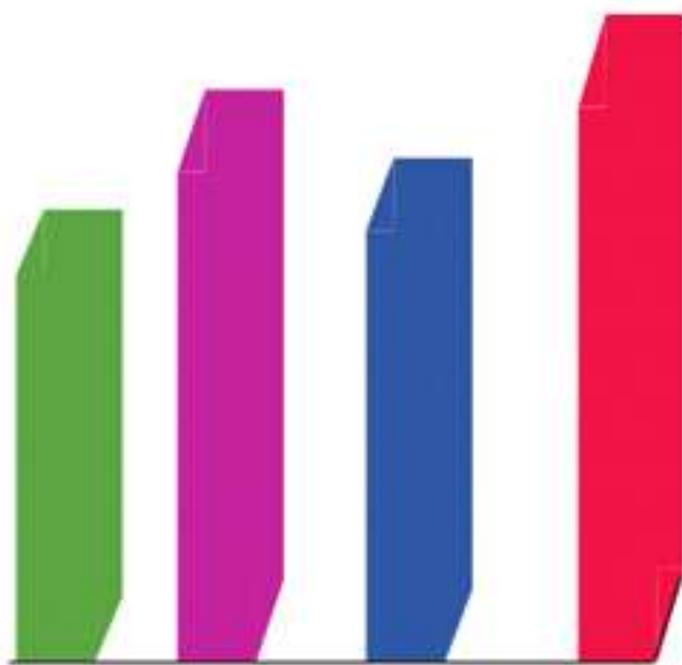




Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

# BIBLIOTECA NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD



**OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**  
ACTUALIZACIÓN A JUNIO 2011





Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

Libertad y Orden

## Observatorio de Calidad de la Atención en Salud





## CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b>	<b>3</b>
<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCCIÓN: LOS INDICADORES DE CALIDAD</b>	<b>9</b>
Definición	9
Propósito de los indicadores de calidad	9
Indicadores basados en registros	9
Indicadores basados en la búsqueda activa	10
Propiedades de los indicadores de calidad	10
<b>EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>	<b>11</b>
Propósito del Sistema de Información para la calidad	11
Estructura en cascada	11
Nivel de monitoría del sistema:	12
Nivel de monitoría externa:	12
Nivel de monitoría interna:	13
Dominios	14
Dominio Accesibilidad/Oportunidad	14
Dominio Calidad Técnica	14
Dominio Seguridad del Paciente	14
Dominio Experiencia de la Atención	14
Reglas de denominación	14
Responsabilidad de reporte	15
Codificación	15
Ajuste por riesgo	16
Definición de umbrales	16
<b>INSTRUCTIVO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA FICHA TÉCNICA</b>	<b>17</b>
<b>FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES</b>	<b>21</b>
FICHA 1: INDICADOR I.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN IPS	23
FICHA 2: INDICADOR I.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN IPS	26
FICHA 3: INDICADOR I.1.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	29
FICHA 4: INDICADOR I.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	32
FICHA 5: INDICADOR I.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA EN IPS	35
FICHA 6: INDICADOR I.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN IPS	38
FICHA 7: INDICADOR I.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN IPS	41
FICHA 8: INDICADOR I.2.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	44
FICHA 9: INDICADOR I.2.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	47
FICHA 10: INDICADOR I.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	50
FICHA 11: INDICADOR I.3.2 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	53
FICHA 12: INDICADOR I.3.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	56
FICHA 13: INDICADOR I.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN IPS	59



FICHA 14: INDICADOR E.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN EABP	62
FICHA 15: INDICADOR E.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN EABP	65
FICHA 16: INDICADOR E.1.3 (Resolución 1446 de 2006), NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POS-S	68
FICHA 17: INDICADOR E.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	71
FICHA 18: INDICADOR E.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EABP	74
FICHA 19: INDICADOR E.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN EABP	77
FICHA 20: INDICADOR E.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA EN EABP	80
FICHA 21: INDICADOR E.1.8 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EAPB	83
FICHA 22: INDICADOR E.2.1 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO	86
FICHA 23: INDICADOR E.2.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	89
FICHA 24: INDICADOR E.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO	92
FICHA 25: INDICADOR E.3.2 (Resolución 1446 de 2006), RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	95
FICHA 26: INDICADOR E.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN EABP	98
FICHA 27: INDICADOR E.4.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	101
FICHA 28: INDICADOR E.4.3 (RESOLUCIÓN 1446 DE 2006), TASA DE TRASLADOS DESDE LA EAPB	104
FICHA 29: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO IN SITU	107
FICHA 30: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS AVANZADOS	109
FICHA 31: PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PLANIFICADA	112
FICHA 32: TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES	114
FICHA 33: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD	116
FICHA 34: PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A PUENTES CORONARIOS DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA PERCUTÁNEA (ACTP)	118
FICHA 35: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO	120
FICHA 36: PROPORCIÓN DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL	122
FICHA 37: PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN	124
FICHA 38: PROPORCIÓN DE DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON LA CABECERA DEL PACIENTE ELEVADA A 30 GRADOS O MÁS	127
FICHA 39: PROPORCIÓN DE MUERTES EN UCI	130
FICHA 40: PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS	132
FICHA 41: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON OBJETIVOS DE AUTO GESTIÓN DOCUMENTADOS	134
FICHA 42: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EVENTOS QUE LO CALIFICAN A UNA REMISIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y QUE NO FUERON REMITIDOS	136
FICHA 43: PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE	139
FICHA 44: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE MEJORAN LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS VÍA ORAL	141
FICHA 45: PROPORCIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CRÍTICOS QUE MUESTRAN SÍNTOMAS DE FATIGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	144
FICHA 46: PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE TRANSCRIBE EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS ORDENES VERBALES	147
FICHA 47: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO	149



FICHA 48: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES ASISTENCIALES CON MÁS DE 8 HORAS DE TRABAJO CONTINUO	151
FICHA 49: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS QUE AFIRMAN QUE EN SU UNIDAD O ÁREA SE ADOPTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LOS PACIENTES ENTIENDEN LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	153
FICHA 50: PROPORCIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO	155
FICHA 51: TASA DE CAÍDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DÍAS PACIENTE	157
FICHA 52: TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER PERIFÉRICO	159
FICHA 53: TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL	161
FICHA 54: TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE CIRCULATORIO ASOCIADO A LÍNEA CENTRAL EN IPS	163
FICHA 55: PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE COMPLETAN TRATAMIENTO Y CURARON	166
FICHA 56: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH	169
FICHA 57: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE MALARIA	173
FICHA 58: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA	176
FICHA 59: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS	179
FICHA 60: TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	182
FICHA 61: TASA DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA	185
FICHA 62: TASA DE INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS PULMONAR	188
FICHA 63: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	191
FICHA 64: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	194
FICHA 65: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN	197
FICHA 66: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO	200
FICHA 67: TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATÉTER VESICAL	202
FICHA 68: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL	204
FICHA 69: PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER (MENOS DE 2500 GRS)	207
FICHA 70: PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS NO INDICADAS	210
FICHA 71: PROPORCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES	213
FICHA 72: PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.	216
FICHA 73: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	219
FICHA 74: TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	221
FICHA 75: TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	224
FICHA 76: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS	227
FICHA 77: ÍNDICE GLOBAL DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	230
FICHA 78: PERCEPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	233
FICHA 79: PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS	236
FICHA 80: TASA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (ISO) EN IPS	239
FICHA 81: PERCEPCIÓN GLOBAL DE CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO	241
FICHA 82: PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO	244
FICHA 83: LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	246
FICHA 84: PROPORCIÓN DE ESTANCIAS NO ADECUADAS	248
FICHA 85: TASA DE PACIENTES CON INFECCIÓN SANGUÍNEA ASOCIADA A LA INTRODUCCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL	250
FICHA 86: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ULCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN	252



FICHA 87: TASA DE FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	254
FICHA 88: TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR	256
FICHA 89: TASA DE TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS	259
FICHA 90: OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL	261
FICHA 91: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA – PSIQUIATRÍA-	263
FICHA 92: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSICOLOGÍA	265
FICHA 93: OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA DE TERAPIA OCUPACIONAL POR REMISIÓN POR SALUD MENTAL	267
FICHA 94: TASA DE SUICIDIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	269
FICHA 95: INTERCONSULTAS DE SALUD MENTAL REALIZADAS EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL	271
FICHA 96: PROPORCION DE PACIENTES ATENDIDOS POR TRABAJO SOCIAL	273
FICHA 97: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA	275
FICHA 98: RELACIÓN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) / MUERTE MATERNA	278
FICHA 99: RELACIÓN CRITERIOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	281
FICHA 100: PROPORCION DE GESTANTES CON TRES O MÁS CRITERIOS DE INCLUSIÓN	284
FICHA 101: PROPORCIÓN DE IPS DE LA RED QUE REALIZAN VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	287
FICHA 102: RESOLUTIVIDAD EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	290
FICHA 103: PROPORCION DE EMBARAZOS ADOLESCENTE	293
FICHA 104: LETALIDAD A LARGO POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	297
FICHA 105: PROPORCION DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS QUE SE DEJO UN CUERPO EXTRAÑO	299
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA	302
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	303
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	304
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	306
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	307
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	308
TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)	309
TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO	310
TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO (Continuación)	311
TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO (Continuación)	312
TABLA 3: INDICADORES SEGÚN DOMINIO Y SUBDOMINIO	313
Dominio 1. Accesibilidad/Oportunidad	313
Dominio 2. Calidad Técnica	314
Dominio 3. Seguridad del Paciente	315
Dominio 3. Seguridad del Paciente (continuación)	316
Dominio 4. Experiencia de la atención	317
ANEXO	318
REFERENCIAS	321



## PRESENTACIÓN

La Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud (BNI) es el conjunto de indicadores recopilados a través del consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud, obtenidos a partir de la revisión de la literatura existente y en lo posible basados en la evidencia disponible; estandarizados y recomendados para su utilización en los diferentes niveles del Sistema de Información para la Calidad: nivel de monitoría del sistema, niveles de monitoría externa e interna, indicadores de acreditación e indicadores de seguimiento a riesgos, y publicados en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad.

Este documento que tiene el propósito de presentar un panorama articulado de los indicadores propuestos para los diferentes niveles que contempla el Sistema de Información para la Calidad (SIC), contiene la actualización de los indicadores de calidad publicados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud y alimentarán las fichas técnicas publicadas en la Sala Temática “Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad”.

Todo esto se ha realizado a partir de integrar las revisiones de la literatura científica que ha servido para el diseño y direccionamiento de nuestro Sistema de Información para la Calidad con el acompañamiento, interacción y adopción del trabajo de varios grupos de expertos que han trabajado durante el último período en proyectos de la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social, trabajo que aparece consolidado en este documento.

