuente integrada a Sispro
Gestión del riesgo	D.2.1	Cobertura de verificación para habilitación de servicios	Registro especial de prestadores de servicios de salud
	D.2.2	Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos	Fuente integrada a Sispro
	D.2.3	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año	Fuente integrada a Sispro
	D.2.4	Cobertura de vacunación de la tercera dosis de polio en niños y niñas menores de un año	Fuente integrada a Sispro
	D.2.5	Cobertura de vacunación de la triple viral en niños y niñas de un año	Fuente integrada a Sispro

Anexo técnico 2

Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (prestadores de servicios de salud)

Las entidades obligadas a reportar, definidas en la presente resolución, deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información para el monitoreo de la calidad en salud. Para tal fin, se definen cuatro temas:

1. Estructura y especificación de los archivos.
2. Características de los archivos planos.
3. Plataforma para el envío de archivos.
4. Periodo de reporte y plazo.

1. Estructura y especificación de los archivos

a) Estructura y especificación del nombre del archivo.

El nombre de los archivos de reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (prestadores de servicios de salud) que debe ser enviado por las instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios de transporte especial de pacientes, debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Módulo de información	MCA	Identificador del módulo de información MCA: Monitoreo de la calidad en salud	3	SÍ
Tipo de Fuente	195	Fuente de la Información: 195: Instituciones prestadoras de servicios de salud o servicios de transporte especial de pacientes	3	SÍ

Tema de información	MOCA	Tema de información MOCA: Información para el monitoreo de la calidad en salud	4	SÍ
Componente del Nombre de Archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud Fija	Requerido
Fecha de Corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, corresponde al último día calendario del período de información reportada.	8	SÍ
Tipo de identificación de la entidad reportadora	NI	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	2	SÍ
Número de identificación de la entidad reportadora	999999999999	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	SÍ
Consecutivo del archivo	C99	Se debe usar el prefijo C, el cual indica “consecutivo del archivo en el periodo de reporte” y a continuación el número de consecutivo, usando el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: C01, C02, C12 etc.	3	SÍ
Extensión del archivo	.txt	Extensión del archivo plano	4	SÍ

Nombre del archivo

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios de transporte especial de pacientes)	MCA195MOCAAAAAMDDNI999999999999C99.txt	39

b) Contenido del archivo

El archivo de reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios de transporte especial de pacientes), está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1) utilizado para identificar la entidad fuente de la información y varios tipos de registros de detalle numerados a partir del registro tipo 2 que contienen la información solicitada así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio para Instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios de transporte especial de pacientes
Tipo 2	Registro de detalle de oportunidad en citas	Obligatorio para instituciones prestadoras de servicios de salud y servicios de transporte especial de pacientes
Tipo 3	Registro de detalle de satisfacción global	Obligatorio para instituciones prestadoras de servicios de salud
Tipo 4	Registro de detalle de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano	Obligatorio para instituciones prestadoras de servicios de salud
Tipo 5	Registro de detalle de eventos adversos	Obligatorio para instituciones prestadoras de servicios de salud

Tipo 6	Registro de detalle de urgencias (Triage II)	Obligatorio para instituciones prestadoras de servicios de salud
--------	--	--

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe (|)

b.1 Registro tipo 1 - Registro de control. Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SÍ
1	Código de habilitación de la IPS (REPS)	12	A	Código habilitación de la IPS (REPS) que realiza el servicio	SÍ
2	Tipo de identificación de la entidad reportadora	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	SÍ
3	Número de identificación de la entidad reportadora	12	A	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo.	SÍ
4	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SÍ
5	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y debe concordar con la fecha de corte del nombre del archivo. Último día calendario	SÍ

				del periodo que se está reportando.	
6	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	9	N	Debe corresponder a la cantidad de registros de detalle, contenidos en el archivo.	SÍ

b.2 Registro tipo 2 - Registro de detalle de oportunidad en citas

Mediante el registro tipo 2, las entidades reportan el detalle de la información de oportunidad en citas. Se debe reportar un registro tipo 2 por cada cita de primera vez en el año por cada usuario y por cada especialidad, salvo en los procedimientos ecografía y resonancia magnética nuclear para los que se debe diligenciar la información de todas los procedimientos solicitados. Cabe resaltar que la información solicitada es únicamente para las citas o procedimientos no quirúrgicos listados en el campo 11 de este registro de detalle.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle tipo 2	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Tipo de identificación del usuario	2	A	RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte CD: Carné diplomático	SÍ
3	Número de identificación del usuario	16	A	Número de identificación del usuario, no debe estar separado por puntos, comas o espacios. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el	SÍ

				caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula.	
4	Fecha de nacimiento del usuario	10	F	AAAA-MM-DD	SÍ
5	Sexo del usuario	1	A	H: Hombre M: Mujer I: Indeterminado	SÍ
6	Primer apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
7	Segundo apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
8	Primer nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SI
9	Segundo nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
10	Código de la EAPB del usuario	6	A	Corresponde al código asignado a la EAPB por la entidad competente. En caso de ser población pobre no asegurada y no afiliada, diligenciar el código de la entidad territorial (departamento y municipio) así: Si es departamental, el código del departamento y completar con ceros; en caso de ser municipal el código del departamento seguido del código del municipio.	SÍ
11	Identificación del tipo de cita o procedimiento no quirúrgico	1	N	1: Cita para consulta de primera vez de medicina general (código CUPS 89.0.2.01) 2: Cita para consulta de primera vez de odontología general (código CUPS 89.0.2.03)	SÍ

				3: Cita para consulta de primera vez de medicina interna (código CUPS 89.0.2.02) 4: Cita para consulta de primera vez de pediatría (código CUPS 89.0.2.02) 5: Cita para consulta de primera vez de ginecología (código CUPS 89.0.2.02) 6: Cita para consulta de primera vez de obstetricia (código CUPS 89.0.2.02) 7: Cita para consulta de primera vez de Cirugía general (código CUPS 89.0.2.02) 8: Procedimiento de ecografía (código CUPS 88.1.1.12 al 88.2.8.41) 9: Procedimiento de resonancia magnética nuclear (código CUPS 88.3.1.01 al 88.3.9.10).	
12	Fecha de la solicitud de la cita	10	F	En formato AAAA-MM-DD	SÍ
13	La cita fue asignada	1	N	1: SI 2: NO	SÍ
14	Fecha de la asignación de la cita	10	F	En formato AAAA-MM-DD En el caso que el campo 13 sea "NO", no diligenciar este campo	NO
15	Fecha para la cual el usuario solicitó que le fuera asignada la cita (fecha deseada)	10	F	En formato AAAA-MM-DD	SÍ

b.3 Registro tipo 3 - Registro de detalle de satisfacción global.

Mediante el registro tipo 3, las entidades reportan el detalle de la información de satisfacción global. Se debe reportar un único registro tipo 3 en cada archivo.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	3: valor que significa que el registro es de detalle tipo 3	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Continúa la numeración de los registros de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Tipo de identificación de la entidad reportadora	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	SÍ
3	Número de identificación de la entidad reportadora	12	A	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación.	SÍ
4	Número de usuarios que respondieron “muy buena” a la pregunta: “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
5	Número de usuarios que respondieron “buena” a la pregunta: “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
6	Número de usuarios que respondieron “regular”:	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ

	“¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”				
7	Número de usuarios que respondieron “mala” a la pregunta: “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
8	Número de usuarios que respondieron “muy mala” a la pregunta: “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
9	Número de usuarios que no respondieron la pregunta: “¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
10	Número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” a la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
11	Número de usuarios que respondieron “probablemente sí” a la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
12	Número de usuarios que respondieron “definitivamente no” a la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ

13	Número de usuarios que respondieron “probablemente no” a la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ
14	Número de usuarios que no respondieron la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	7	N	Número entre 0 y 9999999	SÍ

b.4 Registro tipo 4 - Registro de detalle de programación de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano

Mediante el registro tipo 4, las entidades reportan el detalle de la información de la programación de procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano. Se debe reportar un registro tipo 4 por cada procedimiento quirúrgico realizado en quirófano aplicados a un usuario en el periodo de reporte. La información solicitada es únicamente para los procedimientos quirúrgicos realizados en quirófano con codificación CUPS entre 01.0.1.01 y 86.9.7.00. La codificación CUPS se encuentra descrita en la Resolución 4678 de 2015.