De acuerdo con nuestro sistema de información para la calidad, este tiene dos grandes propósitos:

- Generar información para gestionar la calidad en el sistema.
- Ofrecer información a los usuarios para tomar decisiones informadas en relación con los diversos aspectos de su atención en salud.

Igualmente es una solicitud reiterada por parte de los diferentes actores del sistema la homologación de fuentes, y esta es la otra utilidad esperada de este documento, que alimenta y estandariza la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad, el cual es el mecanismo por excelencia para la puesta en común y divulgación de tal homologación, bien sea a través de la consulta directa de las fichas técnicas o a través de la referenciación a otras fuentes internacionales, las cuales están incluidas en su página de referentes.

Esta versión, presenta el estado actual de desarrollo de los indicadores de calidad, se trata de un paso inicial aunque aún hay mucho desarrollo por concluir. En el momento se está desarrollando el proceso de evaluación y consenso de nuevos indicadores:



- Actualización de los indicadores del nivel de monitoría del sistema que:
  - Incrementarán el espectro de los indicadores trazadores de la calidad en el sistema, mejorarán las definiciones de las fichas técnicas a partir de la experiencia obtenida en estos cuatro años de operación del Sistema de Información para la Calidad SIC.
  - Incorporarán nuevas áreas de monitorización en este nivel: cáncer y cardiovasculares.
  - Incrementarán y harán explícito el énfasis en la monitorización del dominio seguridad de paciente.
  - Incorporarán el dominio de eficiencia de la calidad de la atención.

Adicionalmente en la actualidad se desarrollan:

- Indicadores de Acreditación en cooperación con Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), ente acreditador del Sistema Único de Acreditación en Salud.
- Indicadores de Cáncer en cooperación con el Instituto Nacional de Cancerología; incorporados a la BNI.
- Indicadores de Salud Mental en cooperación con la Secretaria Distrital de Salud; incorporados a la BNI.
- Nuevos indicadores para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en cooperación con la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)
- Incorporación de nuevos indicadores para Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) hospitalarias incorporación de algunos indicadores propuestos por la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales (ACCH).
- Incremento de indicadores de morbilidad materna extrema en cooperación con la Dirección de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.
- Indicadores de seguimiento a riesgo para el Sistema Único de Habilitación.

Durante el año 2011 el plan de trabajo contempla:

- Vinculación de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud en la discusión y estandarización de los indicadores de calidad de la atención en salud.
- Inclusión de nuevos sets de indicadores que amplíen el espectro.

**Luis Fernando Correa S.**  
Director General de Calidad de Servicios  
11 de julio de 2011



## INTRODUCCIÓN: LOS INDICADORES DE CALIDAD

### Definición

El Sistema de Información para la Calidad entiende un indicador de calidad como “Una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad”<sup>1</sup>, existen otras posibles definiciones. Los conceptos claves son:

- Que el indicador de calidad se defina como una medida indirecta significa que, aunque la mayor proporción de su variación sea explicada por factores asociados a la calidad de la atención; también hay factores causales que pueden estar asociados a otros factores, por lo cual siempre es necesario realizar análisis causal para afirmar que efectivamente se dio una falla de calidad. Cuando la mayor proporción de la variación del indicador está explicada por factores diferentes a la calidad de la atención, no es un buen indicador de calidad.
- Igualmente debe entenderse que la calidad es multidimensional y para la medición de su comportamiento deben tomarse en consideración diferentes mediciones.<sup>2</sup>
- El indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar este, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención.

### Propósito de los indicadores de calidad

Consecuentemente con lo planteado en la definición anterior, se entiende que los indicadores de calidad tienen un propósito doble:

1. Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.
2. Promover procesos de mejoramiento en las instituciones

No todos los indicadores cumplen al mismo tiempo los dos propósitos, y esto debe ser tomado en consideración durante el análisis.

Por esa misma razón en los sistemas de información para la calidad se utilizan tanto:

### Indicadores basados en registros

En los cuales el dato es fácilmente verificable y puede dar información acerca del comportamiento de la calidad en el sistema o en la institución.



## Indicadores basados en la búsqueda activa

En los cuales se asume la existencia de grados variables de subregistro, pero que son altamente útiles para desatar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones.

Igualmente es necesario entender que todo proceso de desarrollo de un sistema de información, pasa por una etapa inicial de mejora de **extensión de la cobertura y mejora de la calidad del dato**, lo cual también debe ser tomado en consideración en el momento del análisis.

## Propiedades de los indicadores de calidad

En el caso de la monitorización de la calidad de la atención en salud, las propiedades deseables para un buen indicador de calidad, definidas por el Decreto 1011 de 2006<sup>3</sup> y por la literatura científica<sup>4</sup> en el tema, son:

- **Validez:** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad.
- **Confiabilidad:** en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- **Efectividad:** la medida en la cual se constituya en medio para desatar procesos de mejoramiento de la calidad.



## EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

El Sistema de Información a Usuarios planteado en el proyecto de Evaluación y Rediseño del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) desarrollado por el Consorcio Canadian Council - Centro de Gestión Hospitalaria – Qualimed, fue actualizado con los desarrollos en el arte de la monitorización de la calidad promovido por la Iniciativa internacional de indicadores promovido por la International Society for Quality in Healthcare (ISQua) y promulgado a través de la Resolución 1446 de 2006, reglamentaria del Decreto 1011 de 2006. Los elementos centrales del Sistema de Información para la Calidad son:

### Propósito del Sistema de Información para la calidad

Los sistemas de calidad solamente se justifican en la medida en que permitan obtener resultados en la mejora de la atención en salud centrada en el usuario, y estas mejoras deben poder ser cuantificadas, esto es lo que se denomina “Gestión basada en hechos y datos”.

El Sistema de Información para la Calidad busca a partir de la información de calidad generada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud ofrecer a los actores la información y los recursos necesarios para que esta gestión sea posible.

Según lo establecido por la Resolución 1446 de 2006, el propósito del SIC es:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

### Estructura en cascada

Consecuentemente con el principio de eficiencia definido en el Decreto 1011 de 2006: “Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y



mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada”<sup>5</sup>. El SIC ha sido diseñado con una estructura en cascada de tal manera que:

- Se evite la solicitud exagerada de información,
- La información que se solicite sea útil para la gestión de la calidad.
- Permita que a los diferentes niveles del sistema se puedan utilizar otros indicadores que se adapten a las necesidades específicas de la gestión de la calidad sin que generen congestión en aquellas áreas en las cuales no son útiles.

La definición de la estructura en cascada<sup>6</sup> plantea la operación del SIC en tres niveles:

#### Nivel de monitoría del sistema:

En este nivel se ubican los indicadores trazadores de la calidad en el sistema, los cuales deben ser preferiblemente de resultado o de resultado intermedio o en ausencia de ambos de proceso con alta correlación soportada en la evidencia con el resultado. Deben ser pocos indicadores, son definidos por el Ministerio de la Protección Social y para su análisis en un contexto particular es recomendable ser desagregados de acuerdo al mencionado contexto.

Los indicadores del nivel de monitoría del sistema son reportados al Ministerio de la Protección Social semestralmente por las instituciones a través de la Superintendencia Nacional de Salud y son publicados para retroalimentación al sistema a través de la Sala Temática “Cuadro de Mando” del Observatorio de Calidad.

También forman parte de este nivel un grupo particular de indicadores: los indicadores de acreditación, los cuales serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones acreditadas y de las instituciones exportadoras de servicios de salud, a través del ente acreditador. Estos indicadores sirven el propósito de documentar la calidad superior de las instituciones acreditadas y servir de referentes para la referenciación competitiva de las instituciones exportadoras de servicios de salud.

#### Nivel de monitoría externa:

Forman parte de este nivel aquellos indicadores de calidad que se proponen y utilizan entre los diversos actores del SOGC, en el marco de sus competencias para monitorizar los aspectos de la calidad relativos a sus respectivos roles.

Para este nivel también se recomienda utilizar preferiblemente indicadores de resultado final o intermedio o en su ausencia de proceso con alta correlación, demostrada por evidencia, con el resultado.

En este nivel se encuentran los indicadores utilizados entre pagadores y prestadores para la monitorización de la calidad de los servicios brindados en



el marco de sus acuerdos contractuales, los indicadores de alerta temprana relativos a localidad de la atención entre otros.

Estos indicadores son definidos libremente por los diferentes actores, pero siempre deben tomar en consideración las previsiones del principio de eficiencia, artículo 47 del Decreto 1011 de 2006, lo cual significa que debe evitarse la solicitud de la misma información por diferentes actores en diferentes formatos o en formatos que difieren levemente, pero que congestionan los sistemas de información.

Es recomendable que los diferentes actores que operan en este nivel de monitoría tomen como referentes los indicadores de calidad publicados en la “Sala Temática Biblioteca de Indicadores” del Observatorio de Calidad.

### Nivel de monitoría interna:

Forman parte de este nivel dos tipos de monitorización:

- Los indicadores de calidad
- Los eventos adversos que se vigilan al interior de la institución

En este nivel de monitoría son de utilidad además de los indicadores de resultado final o intermedio, los indicadores de proceso y estructura que permitan hacer seguimiento a los procesos de mejora de la calidad en la organización.

Igualmente la Resolución 1446/0 establece la obligatoriedad de vigilar eventos adversos al interior de la institución, para cuya gestión se han promulgado los “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”<sup>7</sup> y la “Guía técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”<sup>8</sup>.

Al respecto se entiende que cuando se vigilan eventos adversos en el contexto definido por la Política de Seguridad del Paciente:

- La institución tiene la libertad de elegir entre si vigila todos los tipos de eventos adversos que puedan presentarse o algunos en particular dependiendo del análisis de riesgo.
- La institución no tiene la libertad de no vigilar la ocurrencia de eventos adversos, lo cual amenaza la seguridad de la atención al paciente.
- El evento adverso se define por la triada planteada en los lineamientos arriba mencionados: hay daño, este es atribuible a la atención en salud y es involuntario.



## Dominios

Consecuentemente con el concepto definido en el SOGC relativo a la atención en salud, la cual se entiende como un continuo que va desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y desde la prestación hasta el aseguramiento<sup>9</sup>, los indicadores del nivel de monitoría del sistema, se han agrupado en cuatro dominios, los cuales pueden dividirse en subdominios al interior de estos los indicadores pueden ser agrupados por temas:

### Dominio Accesibilidad/Oportunidad

Los indicadores incluidos en este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario. Sus subdominios son Acceso y Oportunidad.

### Dominio Calidad Técnica

Indicadores que determinan en qué medida procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente. Sus subdominios son efectividad de la atención y eficiencia de la atención.

### Dominio Seguridad del Paciente

Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente. En este dominio se incluyen los que pertenecen al dominio Gerencia del Riesgo contemplados en la Resolución 1446 de 2006.

### Dominio Experiencia de la Atención

Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste. Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario. Sus subdominios son percepción y lealtad.

## Reglas de denominación

Las siguientes son las reglas adoptadas para homologar la denominación de los indicadores en el Sistema de Información para la Calidad:

- **Tasa:** El concepto de tasa está asociado con la rapidez o velocidad de cambio de un fenómeno, por lo tanto el numerador debe ser la expresión de un cambio



respecto de la ocurrencia de eventos que afectan la calidad de la atención en individuos en un período de tiempo y el denominador debe reflejar la población a riesgo de presentar tal cambio a mitad de ese período.

- **Proporción:** cuando el numerador está contenido en el denominador y el factor es 100.
- **Oportunidad:** cuando la característica que se mide refleja la medida en la cual la atención es brindada en la medida en que se requiere. Se obtiene a través del cálculo de un promedio.
- **Número:** se utiliza esta denominación cuando el denominador es 1 y el factor es 1.
- **Razón:** cuando expresa una relación entre dos poblaciones diferentes y por lo tanto el numerador no está contenido en el denominador.

### Responsabilidad de reporte

El actor al cual se ha responsabilizado del reporte está asociado a la disponibilidad de la información, a la responsabilidad del proceso y al desempeño de cuál actor puede hipotéticamente explicar la mayor proporción de la variación, lo que debe ser verificado a partir del análisis causal del comportamiento del indicador. Independientemente de la responsabilidad del reporte es posible identificar causas explicativas en otro(s) actor(es), dada la integralidad del proceso de atención en salud.

### Codificación

Para efectos de la ordenación de los indicadores se ha establecido la siguiente taxonomía para los indicadores del nivel de monitoría del sistema:

- La primera letra identifica la responsabilidad en el reporte del indicador: I para IPS y E para EAPB. En el interior de la IPS o de la EAPB pueden agregarse letras para identificar el servicio o área de la cual provienen los indicadores, en este caso no se agrega el punto de separación.
- El primer número identifica el dominio: 1 para accesibilidad/oportunidad, 2 para calidad técnica, 3 para seguridad del paciente y 4 para experiencia de la atención
- El segundo número identifica el orden consecutivo del indicador establecido en la Resolución 1446 de 2006 y/o en el cual ha sido incluido en la Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud.
- Cuando se trate de indicadores compuestos, resultantes de la agregación de datos a partir de otros indicadores, p.ej: oportunidad de la consulta médica especializada, se puede agregar otro dígito que identificará cada uno de los indicadores que conforman el agregado. Igualmente cuando se realice desagregación del indicador.



## Ajuste por riesgo

Es ampliamente conocido en la epidemiología que existen “variables que confunden” el análisis del comportamiento de un indicador, por lo cual para comparar entre instituciones, es importante definir previamente si es necesario realizar ajustes por riesgo.

Existen varias metodologías para realizar ajuste por riesgo:

- Métodos de estandarización de tasas (directo<sup>10</sup> o indirecto), recomendados en la Resolución 1446. (Ver el punto 1.3 del Anexo)
- Métodos basados en grupos relacionados por diagnóstico (GRD), nuevo desarrollo realizado en el SOGC y recomendado para las instituciones\*.

## Definición de umbrales

En un sistema de monitorización, los umbrales<sup>†</sup> son muy útiles para:

- Referenciarse.
- Plantear metas de mejoramiento.
- Guía para desarrollar acciones para disminuir la variabilidad.

No obstante, deben tomarse algunas precauciones al establecer un umbral:

- Los umbrales fijados para mejoramiento deben ser posibles de ser alcanzados.
- Debe evitarse fijar umbrales para los indicadores basados en búsqueda activa, sino se conoce el subregistro del sistema de detección.

\* Esta metodología puede consultarse en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud en el vínculo: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/LINEA15/inicioguia15.htm>

† Término equivalente a “estándar del indicador” y que en el Sistema de Información para la Calidad se utiliza para evitar la confusión con el “estándar de habilitación” o el “estándar de acreditación”



## INSTRUCTIVO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA FICHA TÉCNICA

En este apartado se ofrecen instrucciones para el correcto diligenciamiento de la ficha técnica de los indicadores de calidad.

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Corresponde a la denominación del indicador de calidad, el cual debe indicar de manera clara y precisa lo que se quiere medir.
<b>Código</b>	Corresponde a la identificación asignada a cada indicador, lo cual facilita la elección y uso por parte de las empresas (IPS o EAPB), para el mejoramiento continuo de la calidad. El código está constituido por 3 dígitos, el cual se detalla a continuación: - El primer dígito identifica la responsabilidad en el reporte del indicador: "I" para IPS y "E" para EAPB. - El segundo dígito y primer número identifica el dominio: 1 para accesibilidad/oportunidad, 2 para calidad técnica, 3 para seguridad del paciente y 4 para experiencia de la atención. - El tercer dígito y segundo número identifica el orden consecutivo del indicador establecido en la Resolución 1446 de 2006
<b>Justificación</b>	Es el conjunto de argumentos necesarios que fundamentan, sustentan y defienden la utilidad del indicador como medida de la calidad. Se relaciona con la validez; es decir, lo que vamos a medir ¿tiene sentido?, ¿Servirá para identificar áreas de mejora asistenciales?
<b>Dominio</b>	Es el aspecto relevante de la asistencia que se valora o mide, dentro del cual se considera el Subdominio, el mismo que se subdivide en: 1. <i>Accesibilidad/Oportunidad</i> los subdominios: 1.1 Acceso ó 1.2 Oportunidad; 2. <i>Calidad Técnica</i> los subdominios: 2.1 Efectividad de la Atención y 2.1 Eficiencia de la Atención; 3. <i>Seguridad del Paciente</i> , este dominio no cuenta con subdominios y; 4. <i>Experiencia de la Atención</i> los subdominios: 4.1 Percepción y 4.2 Lealtad.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Consigna la unidad que va a ser objeto de medida. Puede referirse a pacientes, exploraciones, visitas, diagnósticos, etc.
<b>Denominador</b>	Consigna la población a medir, según corresponda.
<b>Unidad de medición</b>	Es el patrón que permite realizar las mediciones del indicador y que habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede hacerse como una media o número absoluto.
<b>Factor</b>	Es un elemento (número) que actúa como condicionante para la obtención del resultado del indicador de calidad.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Es la expresión matemática que consiste en la división del numerador entre el denominador, multiplicado por el factor correspondiente.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Hace mención al tipo de actor donde se genera la información correspondiente al numerador.	Hace mención al tipo de actor donde se genera la información correspondiente al denominador.
<b>Fuente primaria</b>	Considera la fuente de información que permite obtener los datos necesarios para el numerador y verificar su existencia. Las fuentes habituales son: documentales (sobre todo a partir de la Historia Clínica), observacionales, entrevistas y cuestionarios.	Considera la fuente de información que permite obtener los datos necesarios para el denominador y verificar su existencia. Las fuentes habituales son: documentales (sobre todo a partir de la Historia Clínica), observacionales, entrevistas y cuestionarios.
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Es la frecuencia de medición del indicador dentro de la entidad que realiza el proceso.	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Es el tiempo establecido por el Ministerio de Protección Social para el envío de la información, cuando se trata de los indicadores del nivel de monitoría del sistema.	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	Es la instancia encargada de recolectar la información y elaborar los indicadores.	
<b>Vigilancia y control</b>	Es la instancia encargada de velar por el cumplimiento de la adecuada elaboración, recolección de datos, análisis, reporte de los indicadores de calidad, además del seguimiento a las medidas de mejoramiento continua de la calidad. En el caso de los indicadores del nivel de monitoría del sistema será la Superintendencia Nacional de Salud o los entes territoriales de acuerdo a su competencia.	

## ANÁLISIS



<b>Ajuste por riesgo</b>	<p>Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador de calidad, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar seriamente las conclusiones de este.</p> <p>Existen varias metodologías para realizar ajuste por riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Métodos de estandarización de tasas (directo o indirecto), recomendados en la Resolución 1446/06</li><li>- Métodos basados en grupos relacionados con el diagnóstico (GRD).</li></ul> <p>En el caso específico de los indicadores de calidad de la atención en salud de manera general debe considerarse como mínimo la necesidad o no de ajustar por 4 factores para el ajuste por riesgo, los cuales en la ficha técnica estarán marcados con una “x” según corresponda utilizarlos. Se describen a continuación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Comorbilidades</li><li>- Severidad de la enfermedad</li><li>- Edad</li><li>- Sexo</li></ul>
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Hace referencia a las consideraciones que deben tomarse en cuenta para el análisis causal del comportamiento del indicador y así explorar y abordar de forma integral las causas explicativas en los actores involucrados, para la generación de procesos de mejoramiento. Por ej. Tener en cuenta cuando los indicadores dependen de una búsqueda activa (tasa de infección intrahospitalaria).</p>
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	<p>Es el nivel deseable de cumplimiento del criterio. Tomar en consideración los límites alrededor de los cuales es aceptable la variación.</p>
<b>Estándar meta</b>	<p>Es el límite propuesto como ideal de mejoramiento para alcanzar el desempeño deseable para la condición medida por el indicador.</p>
<b>Referencias</b>	<p>Hace mención a las experiencias en las instituciones en donde se vienen utilizando este indicador de calidad.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Hace referencia a las fuentes de evidencia científica que sustentan la elaboración, seguimiento e impacto de la medición del indicador de calidad.</p>



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

Libertad y Orden

## Observatorio de Calidad de la Atención en Salud





# FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## Observatorio de Calidad de la Atención en Salud





## FICHA 1: INDICADOR I.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General en IPS
<b>Código</b>	I.1.1
<b>Justificación</b>	<p>La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica
------------------	--



	general y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 2: INDICADOR I.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada en IPS
<b>Código</b>	I.1.2
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.		