Nº	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	4: valor que significa que el registro es de detalle tipo 4	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Continúa la numeración de los registros de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
Nº	Nombre del Campo	Longitud Máxima del Campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido

2	Tipo de identificación del usuario	2	A	RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte CD: Carné diplomático	SÍ
3	Número de identificación del usuario	16	A	Número de identificación del usuario, no debe estar separado por puntos, comas o espacios. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula.	SÍ
4	Fecha de nacimiento del usuario	10	F	En formato AAAA-MM-DD	SÍ
5	Sexo del usuario	1	A	H: Hombre M: Mujer I: Indeterminado	SÍ
6	Primer apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
7	Segundo apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
8	Primer nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
9	Segundo nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
10	Código de la EAPB del usuario	6	A	Corresponde al código asignado a la EAPB por la entidad competente. En caso de ser población pobre no asegurada y no afiliada, diligenciar el código de la entidad territorial.	SÍ
11	Código del municipio de residencia del afiliado	5	N	Tabla división político-administrativa de Colombia Divipola del DANE. Los dos (2) primeros dígitos corresponden a departamento y los tres (3) siguientes a municipio.	SÍ

12	Código del procedimiento quirúrgico realizado en quirófano	6	N	Código CUPS entre 010101 (que corresponde a 01.0.1.01) y 869700 (que corresponde a 86.9.7.00) diligenciado sin puntos. Estos códigos se encuentran en la tabla de referencia CUPS publicada en el sitio web.sispro.gov.co de acuerdo con la Resolución 4678 de 2015	SÍ
13	Fecha de solicitud de la programación del procedimiento	10	A	En formato AAAA-MM-DD	SÍ
14	Fecha de programación del procedimiento quirúrgico	10	A	En formato AAAA-MM-DD Debe ser mayor o igual al campo 12	SÍ
15	Se realizó el procedimiento quirúrgico	1	N	1: SÍ 2: NO	SÍ
16	En caso de NO realización, ¿por qué causa?	1	N	1: Atribuible a la institución 2: Atribuible al usuario 3: Por orden médica	NO
17	Se reprogramó el procedimiento quirúrgico	2	N	1: SÍ 2: NO En caso de que el campo 15 sea SÍ, diligenciar NO.	SÍ

b.5 Registro tipo 5 - Registro de detalle de eventos adversos.

Mediante el registro tipo 5, las entidades reportan el detalle de la información de eventos adversos trazadores. Se debe reportar un único registro tipo 5 en el archivo. Para el reporte de este registro, se utilizan los siguientes términos:

Incidente: es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

Evento adverso: es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	5: valor que significa que el registro es de detalle tipo 5	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Continúa la numeración de los registros de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Tipo de identificación de la entidad reportadora	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	SÍ
3	Número de identificación de la entidad reportadora	12	A	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación.	SÍ
4	Número total de caídas en el servicio de hospitalización	10	N	Número total de caídas en el servicio de hospitalización en el periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ
N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
5	Número total de caídas en el servicio de urgencias	10	N	Número total de caídas en el servicio de urgencias en el periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ

6	Número total de caídas en el servicio de consulta externa	10	N	Número total de caídas en el servicio de consulta externa periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ
7	Número total de caídas en los servicios de apoyo diagnóstico	10	N	Número total de caídas en los servicios de apoyo diagnóstico en el periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ
8	Número total de caídas que se clasificaron como evento adverso	10	N	Número total de caídas que se clasificaron como evento adverso en el periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ
9	Número total de caídas que se clasificaron como incidente	10	N	Número total de caídas que se clasificaron como incidente en el periodo de reporte. La suma de los campos 4, 5, 6 y 7 debe coincidir con la suma de los campos 8 y 9.	SÍ
10	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización	10	N	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de hospitalización en el periodo de reporte.	SÍ
11	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias	10	N	Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias en el periodo de reporte.	SÍ
12	Número total de pacientes que desarrollan úlceras por	5	N	Número total de pacientes que desarrollan úlceras por presión	SÍ

presión durante el periodo de hospitalización que se clasificaron como evento adverso			durante el periodo de hospitalización que se clasificaron como evento adverso	
---	--	--	---	--

b.6 Registro tipo 6 - Registro de detalle de urgencias (Triage II).