\* Para efectos del nivel de monitoría de sistema se debe desagregar y reportar or Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General



	Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.
--	--

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



### FICHA 3: INDICADOR I.1.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA

#### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de cancelación de cirugía programada
<b>Código</b>	I.1.3
<b>Justificación</b>	<p>La cancelación de cirugías programadas puede estar relacionada con ineficiencia en los procesos de programación o asignación de recursos, planificación de la atención al paciente, y son un fenómeno de frecuente ocurrencia en nuestras instituciones. La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la eficiencia en los procesos clínicos y administrativos que deben confluir para que estos procesos de atención en salud se den exitosamente.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: acceso

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de cirugías canceladas en el período Se excluyen: - Paciente que no se presenta a la cirugía - Paciente con afección respiratoria
<b>Denominador</b>	Número de cirugías programadas en el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

#### VARIABLES

	Numerador	Denominador
--	-----------	-------------



<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de Cirugías	Libro/Registro de Cirugías
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



	Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.
--	--

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



## FICHA 4: INDICADOR I.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
<b>Código</b>	I.1.4
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico
------------------	---



<b>Denominador</b>	Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
<b>Unidad de medición</b>	Minutos
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de Atención en Urgencias	Libro/Registro de Atención en Urgencias
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 5: INDICADOR I.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología en IPS
<b>Código</b>	I.1.5
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad de la atención en el servicio de imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.</p> <p>El tiempo de respuesta del prestador en la provisión de servicios de imagenología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada IPS y escoger proveedor de servicios de salud dentro de la red de su asegurador y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta por parte del prestador.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio
<b>Denominador</b>	Total de atenciones en servicios de imagenología



<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de atención
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 6: INDICADOR I.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General en IPS
<b>Código</b>	I.1.6
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutiveidad es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita
------------------	--



<b>Denominador</b>	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 7: INDICADOR I.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la realización de cirugía programada en IPS
<b>Código</b>	I.1.7
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento.</p> <p>Igualmente es útil para el usuario en su decisión de elegir IPS en la cual desea ser atendido</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía
<b>Denominador</b>	Número de cirugías programadas realizadas en el período
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de control de Cirugías	Libro/Registro de control de Cirugías
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



## FICHA 8: INDICADOR 1.2.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
<b>Código</b>	1.2.1
<b>Justificación</b>	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados.
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período. Se excluyen: - Reingresos a los servicios de urgencias
<b>Denominador</b>	Número total de egresos vivos en el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados	Registro de Ingreso de Pacientes Hospitalizados
<b>Periodicidad</b>	Mensual	



<b>recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 9: INDICADOR 1.2.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada
<b>Código</b>	1.2.2
<b>Justificación</b>	<p>La hipertensión arterial afecta a una importante cantidad de pacientes en Colombia, incluidos muchos que tienen presión arterial elevada pero no presentan síntomas, y no saben que padecen la enfermedad. Esta es la razón por la cual a la hipertensión arterial a menudo se le llama el "asesino silencioso".</p> <p>La hipertensión arterial no controlada puede conducir al infarto agudo de miocardio, o a la insuficiencia renal crónica terminal, entre otras graves complicaciones, los pacientes hipertensos representan un segmento importante de utilización de servicios de salud y son potencialmente una vertiente de incremento del alto costo en el sistema.</p> <p>Existe evidencia científica que asocia las deficiencias en la calidad de la atención con bajos niveles de control de presión arterial.</p> <p>La monitorización de este indicador debe incidir en la mejora de la eficiencia y la efectividad clínica e impactar en las fallas de calidad que incrementan el altocosto en el sistema.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia*
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100

\* Se considera Hipertensión arterial controlada cuando el paciente ha alcanzado tanto los niveles de presión diastólica sistólica (ambas) que la Guía de práctica Clínica basada en evidencia establezca como meta del tratamiento.



<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se preseta con una cifra decimal
---------------------------	---

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro del Programa de Hipertensión	Registro del Programa de Hipertensión
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



	Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	X



## FICHA 10: INDICADOR I.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
<b>Código</b>	I.3.1
<b>Justificación</b>	La tasa de mortalidad hospitalaria es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para evaluar resultados relacionados con la atención en salud brindada durante la hospitalización del paciente y detectar problemas de calidad en la atención. Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad, niveles socio culturales y perfil epidemiológico de la población usuaria y por esta razón requiere de ajustes de riesgo sensibles.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes hospitalizados
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por mil
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registros de Egreso Hospitalario	Registros de Egreso Hospitalario
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la</b>	Mensual	



<b>información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo	X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.			
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador			
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema			
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.			

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad. En la institución es recomendable desagregar por sexo, grupo étnico y causa de enfermedad o muerte

Se debe remitir numerador y denominador ajustados por riesgo

El ajuste por riesgo se hará contra una población hipotética con distribución similar a la de Colombia para el año correspondiente al período de recolección del indicador según cifras del DANE así: para edad menores de un año, de uno a cuatro años y demás grupos quinquenales y para sexo: masculino y femenino



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



## FICHA 11: INDICADOR I.3.2 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Infección intrahospitalaria
<b>Código</b>	I.3.2
<b>Justificación</b>	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución.</p> <p>Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con infección nosocomial*
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes hospitalizados
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS

\* Se considera como infección nosocomial aquella que aparece 48 horas después del ingreso



<b>Fuente primaria</b>	Registro de infecciones nosocomiales	Registro de hospitalización
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Continua	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



## FICHA 12: INDICADOR I.3.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
<b>Código</b>	I.3.3
<b>Justificación</b>	<p>La seguridad paciente está recibiendo atención cada vez mayor en los sistemas de atención en salud. Un indicador importante de la seguridad paciente es el índice de Eventos Adversos en los pacientes atendidos.</p> <p>Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles</p> <p>Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de eventos adversos detectados y gestionados
<b>Denominador</b>	Número total de eventos adversos detectados
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS



<b>Fuente primaria</b>	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos	Libro / registro de vigilancia de eventos adversos
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Continua	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	IPS			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	



## FICHA 13: INDICADOR I.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Satisfacción global en IPS
<b>Código</b>	I.4.1
<b>Justificación</b>	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p>
<b>Dominio</b>	4. Experiencia de la atención Subdominio: Percepción

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes encuestados por la IPS
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta de satisfacción	Encuesta de satisfacción
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de</b>	Mensual	



<b>generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

Según tipo de Institución a la cual aplica	IPS			
Según tipo de indicador	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS	X	Institucional	EAPB



## FICHA 14: INDICADOR E.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
<b>Código</b>	E.1.1
<b>Justificación</b>	<p>La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada al sistema. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad



## DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		



<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos	Habilitación
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad	Promoción y Prevención
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## FICHA 15: INDICADOR E.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
<b>Código</b>	E.1.2
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas y la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su población, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en el período
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Para efectos del nivel de monitoría de sistema se debe desagregar y reportar o Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y		



	<p>utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
--	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 16: INDICADOR E.1.3 (Resolución 1446 de 2006), NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POS-S

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Número de Tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S
<b>Código</b>	E.1.3
<b>Justificación</b>	<p>Cuando se presenta una tutela por la no prestación de servicios POS es alta la probabilidad de que se hayan producido fallas en los procesos relacionados con la planificación de la atención o con el apoyo administrativo necesario para el cumplimiento de las obligaciones de la EAPB para con el afiliado.</p> <p>La moniitorización de este indicador debe permitir identificar áreas de mejoramiento en los procesos mencionados.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Acceso

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios
<b>Denominador</b>	No se remitirá información sobre denominador para este indicador.
<b>Unidad de medición</b>	Número de Tutelas
<b>Factor</b>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	Ninguna

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de Tutelas	Registro de tutelas
<b>Periodicidad recomendada (no)</b>	Mensual	



<b>obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 17: INDICADOR E.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de entrega de medicamentos POS
<b>Código</b>	E.1.4
<b>Justificación</b>	<p>Los derechos establecidos en el plan obligatorio de salud incluyen la entrega a los usuarios de los medicamentos incluidos en el POS que sean formulados por el médico como parte integral de su atención. Esta etapa del proceso de atención cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario para quienes el gasto personal en este rubro puede resultar tan oneroso que se bloquee su acceso a ellos.</p> <p>Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido son la complejidad de los trámites en algunas entidades promotoras de salud y el despacho incompleto de la fórmula – en tipo y cantidades. Se presume que si el medicamento está incluido dentro del plan de beneficios, la entidad promotora de salud debe garantizar su disponibilidad excepto en casos de fuerza mayor, no imputables a ella.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador permitira determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que la entidad promotora de salud responde a sus afiliados en lo que se refiere al suministro de medicamentos contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Acceso

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula
<b>Denominador</b>	Número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS (farmacia o droguería)	IPS (farmacia o droguería)
<b>Fuente primaria</b>	Registro en farmacia	Registro en Farmacia
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 18: INDICADOR E.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la realización de cirugía programada en EABP
<b>Código</b>	E.1.5
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia de la red de la EAPB para atender la demanda de servicios que genera su óblación, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía
<b>Denominador</b>	Número de cirugías programadas realizadas en el período
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de control de Cirugías	Libro/Registro de control de Cirugías
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y		



	<p>utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
--	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 19: INDICADOR E.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General en EABP
<b>Código</b>	E.1.6
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda y contiene costos. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a él y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios especializados y de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta en los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutivez de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita
<b>Denominador</b>	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en el período en la Institución



<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de asignación de citas	Libro/Registro de asignación de citas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.		



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 20: INDICADOR E.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGÍA EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología en EABP
<b>Código</b>	E.1.7
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad de la atención en el servicio de imagenología es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este servicio contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención.</p> <p>El tiempo de respuesta de la red de los aseguradores en la provisión de servicios de imagenología que originan los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada EABP y escoger proveedor de servicios de salud dentro de la red de su asegurador y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio
------------------	--



<b>Denominador</b>	Total de atenciones en servicios de imagenología
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de autorización de servicios de imagenología	Libro/Registro de autorización de servicios de imagenología
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad. Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.		



<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 21: INDICADOR E.1.8 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EAPB

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la Referencia en la EAPB
<b>Código</b>	E.1.8
<b>Justificación</b>	<p>La oportunidad de la atención de las solicitudes de referencia que la IPS le hace a la EAPB está directamente relacionada con la suficiencia de la red y el manejo del riesgo por parte del asegurador</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a una determinada EAPB y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta.</p> <p>La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad/Oportunidad Subdominio: Accesibilidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de horas transcurridos entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB
<b>Denominador</b>	Total de solicitudes de referencia
<b>Unidad de medición</b>	Horas
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Libro/Registro de autorización de servicios	Libro/Registro de autorización de servicios
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 22: INDICADOR E.2.1 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
<b>Código</b>	E.2.1
<b>Justificación</b>	<p>La inmunización de niños es uno de los servicios médicos más costo-efectivos y es esencial para el manejo de las enfermedades inmunoprevenibles. El análisis de las fallas en el cumplimiento de las metas de inmunizaciones permite identificar aspectos de mejoramiento en áreas claves de la gestión clínica.</p> <p>El objetivo de la monitorización de este indicador es incentivar la efectividad y la eficiencia en los procesos que apuntan a promover la salud de la población y prevenir la enfermedad.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de niños menores de un año con esquema de vacunación adecuado según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones
<b>Denominador</b>	Número total de niños menores de un año afiliados a la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal

\* Se entiende por esquema completo, lo definido por la norma del Programa ampliado de inmunizaciones: BCG, 3° dosis de polio, 3° de pentavalente.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	Base de datos de población afiliada
<b>Fuente primaria</b>	Registro de Inmunizaciones	Base de datos de afiliados EAPB
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud - Entidad Territorial	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



	Sistema
<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB		
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención
	Institucional IPS		Institucional EAPB



## FICHA 23: INDICADOR E.2.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<b>Código</b>	E.2.2
<b>Justificación</b>	<p>Se ha encontrado evidencia entre la prevención temprana la mortalidad y el impacto en los servicios de salud del cáncer cervical. Existe evidencia de que los resultados obtenidos están en relación directa con el desempeño de los servicios de salud.</p> <p>La monitorización de este indicador deberá incentivar la eficiencia y la efectividad en las acciones de proposición y prevención.</p> <p>La alta incidencia de morbimortalidad por neoplasias malinas en mujeres están determinada basicamente por los cánceres de origen cervicouterino, mama y estómago, generando alto costo en la atención del sistema, existencia de medias altamamente costoefectivas si se aplican con la oportunidad requerida, las normas establecidas y garantizan el cubrimiento desde el aseguramiento y desde la atención a la población pobre sin capacidad de pago, por tanto el monitoreo de su aplicabilidad estará evidenciando el mejoramiento, aplicación y cumplimientos de acciones, garantizando oportunidad, coordinación interinstitucional entre asegurador prestador y entidades territoriales</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes con cáncer de cuello uterino detectados in situ
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro del programa de PyP	Registro de Población
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud - Ente territorial	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	X
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 24: INDICADOR E.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo
<b>Código</b>	E.3.1
<b>Justificación</b>	<p>La neumonía bacteriana es una condición aguda relativamente común, tratable con antibióticos en la mayor parte de los casos. Como indicador de la calidad de la prevención la admisión por neumonía bacteriana no es una medida directa de calidad de la atención en el hospital, sino una medida relacionada con calidad de la atención de la enfermedad del paciente no internado, en ese sentido nos habla de la eficiencia y la efectividad de la red de atención. El tratamiento apropiado del paciente no internado puede reducir las admisiones para la neumonía bacteriana en individuos no-susceptibles y la mortalidad.</p> <p>La prevención es un papel importante de todos los proveedores del cuidado médico y pueden prevenir complicaciones de la enfermedad existente ayudando a los pacientes en la recuperación de su salud. El tratamiento con los antibióticos apropiados puede reducir mortalidad por neumomía. El tratamiento inadecuado para la pulmonía puede aumentar mortalidad.</p> <p>La monitorización de este indicador pueden proporcionar información inicial sobre los problemas potenciales de atención en la red que pueden requerir un análisis más profundo en especial en temas como oportunidad de la atención, eficiencia y efectividad clínica y vigilancia del asegurador sobre el estado de salud de su población, e incentivar los procesos de mejoramiento subsecuentes.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía en menores de cinco años y mayores de 65 años
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes afiliados menores de cinco años y mayores de 65 años
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 1000
<b>Factor</b>	1000



<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplicar por el factor
---------------------------	---

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de mortalidad hospitalaria	Registro de población
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud - Ente territorial	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Para efectos del nivel de Monitoría del Sistema este indicador debe desagregarse en dos: menores de cinco y mayores de cinco.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	X
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 25: INDICADOR E.3.2 (Resolución 1446 de 2006), RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Razón de Mortalidad Materna
<b>Código</b>	E.3.2
<b>Justificación</b>	<p>La razón de mortalidad materna es un indicador que ha sido utilizado dentro de los sistemas de salud para detectar problemas de calidad del proceso asistencial del parto como en la atención y control prenatal, siendo en Colombia evento relacionado con calidad y oportunidad hasta en un 85 % de las situaciones.</p> <p>Se encuentra directamente relacionado con características como el nivel de complejidad de los servicios de gineco-obstetricia de la institución, la no disponibilidad de insumos básicos que permitan resolver oportunamente una urgencia obstétrica, desarticulación interinstitucional, deficiencias en la red de referencia y contrarreferencia, el nivel socio cultural de las maternas que demandan servicios en la institución, su perfil epidemiológico y el seguimiento o no del embarazo a través del control prenatal.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá ofrecer elementos de juicio para desatar procesos de mejoramiento en todas estas áreas de la gestión institucional</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de muertes de maternas por causas atribuibles al embarazo
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos
<b>Unidad de medición</b>	Razón
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro de los Comités de Vigilancia Epidemiológica	Registro de nacimientos
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Continua	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	X
	Vigilancia y control		Trazador de Calidad Promoción y Prevención	X
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 26: INDICADOR E.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN EABP

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Satisfacción Global en EABP
<b>Código</b>	E.4.1
<b>Justificación</b>	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EPS.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud.</p>
<b>Dominio</b>	4. Experiencia de atención Subdominio: Percepción

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de afiliados que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la EAPB
<b>Denominador</b>	Número total de afiliados encuestados por la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Encuestas a usuarios	Encuestas a Usuarios
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la</b>	Mensual	



<b>información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



## FICHA 27: INDICADOR E.4.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
<b>Código</b>	E.4.2
<b>Justificación</b>	<p>La percepción de satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar EAPB. Para el asegurador es importante discriminar cuales de sus áreas de atención al usuario y cuales de sus prestadores generan mayor satisfacción y adherencia</p> <p>Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las entidades promotoras de salud, así como la capacidad de la EAPB de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos</p>
<b>Dominio</b>	4. Experiencia de atención Subdominio: Percepción

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días
<b>Denominador</b>	Número total de quejas recibidas
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB/IPS	EAPB/IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro /registro de seguimiento a quejas	Libro /registro de seguimiento a quejas
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial / Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



<b>Bibliografía</b>	<p>En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p> <p>Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.</p>
---------------------	---

## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS	X	Institucional EAPB	X



## FICHA 28: INDICADOR E.4.3 (RESOLUCIÓN 1446 DE 2006), TASA DE TRASLADOS DESDE LA EAPB

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Traslados desde la EAPB
<b>Código</b>	E.4.3
<b>Justificación</b>	<p>Una de las principales estrategias para garantizar la calidad dentro del sistema planteada por la Ley 100, es la de la libre escogencia de la entidad promotora de salud por parte de los usuarios. El cambio de entidad promotora de salud puede ser considerada en una importante proporción de los casos, como la expresión de insatisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá determinar, a través del comportamiento de los usuarios, su nivel de satisfacción con la atención y servicios prestados por la entidad promotora de salud.</p>
<b>Dominio</b>	4. Experiencia de atención Subdominio: Lealtad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de afiliados que se trasladó a otras EAPB del mismo régimen, en el período
<b>Denominador</b>	Número total de afiliados en el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB



<b>Fuente primaria</b>	Registros de novedades de afiliación	Base de datos de afiliados
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis*</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño NO aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.  Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.		

\* Indicador sin desagregación para efectos de utilización en el nivel de monitoría del Sistema de Información para la Calidad.



## USUARIOS

<b>Según tipo de Institución a la cual aplica</b>	EAPB			
<b>Según tipo de indicador</b>	Monitorización SOGC	X	Seguimiento a riesgos Habilitación	
	Vigilancia y control	X	Trazador de Calidad Promoción y Prevención	
	Institucional IPS		Institucional EAPB	X



1.

## FICHA 29: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO IN SITU

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de casos nuevos de cáncer de cuello de útero in situ.
<b>Código</b>	E.2.3
<b>Justificación</b>	<p>La proporción de casos nuevos de cáncer de útero que son diagnosticados <i>in situ</i>, refleja la efectividad de las actividades de tamización para este cáncer, demostrando en toda la cadena de valor de la atención estándares de oportunidad y calidad.</p> <p>Identificar una enfermedad en estadio temprano posibilita un mejor pronóstico e incluso su cura, disminuyendo costos de atención para la paciente, su familia y para el SGSSS; esta condición se hace aún más importante para una enfermedad como el cáncer que tiene una alta letalidad y es considerada desde la perspectiva de financiamiento del sistema de salud como una enfermedad de alto costo.</p> <p>Existe evidencia empírica de que la implementación de estrategias de tamización para cáncer de cuello de útero con altos estándares de calidad y seguimiento oportuno reduce la mortalidad por esta causa.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de casos nuevos de cáncer de cuello de útero con diagnóstico histopatológico <i>in situ</i> .
<b>Denominador</b>	Número total de casos nuevos con diagnóstico histopatológico de cáncer de cuello de útero.
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Laboratorio de Histopatología / IPS	Laboratorio de Histopatología / IPS
<b>Fuente primaria</b>	Reportes de patología	Reportes de patología
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS	
<b>Vigilancia y control</b>	EPS – Entidad Territorial – Superintendencia Nacional de Salud.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Verificar calidad de los registros en los laboratorios de Histopatología		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	70%		
<b>Estándar meta</b>	90%		
<b>Referencias</b>	Se debe tener en cuenta la experiencia de Chile como un país latinoamericano que alcanzó importantes estándares en la detección de cáncer de cuello de útero en estadios tempranos.		
<b>Bibliografía</b>	Planificación y aplicación de los programas de prevención y control de cáncer cervicouterino "Manual para gestores" 2006 IARC International Agency for Research on Cancer / PATH / World Health Organization.		