Mediante el registro tipo 6, las entidades reportan el detalle de la información de urgencias (Triage II) ocurridas durante el período de reporte.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	6: valor que significa que el registro es de detalle tipo 6	SÍ
1	Consecutivo de registro	10	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Continúa la numeración de los registros de detalle y va incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	SÍ
2	Tipo de identificación del usuario	2	A	RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte CD: Carné diplomático	SÍ
3	Número de identificación del usuario	16	A	Número de identificación del usuario, no debe estar separado por puntos, comas o espacios. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos deben estar en mayúscula.	SÍ

4	Fecha de nacimiento del usuario	10	A	En formato AAAA-MM-DD	SÍ
5	Sexo del usuario	1	A	H: Hombre M: Mujer I: Indeterminado	SÍ
6	Primer apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
7	Segundo apellido del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
8	Primer nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
9	Segundo nombre del usuario	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
10	Código de la EAPB del usuario	6	A	Corresponde al código asignado a la EAPB por la entidad competente. En caso de ser población pobre no asegurada y no afiliada, diligenciar el código de la entidad territorial.	SÍ
11	Fecha de la clasificación como Triage II	10	F	En formato AAAA-MM-DD	SÍ
12	Hora de la clasificación como Triage II	5	F	HH:MM	SÍ
Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
13	Fecha de atención en consulta de urgencias	10	F	En formato AAAA-MM-DD Debe ser mayor o igual al campo 11	SÍ
14	Hora de atención en consulta de urgencias	5	F	HH:MM	SÍ

Anexo técnico 3

Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (EAPB)

Las entidades obligadas a reportar definidas en la presente resolución deben enviar al Ministerio de Salud y Protección Social los archivos planos con la información para el monitoreo de la calidad en salud. Para tal fin, se definen cuatro temas:

1. Estructura y especificación de los archivos.
 2. Características de los archivos planos.
 3. Plataforma para el envío de archivos.
 4. Periodo de reporte y plazo.
1. Estructura y especificación de los archivos

a) Estructura y especificación del nombre del archivo.

El nombre de los archivos de reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (EAPB) que debe ser enviado por las empresas administradoras de planes y beneficios (EAPB), debe cumplir con el siguiente estándar:

Componente del nombre de archivo	Valores permitidos o formato	Descripción	Longitud fija	Requerido
Módulo de información	MCA	Identificador del módulo de información MCA: Monitoreo de la calidad en salud	3	SÍ
Tipo de fuente	170	Fuente de la información: 170: EAPB	3	SÍ
Tema de información	AUTO	Tema de información AUTO: Información de autorizaciones de	4	SÍ

		procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos		
Fecha de corte	AAAAMMDD	Fecha de corte de la información reportada, corresponde al último día calendario del período de información reportada.	8	SÍ
Tipo de identificación de la entidad reportadora	NI	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	2	SÍ
Número de identificación de la entidad reportadora	999999999999	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda, si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	12	SÍ
Consecutivo del archivo	C99	Consecutivo del archivo	3	SÍ
Extensión del archivo	.txt	Extensión del archivo plano.	4	SÍ

Nombre del archivo

Tipo de archivo	Nombre de archivo	Longitud
Reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (EAPB)	MCA170AUTOAAAAMMDDNI999999999999C99.txt	39

b) Contenido del archivo.

El archivo de reporte de información para el monitoreo de la calidad en salud (EAPB) está compuesto por un único registro de control (registro tipo 1) utilizado para identificar la

entidad fuente de la información y un registro de detalle tipo 2 que contienen la información solicitada, así:

Registro	Descripción	Reporte
Tipo 1	Registro de control	Obligatorio para EAPB
Tipo 2	Registro de detalle de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos	Obligatorio para EAPB

Cada registro está conformado por campos, los cuales van separados por pipe (|)

b.1 Registro tipo 1 - Registro de control

Es obligatorio. Es el primer registro que debe aparecer en los archivos que sean enviados.

Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores Permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	1: valor que significa que el registro es de control	SÍ
1	Tipo de identificación de la entidad reportadora	2	A	Tipo de identificación de la entidad reportadora de la información. Se debe especificar NI correspondiente al tipo de identificación NIT.	SÍ
Nº	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
2	Número de identificación de la entidad reportadora	12	A	Número de NIT de la entidad reportadora, sin dígito de verificación. Se debe usar el carácter CERO de relleno a la izquierda si es necesario para completar el tamaño del campo. Ejemplo: 000860999123	SÍ

3	Código de la EAPB	6	A	Corresponde al Código asignado a la EAPB por la entidad competente.	SÍ
4	Fecha inicial del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha de inicio del período de información reportada.	SÍ
5	Fecha final del período de la información reportada	10	F	En formato AAAA-MM-DD. Debe corresponder a la fecha final del periodo de información reportada y debe concordar con la fecha de corte del nombre del archivo. Último día calendario del periodo que se está reportando.	SI
6	Número total de registros de detalle contenidos en el archivo	9	N	Debe corresponder a la cantidad de registros de detalle, contenidos en el archivo.	SÍ

b.2 Registro tipo 2 - Registro de detalle de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

Mediante el registro tipo 2, las entidades reportan el detalle de la información de autorizaciones de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos. Se debe reportar un registro tipo 2 por cada procedimiento quirúrgico o no quirúrgico de cada usuario en el periodo de reporte.

N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
0	Tipo de registro	1	N	2: valor que significa que el registro es de detalle	SÍ
1	Consecutivo de registro	9	N	Número consecutivo de registros de detalle dentro del archivo. Inicia en 1 para el primer registro de detalle y va	SÍ

				incrementando de 1 en 1, hasta el final del archivo.	
2	Número de autorización	15	N	Corresponde a un número consecutivo que asigna la entidad responsable del pago y que se reinicia cada primero de enero.	SÍ
3	Fecha	10	F	En formato AAAA-MM-DD Corresponde a la fecha de la autorización	SÍ
4	Hora	5	A	En formato HH:MM Corresponde a la hora de la autorización	SÍ
5	Código administradora-pagador	6	A	Corresponde al código de la entidad responsable del pago que emite la autorización	SÍ
6	Código prestador	12	N	Corresponde al código de habilitación del prestador al cual se está autorizando la prestación del servicio, asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación.	SÍ
7	Tipo documento de identificación del paciente	2	A	RC: Registro civil TI: Tarjeta de identidad CC: Cédula de ciudadanía CE: Cédula de extranjería PA: Pasaporte CD: Carné diplomático AS: Adulto sin identificación MS: Menor sin identificación	SÍ
8	Número de identificación del paciente	16	A	Número de identificación del paciente, no debe estar separado por puntos, comas o espacios. El campo puede ser alfanumérico, de ser este el caso los caracteres alfabéticos	SÍ

				deben estar en mayúscula. En caso de adulto sin identificación o menor sin identificación, diligenciar 0 (cero).	
9	Primer apellido	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
10	Segundo apellido	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
11	Primer nombre	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	SÍ
12	Segundo nombre	60	A	En mayúsculas, sin tildes y sin caracteres especiales	NO
13	Departamento residencia paciente	2	A	Tabla división político-administrativa de Colombia Divipola del DANE.	SÍ
14	Municipio de residencia paciente	3	A	Tabla división político-administrativa de Colombia Divipola del DANE.	SÍ
15	Fecha de nacimiento del paciente	10	F	AAAA-MM-DD	SÍ
16	Sexo del usuario	1	A	H: Hombre M: Mujer I: Indeterminado	SÍ
17	Ubicación del paciente	1	N	1: ambulatorio 2: urgencia 3: hospitalización 4: atención domiciliaria 5: sitio de trabajo 6 jornada o brigada de salud	SÍ
N°	Nombre del campo	Longitud máxima del campo	Tipo	Valores permitidos	Requerido
18	Diagnóstico principal código	4	A	Código del diagnóstico principal (CIE-10). Los códigos se encuentran en la tabla de referencia CIE10 publicada en el sitio web. sispro.gov.co	SÍ

19	Código CUPS	6	N	Código CUPS del procedimiento diligenciado sin puntos. Los códigos se encuentran en la tabla de referencia CUPS publicada en el sitio web. sispro.gov.co de acuerdo con la Resolución 4678 de 2015	SÍ
20	Cantidad	3	N	Número de servicios autorizados del campo 19	SÍ
21	Solicitud de origen	10	A	Corresponde al número de la solicitud a la cual se está dando respuesta.	SÍ
22	Fecha solicitud origen	10	A	En formato AAAA-MM-DD Corresponde a la fecha de la solicitud a la cual se está dando respuesta.	SÍ
23	Hora solicitud origen	5	A	En formato HH:MM Corresponde a la hora de la solicitud a la cual se está dando respuesta.	SÍ