## FICHA 30: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS AVANZADOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de casos nuevos de cáncer de mama en estadios avanzados.
<b>Código</b>	E.2.4
<b>Justificación</b>	<p>El cáncer de mama constituye hoy en día la principal causa de cáncer en la mujer colombiana. Aunque no hay información a nivel nacional, en diferentes estudios se ha establecido que la mayoría de los casos se presentan en estadios avanzados.</p> <p>La supervivencia de la enfermedad está directamente relacionada con el estadio clínico al momento del diagnóstico.</p> <p>La detección temprana del cáncer de mama busca la detección en un momento de la enfermedad en que esta tenga mejor probabilidad de tratamiento y curación. Esto se logra mediante reconocimiento y atención oportuna ante los síntomas y mediante tamización.</p> <p>El estado clínico al diagnóstico es un desenlace de gran valor para establecer los avances en la detección temprana.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	<p>Número total de casos nuevos de cáncer de mama en estadios clínicos avanzados.</p> <p>El estadio clínico se establece a partir de la clasificación TNM en casos que tienen confirmación histológica de cáncer de mama</p> <p>Se consideran avanzados aquellos localmente avanzados (IIB hasta IIIC) más los metastáticos (IV)</p>
<b>Denominador</b>	<p>Número total de casos nuevos de cáncer de mama</p> <p>El número total de casos de cáncer de mama se establece a partir de un diagnóstico histopatológico</p>
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Dividir el numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Historia clínica con información sobre estadificación	Historia clínica con información sobre estadificación
<b>Fuente primaria</b>	EPS	EPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS	
<b>Vigilancia y control</b>	EPS – Entidad Territorial – Superintendencia Nacional de Salud.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado Ajustar por edad para identificar grupos etarios con mayor incidencia.		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Verificar la estadificación del paciente TNM con el soporte de exámenes de extensión. Es importante conocer cuántos casos de cáncer de mama carecen de estadificación. Es importante tener en cuenta que una misma mujer puede tener dos casos de cáncer de mama. Para la estadificación revisar punto 1.2 del Anexo.</p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	La proporción de casos de cáncer de mama en estadios avanzados aceptable es de 40%.		
<b>Estándar meta</b>	La meta a alcanzar es mantener en un 30 % los casos nuevos de cáncer en estadios avanzados.		
<b>Referencias</b>	Se debe referenciar la experiencia del Reino Unido como programa eficaz en estrategias de detección temprana y tratamiento para el cáncer de mama.		



### Bibliografía

- M Piñeros, R Sánchez, F Perry. Características socio demográficas, clínicas y de la atención de mujeres con cáncer de mama en Bogotá. Revista Colombiana de Cancerología 2008; 12(4):181-190
- Robledo José F, Caicedo J. Análisis de Sobrevida en una cohorte de 1328 pacientes con carcinoma de seno. Rev. Colombiana de Cirugía Volumen 20 No 1 – 2005.



## FICHA 31: PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PLANIFICADA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de cirugía no planificada.
<b>Código</b>	1.3.4
<b>Justificación</b>	El número de cirugías realizadas no planeadas, suele tener una relación directa con el número de complicaciones en pacientes quirúrgicos, y con la calidad de la atención y el tratamiento del paciente hospitalizado.  Este indicador se ha reconocido como uno de los fundamentales para evaluar la eficacia de los tratamientos hospitalarios y el seguimiento de los procedimientos quirúrgicos.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de cirugías realizadas que no fueron planificadas
<b>Denominador</b>	Total de cirugías realizadas
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

\*Se debe excluir las cirugías que ingresan por el servicio de urgencias.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Formato de programación de cirugías- centro quirúrgico	Reporte de centro quirúrgico
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información</b>		



<b>(obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2009. ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW último Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero		



## FICHA 32: TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de caídas en pacientes adultos mayores
<b>Código</b>	I.3.5
<b>Justificación</b>	Las lesiones accidentales son la quinta causa principal de muerte en los adultos mayores, y las caídas son responsables de dos tercios de las muertes. Las caídas pueden tener graves consecuencias psicológicas y sociales. Muchas personas mayores que se caen desarrollan un temor a posteriores caídas, que pueden dar lugar a limitaciones funcionales autoimpuestas. De los adultos mayores que se caen, del 20 a 30 por ciento sufren lesiones de moderadas a graves que pueden reducir la movilidad y la independencia, así como aumentar el riesgo de muerte prematura. Las caídas recurrentes son una razón común por la necesidad del cuidado a largo plazo, un estudio reciente encontró que las caídas fueron un factor significativo en un 40 por ciento de los ingresos en cuidados de larga duración.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Pacientes hospitalizados mayores de 65 años, que en los últimos 12 meses sufrieron una caída
<b>Denominador</b>	Total de pacientes hospitalizados, mayores de 65 años de edad, en el periodo
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDIS ® 2009: datos sobre asistencia sanitaria y la eficacia de conjunto de datos. Vol. 2, las especificaciones técnicas. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA); 2008 p. julio diversos</li> <li>- Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDIS ® 2009: Los datos de Salud eficacia y establecer la información. Vol. 6, Especificaciones para el Estudio de resultados de salud de Medicare. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA); 2008 p. julio diversos Nacional.</li> <li>- National Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 33: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Numero de eventos adversos asociados al cansancio del personal de salud
<b>Código</b>	1.3.6
<b>Justificación</b>	El cansancio en el personal de la salud, se constituye en una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente al interior de las instituciones de salud, y representa un foco de atención que no puede ser ignorado toda vez que es preciso identificar los componentes de dicho estado físico, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico etc.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de eventos adversos gestionados por la institución, en donde se evidencia como principal factor contributivo el cansancio del personal de salud.
<b>Denominador</b>	Total de eventos adversos gestionados por la institución.
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Análisis causal según el protocolo de Londres, de los eventos adversos gestionados.	Comité de calidad. Programa de Seguridad del Paciente
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 34: PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A PUENTES CORONARIOS DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA PERCUTÁNEA (ACTP)

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes hospitalizados sometidos a puentes coronarios dentro de las 24 horas de la angioplastia transluminal coronaria percutánea (ACTP)
<b>Código</b>	I.3.7
<b>Justificación</b>	La angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) se debe realizar con una alta tasa de éxito primario y una baja tasa de complicaciones inmediatas, por ejemplo, infarto agudo de miocardio (IAM) o puentes coronarios
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes sometidos a puentes coronarios, 24 horas después de una angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP)
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 35: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado
<b>Código</b>	I.3.8
<b>Justificación</b>	"La cirugía se realizó en la parte del cuerpo equivocado", "la cirugía realizada en el paciente equivocado", y "mal procedimiento quirúrgico realizado en un paciente" han sido consideradas como un suceso quirúrgico notificable por el Foro Nacional de Calidad (NQF). Esta medida de resultado sirve como una medida indirecta de la adhesión de los proveedores de "Protocolo de la Comisión Mixta Universal" para la eliminación de lugar equivocado, mal procedimiento, la cirugía persona equivocada. El protocolo universal se basa en el consenso de expertos y está avalada por más de cuarenta asociaciones de profesionales médicos y organizaciones. Para dar cabida a los resultados de todas las comprobaciones de identificación relevantes no sólo incorpora lugar equivocado, el revés, paciente equivocado y el procedimiento mal, pero mal implante también en sus especificaciones.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de procedimientos quirúrgicos: en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimientos erróneos e implantes equivocados.
<b>Denominador</b>	1
<b>Unidad de medición</b>	Unidad
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	N.A.
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	N.A.
<b>Periodicidad recomendada (no)</b>	Mensual	



<b>obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASC colaboración de calidad. ASC medidas de calidad: guía de implementación. Versión 1.2. Centro Ambulatorio de Cirugía; 18 de abril 2008 p</li> <li>- National Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 36: PROPORCIÓN DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de bacteriemia en pacientes con catéter venoso central
<b>Código</b>	I.3.9
<b>Justificación</b>	<p>Relacionada con el catéter, las infecciones vasculares son la principal causa de infecciones adquiridas en el hospital, y se asocian con una morbilidad significativa en pacientes críticamente enfermos.</p> <p>La mayoría de infecciones relacionadas con catéter venoso central (CVC) se consideran evitables. Después de la inserción CVC, la atención correcta, podría desempeñar un papel crucial en la prevención de las infecciones relacionadas con CVC.</p> <p>El principal objetivo del indicador: para aumentar el número de CVC que se mantienen correctamente.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con catéter central que presentaron bacteriemia, en el periodo
<b>Denominador</b>	Número total de días/paciente con catéter venoso central
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica Comité de Infecciones	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

### ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, por servicio		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema.		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud. Safe practices indicators project: background, summary of methods and measurement strategies. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministry of Health; 2009 Feb. 20. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p</li> <li>- Adaptado del indicador: Prevention of central venous catheter (CVC)-related infections, de la National Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 37: PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de complicaciones en pacientes con úlceras por presión
<b>Código</b>	I.3.10
<b>Justificación</b>	<p>En el marco institucional, la prevalencia de pacientes con úlceras por presión es entre 2,5% y el 24%, con un promedio de 1,6 a 2,5 por paciente heridas. La incidencia de úlceras por presión en centros de enfermería es de 0.20 a 0.56/1000 días-paciente, que puede aumentar hasta 14/1000 pacientes-día entre los grupos de alto riesgo. Los ancianos son más susceptibles, con el 70% de las úlceras por presión se producen en pacientes mayores de 70 años. Los sitios más comúnmente afectados, comprometiendo aproximadamente el 80% de las heridas, son la cintura pélvica (incluyendo isquion, el sacro, el cóccix, y trocánteres) y los talones. Un paciente con una úlcera por presión tiene un 2 a 6 veces mayor riesgo de mortalidad que uno con la piel intacta.</p> <p>Aunque a veces las úlceras por presión se desarrollan a pesar de los mejores esfuerzos del personal de enfermería y otros miembros del equipo multidisciplinario, muchas de estas úlceras se pueden curar si se detecta rápidamente y se trata en una fase temprana. Otras úlceras de presión no se pueden prevenir o pueden ser lentos para sanar a causa de factores del paciente que no puede ser cambiado.</p> <p>Las complicaciones primarias más frecuentes, <u>aunque no las únicas</u> son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infección local o sistémica</li> <li>- Dolor</li> <li>- Anemia</li> </ul>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con úlceras por presión que presentaron complicaciones clínicamente significativas, en el período.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes con úlceras por presión, en el periodo
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100



<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador , se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal
---------------------------	--

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		



<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Asociación Americana de Directores Médicos. Kit de herramientas para la aplicación de las guías de práctica clínica para las úlceras por presión] Columbia (MD): Asociación Americana de Directores Médicos (AMDA), 2004. p. diversas.</li><li>- National Quality Measures Clearinghouse</li></ul>



## FICHA 38: PROPORCIÓN DE DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON LA CABECERA DEL PACIENTE ELEVADA A 30 GRADOS O MÁS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de días de ventilación mecánica con la cabecera del paciente elevada a 30 grados o más
<b>Código</b>	I.3.11
<b>Justificación</b>	<p>Con el fin de disminuir la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM) en la unidad de cuidados intensivos (UCI), se debe realizar una estrategia integrada y completa que incluye una serie de componentes que deben ejecutarse; por ejemplo, el cumplimiento de higiene de las manos y las precauciones estándar, la disminución en la frecuencia de cambio de los materiales desechables del circuito del ventilador, la suspensión de alimentos enterales durante el transporte de pacientes, etc. El uso de la posición semi-reclinada es un componente de la estrategia integral</p> <p>En pacientes con ventilación mecánica, la posición semi-reclinada reduce la frecuencia y el riesgo de neumonía nosocomial en comparación con la posición supina. En un estudio realizado en 1999 por Drakulovac (Lancet, 1999), el uso de la posición semi-reclinada - elevar la cabecera de la cama (HOB) igual o superior a 30 grados - se asoció con una reducción del riesgo absoluto de un 26 por ciento con sospecha clínica de neumonía nosocomial y una reducción del 18 por ciento del riesgo absoluto en la neumonía por aspiración. La literatura actual recomienda la elevación de la cabecera de la cama para los pacientes con ventilación mecánica a 45 grados con el fin de prevenir la neumonía. El grado de elevación de la cabeza de la cama debe basarse en la condición clínica del paciente y la evaluación de factores de riesgo. Para los pacientes con alto riesgo de ruptura de la piel, la elevación de la cabecera de la cama a 30 grados puede ser más apropiado con el fin de prevenir la neumonía y el desarrollo de úlceras por presión</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica con la cabecera de la cama (HOB) elevada a 30 grados o más
<b>Denominador</b>	Sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual



<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Libro de registro UCI.
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte, servicio.		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		



<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Especificaciones manual para las medidas nacionales de calidad del hospital - UCI. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO); 2005. Oakbrook Terrace (Illinois): La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), 2005. various p. p. diversas</li><li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li></ul>



## FICHA 39: PROPORCIÓN DE MUERTES EN UCI

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de muertes en UCI
<b>Código</b>	I.3.12
<b>Justificación</b>	<p>Las unidades de cuidados intensivos constituyen aproximadamente el 10% de las camas de los hospitales de atención aguda. El número de admisiones a la unidad de cuidados intensivos anuales en los Estados Unidos se estima en 4,4 millones de pacientes. Debido al envejecimiento de la población y la agudeza cada vez mayor de enfermedad del paciente hospitalizado, se espera que crezcan tanto el número total de atención de pacientes críticos y su parte proporcional de los ingresos hospitalarios en general.</p> <p>Las unidades de cuidados intensivos tienen, en promedio, las tasas de mortalidad entre el 12 y el 17%. En total, aproximadamente 500.000 pacientes de la UCI mueren anualmente en los Estados Unidos. Debido a los altos costos de las UCI, mejorar la calidad de atención y las estrategias de utilización de gestión son esenciales. El conocimiento del riesgo que corre un paciente en el día de ingreso en la UCI podría proporcionar una base empírica para mejorar la calidad y las actividades. Las estimaciones en el curso de la terapia, podrían ser útil en la investigación del momento óptimo para la dada de alta o la hora de decidir cuánto tiempo debe continuar la terapia.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes manejado en UCI con equipo médico cerrado, cuyo desenlace final es la muerte, en el período.
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes que son hospitalizados en UCI con equipo médico cerrado, en el período
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS



<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Libro de registro UCI
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificaciones manual para las medidas nacionales de calidad del hospital - UCI. Oakbrook Terrace (IL): La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), 2005. various p. p. diversas</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 40: PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de muestras correctamente identificadas
<b>Código</b>	I.3.13
<b>Justificación</b>	<p>Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo muestras de laboratorio, y en consecuencia mal interpretados e incluso inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados, con el consecuente riesgo para el paciente</p> <p>El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, aumentando la proporción de las muestras de laboratorio que se han identificado correctamente. Esta proporción debería aumentar con el tiempo.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de muestras de laboratorio correctamente etiquetadas, en el periodo
<b>Denominador</b>	Número total de muestras de laboratorio evaluadas, en el periodo
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Auditoria en laboratorio	Libro de registro Laboratorio
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p</li> <li>- Adoptado del indicador: percentage of simple radiographs that are correctly identified, de la National Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 41: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON OBJETIVOS DE AUTO GESTIÓN DOCUMENTADOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes con diabetes mellitus con objetivos de auto gestión documentados
<b>Código</b>	I.3.14
<b>Justificación</b>	<p>La diabetes es una enfermedad compleja, seria, y cada vez más común. Es la causa más frecuente de ceguera entre los adultos en edad de trabajar; la principal causa de amputación no traumática de las extremidades inferiores y la etapa final de enfermedad renal, y la principal causa de malformaciones congénitas, mortalidad perinatal, la mortalidad prematura y la discapacidad. Las personas con diabetes corren un mayor riesgo de accidente cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón, enfermedad vascular periférica y neuropatía.</p> <p>La diabetes es una enfermedad costosa, no sólo en términos de la carga económica que impone a la sociedad, sino también en términos de sufrimiento humano impuestas por la enfermedad y sus complicaciones. Por otra parte, la carga de la diabetes y sus complicaciones afecta desproporcionadamente a las minorías y los ancianos, y es probable que aumente a medida que crece la. Por lo tanto, la diabetes representa un enorme reto de salud pública.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con diabetes mellitus con objetivos de auto gestión documentados en los últimos doce meses
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes con diabetes mellitus inscritos en el programa de la institución
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Libro de programa Diabeticos
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Anual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	- HDC temas: la diabetes. Rockville (MD): Collaboratives disparidades en la salud; 29 de junio 2006 [10 p.]		



## FICHA 42: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EVENTOS QUE LO CALIFICAN A UNA REMISIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y QUE NO FUERON REMITIDOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes con eventos que lo califican a una remisión del programa de rehabilitación cardiaca y que no fueron remitidos
<b>Código</b>	I.3.15
<b>Justificación</b>	<p>Hay una creciente evidencia científica en los últimos 3 años sobre los beneficios de la rehabilitación cardíaca (RC) servicios para personas con enfermedad cardiovascular (ECV). La evidencia sugiere que los beneficios de los servicios de CR son tan significativos en los últimos años como lo fueron en la era pretrombolítica. Debido a esta creciente evidencia, una serie de organizaciones de salud han aprobado el uso de los servicios de RC en las personas con enfermedades cardiovasculares, incluyendo disposiciones para CR en sus guías de práctica y documentos de posición de las prácticas de gestión.</p> <p>A pesar de los beneficios conocidos de la RC y el amplio apoyo de su uso, CR es muy poco utilizado, con menos del 30% de los pacientes elegibles que participan en un programa de CR después de un evento ECV. Las razones de esta brecha en la participación CR son numerosas, pero las razones más críticas y potencialmente corregibles giran en torno a los obstáculos en la referencia inicial de los pacientes a los programas de CR. Estos obstáculos pueden reducirse mediante la adopción sistemática de las órdenes permanentes y otras herramientas similares para la remisión a CR adecuada los pacientes hospitalizados. Por otra parte, la rendición de cuentas del personal médico, asociado con el uso de estas medidas de ejecución, puede dar lugar a nuevos enfoques para mejorar tanto las tasas de derivación como los resultados de los pacientes con ECV.</p> <p>Un componente clave para que los pacientes ambulatorios utilicen el programa de CR, es la referencia adecuada y oportuna de los pacientes. En general, el momento más importante de esta referencia es que tenga lugar mientras el paciente está hospitalizado por un evento que califica / diagnóstico (infarto de miocardio [MI], angina? de pecho estable crónica [CSA], injerto de bypass de la arteria coronaria [CABG la cirugía], la intervención coronaria percutánea [PCI], la cirugía de las válvulas cardíacas, o el trasplante cardíaco).</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente



## DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con eventos que lo califican a una remisión del programa de rehabilitación cardiaca y que no fueron remitidos
<b>Denominador</b>	Número de pacientes hospitalizados con eventos que califican para remitirlos al programa de rehabilitación cardiaca
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en		



	cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Thomas RJ, M. King, K Lui, N Oldridge, Pina IL, J Spertus, AACVPR / ACC / AHA 2007 mide el rendimiento en la rehabilitación cardíaca para la referencia y en la entrega de la rehabilitación cardíaca / servicios de prevención secundaria. J Cardiopulm Rehabil Prev 2007 Sep-Oct;27(5):260-90. Anterior Rehabil Cardiopulm J 2007 Sep-Oct; 27 (5) :260-90. [74 references] PubMed [74]</li><li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li></ul>



## FICHA 43: PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes identificados correctamente
<b>Código</b>	I.3.16
<b>Justificación</b>	<p>La identificación incorrecta de los pacientes está determinada como causa fundamental de muchos errores. La Comisión Conjunta, en Estados Unidos de América, determinó la mejora de la exactitud de la identificación del paciente, en el primer lugar de sus Objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003, y éste continúa siendo un requisito para la acreditación.</p> <p>La monitorización del proceso de identificación del paciente, es importante para los procesos de calidad en la institución y para establecer estrategias de seguridad del paciente.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete
<b>Denominador</b>	Total de pacientes identificados con brazalete
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Libro de registro cirugía
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations		



## FICHA 44: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE MEJORAN LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS VÍA ORAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes que mejoran la toma de sus medicamentos vía oral
<b>Código</b>	I.3.17
<b>Justificación</b>	<p>Algunos pacientes toman medicamentos (por vía oral) para controlar enfermedades o condiciones diferentes. Es importante que se tomen los medicamentos adecuados, en los momentos adecuados, y en las cantidades correctas. Los medicamentos incluyen todas las prescripciones hechas por un médico, y cualquier otro como medicamentos de venta libre, calmantes para el dolor, las vitaminas, laxantes, antiácidos y que forman parte del plan de atención al paciente.</p> <p>Los medicamentos para que funcionen correctamente, es necesario que se tomen de forma correcta. Si toma demasiado o muy poco medicamento puede ayudar a evitar que los pacientes se sientan mejor y, en algunos casos, puede hacer que enfermen más (lo que podría afectar a su seguridad), o incluso causar la muerte. El personal de salud en el hogar puede ayudar a enseñar a los pacientes la forma de organizar sus propias medicinas y tomarlas correctamente. Obtener mejoras a la hora de tomar sus medicamentos correctamente, significa que la institución de salud está haciendo un buen trabajo.</p> <p>Si los pacientes pueden tomar sus medicamentos correctamente con poca ayuda, pueden ser más independientes, se sienten mejor consigo mismos, y se mantienen más activos. Esto puede afectar positivamente su salud en general. La capacidad de los pacientes a tomar sus medicamentos correctamente, les ayuda a vivir de forma independiente el mayor tiempo posible en su propio hogar.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Los pacientes del denominador que mejoraron en el manejo de sus medicamentos por vía oral en comparación con una evaluación previa.
<b>Denominador</b>	Todos los pacientes en atención domiciliaria con un episodio de salud en cuyo manejo domiciliario se ha identificado frecuente ocurrencia de toma incorrecta de medicamentos.
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100



<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal
---------------------------	---

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Programa de atención domiciliaria
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		



<p><b>Referencias</b></p>	<p>En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema</p>
<p><b>Bibliografía</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crisler KS, DF Hittle, KS Conway, LR Occidental, PW Shaughnessy, AA Richard, MC Powell, Lawlor KL, NS-Donelan McCall, JM Beaudry, LL Baillie, RE Schlenker, Engle K. OASIS y mejora de la calidad basado en los resultados en el hogar cuidado de la salud: la investigación y las conclusiones de demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. Vol. 3, Investigación y documentos de apoyo clínico [9 documentos de apoyo]. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero.</li> <li>- Hittle DF, Crisler KS, Beaudry JM, Conway KS, Shaughnessy PW, West LR, Richard AA. DF Hittle, KS Crisler, JM Beaudry, KS Conway, PW Shaughnessy, LR Occidental, Richard AA. OASIS y mejora de la calidad basado en resultados en salud-cuidado en el hogar: la investigación y los resultados de la demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. Vol. 4, OASIS chronicle and recommendations. 4, la crónica de OASIS y recomendaciones. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero.</li> <li>- Home health compare - data details. Salud en el hogar comparar los detalles de los datos. [internet]. [Internet]. Baltimore (MD): Centros para el cuidado de Medi &amp; Medicaid Services (CMS); [Actualizado 17 de noviembre 2009]; [consultado el 29 de septiembre 2004]. [9 p]. [9 p].</li> <li>- Shaughnessy PW, Crisler KS, Hittle DF, Schlenker RE, Conway KS, West LR, Powell MC, Richard AA. PW Shaughnessy, KS Crisler, DF Hittle, RE Schlenker, KS Conway, LR Occidental, Powell MC AA, Richard. OASIS y mejora de la calidad basado en resultados en salud-cuidado en el hogar: la investigación y los resultados de la demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. Vol. 1 Políticas y resumen del programa. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero.</li> <li>- Shaughnessy PW, Hittle DF, Crisler KS, Powell MC, Richard AA, Kramer AM, Schlenker RE, Steiner JF, Donelan-McCall NS, Beaudry JM, Engle K, Conway KS, West LR. PW Shaughnessy, DF Hittle, KS Crisler, Powell MC AA, Richard Kramer AM, RE Schlenker, JF Steiner, NS-McCall Donelan, JM Beaudry, K Engle, KS Conway, LR Occidente. OASIS y mejora de la calidad basado en resultados en salud-cuidado en el hogar: la investigación y los resultados de la demostración, implicaciones políticas, y las consideraciones del cambio futuro. Vol. Vol. 2, Investigación y antecedentes técnicos. Denver (CO): Centro de Investigación en Salud de Servicios de la Universidad de Colorado, Centro de Ciencias de la Salud; 2002 1 de febrero</li> </ul>



## FICHA 45: PROPORCIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CRÍTICOS QUE MUESTRAN SÍNTOMAS DE FATIGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de personal de enfermería que atienden a pacientes críticos que muestran síntomas de fatiga, depresión y ansiedad
<b>Código</b>	I.3.18
<b>Justificación</b>	<p>La depresión es un problema médico del cerebro que puede afectar la manera de pensar, sentir, comportarse y reaccionar ante situaciones críticas. Los signos de depresión pueden incluir fatiga, pérdida de interés en actividades normales, falta de apetito y problemas para concentrarse y para dormir.</p> <p>La ansiedad es preocupación excesiva. Los signos de ansiedad pueden incluir temblores, dolores musculares, problemas para dormir, dolor de estómago, mareos e irritabilidad.</p> <p>Sentirse deprimido o ansioso puede disminuir su calidad de vida y conducir a otros problemas de salud.</p> <p>Este indicador es aplicable cuando existen medidas periódicas y constantes sobre el estado de cansancio del personal de enfermería.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de personal de enfermería que atiende pacientes críticos, cuya puntuación de su estado de cansancio, es mayor en la escala de calificación, sobre una evaluación anterior válida.
<b>Denominador</b>	Todo el personal de enfermería con una evaluación válida y una evaluación previa válida.
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Instrumento para la valoración del cansancio del personal de enfermería	Instrumento para la valoración del cansancio del personal de enfermería
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		



**Bibliografía**

- EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid. Nacional de enfermería las medidas caseras de calidad. Manual de usuario. Cambridge (MA): Abt Associates, Inc., 2004 Nov (v1.2). 48 p. 48 p
- National Quality Measures Clearinghouse



## FICHA 46: PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE TRANSCRIBE EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS ORDENES VERBALES

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de personal que transcribe en la historia clínica las órdenes verbales
<b>Código</b>	I.3.19
<b>Justificación</b>	La entrega segura y eficaz la asistencia sanitaria depende en gran medida de la comunicación precisa y oportuna entre los cuidadores. La necesidad de una comunicación clara y sin ambigüedades de los pedidos no pueden ser exagerados, un lapso en la comunicación en cualquier paso puede resultar en un error que puede causar enfermedades graves o lesiones, discapacidad a largo plazo, o la muerte. El principal objetivo del indicador: para aumentar la seguridad del paciente siempre escribir las órdenes recibidas verbalmente. Esta Proporción debería aumentar con el tiempo.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Respuesta casi siempre, siempre de los profesionales de la salud a la siguiente pregunta en la encuesta de "Cultura de Seguridad"
<b>Denominador</b>	Total de profesionales asistenciales encuestados
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta al profesional de salud	Numero de encuestas realizadas a los profesionales de salud
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la</b>	Mensual	



<b>información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Sanidad y Política Social. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, el 20 de febrero 2009. 97 p</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> <li>- Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS - Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid, 2008.</li> </ul>		



## FICHA 47: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de procedimientos asistenciales sin consentimiento informado
<b>Código</b>	I.3.20
<b>Justificación</b>	En determinadas circunstancias clínicas, los procedimientos y tratamientos asistenciales pueden salvar vidas, restaurar la esperanza de vida normal y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, cada vez es más claro que todos los tipos de tratamientos tienen limitaciones, y que la decisión de transfundir debe hacerse con sumo cuidado, entendida y con la participación activa del paciente
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de procedimientos en los que no se explicó al paciente por parte del profesional o no se documentó el consentimiento informado
<b>Denominador</b>	Número total de procedimientos asistenciales en los cuales se requiera el consentimiento informado
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador ,el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

\*Este indicador puede usarse indistintamente a todos los procedimientos y tratamientos tanto ambulatorios como hospitalarios

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 48: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES ASISTENCIALES CON MÁS DE 8 HORAS DE TRABAJO CONTINUO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de profesionales asistenciales con más de 8 horas de trabajo continuo
<b>Código</b>	I.3.21
<b>Justificación</b>	El cansancio en el personal de la salud, se constituye en una de las causas que motivan la ocurrencia de eventos adversos en la atención del paciente en las instituciones de salud, y representa un foco de atención que no puede ser ignorado toda vez que es preciso identificar los componentes de dicho estado físico, el cual puede estar relacionado con situaciones de orden emocional, físico, laboral, psicológico etc.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de profesionales asistenciales con más de 8 horas de trabajo continuo
<b>Denominador</b>	Total de profesionales encuestados
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador , el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta al personal asistencial	Encuesta al personal asistencial
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información</b>		



<b>(obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 49: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS QUE AFIRMAN QUE EN SU UNIDAD O ÁREA SE ADOPTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LOS PACIENTES ENTIENDEN LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de profesionales médicos que afirman que en su unidad o área se adoptan medidas para garantizar que los pacientes entienden los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado.
<b>Código</b>	1.3.22
<b>Justificación</b>	El consentimiento informado debe ser visto como un proceso interactivo entre los proveedores de salud y los pacientes, no sólo una forma para la que debe ser una firma obtenida. El principal objetivo del indicador: para aumentar la seguridad del paciente mejorando la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes. La tasa debe aumentar con el tiempo
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Respuesta casi siempre, siempre de los profesionales de la salud a la siguiente pregunta en la encuesta de "Cultura de Seguridad"
<b>Denominador</b>	Total de profesionales asistenciales encuestados
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

\*Este indicador puede usarse indistintamente a todos los procedimientos y tratamientos tanto ambulatorios como hospitalarios

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta al profesional de salud	Numero de encuestas realizadas a los profesionales de salud
<b>Periodicidad recomendada (no</b>	Mensual	



<b>obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> <li>- Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS - Ministerio de Sanidad y Consumo. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid, 2008.</li> </ul>		



## FICHA 50: PROPORCIÓN DE EVALUACIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de evaluación de riesgo de tromboembolismo
<b>Código</b>	1.3.23
<b>Justificación</b>	La gran mayoría de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados críticos (CCU) tienen un importante factor de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), y muchos tienen factores de riesgo múltiples: edad avanzada, enfermedad médica seria, y los últimos procedimientos quirúrgicos o trauma que son comunes en el paciente enfermo crítico. El uso de trombo profilaxis ha demostrado ser eficaz en la prevención de la trombosis venosa profunda en estos pacientes. En consecuencia, la Octava del Colegio Americano de Médicos Torácicos Conferencia de antitrombóticos y terapia trombolítica basada en la evidencia, recomienda que todos los pacientes al ingreso en una unidad de cuidados intensivos sean evaluados por su riesgo de TEV, con la expectativa que la trombo profilaxis adecuada será instituida.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes que al ingreso de la UCI fueron evaluados por el riesgo de tromboembolismo venoso
<b>Denominador</b>	Número total de pacientes que ingresan en UCI
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Libro de registro UCI
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de</b>	Mensual	



<b>generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Especificaciones manual para hospital nacional de medidas de calidad al paciente, 3.0b versión. Centers for Medicare &amp; Medicaid Services (CMS), la Comisión Mixta; 2009 p. octubre diversos</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 51: TASA DE CAÍDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DÍAS PACIENTE

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente
<b>Código</b>	I.3.24
<b>Justificación</b>	Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. La prioridad de esta medida es evitar cualquier caída con lesión en el cuidado del contexto hospitalario.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes hospitalizados que sufren caídas en el período
<b>Denominador</b>	Sumatoria de días estancia de los pacientes hospitalizados en el periodo
<b>Unidad de medición</b>	Frecuencia por mil días persona
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI). Prevención de caídas (de agudos). Cuidado de la salud de protocolo. Bloomington (MN): Instituto para el Mejoramiento de los Sistemas Clínicos (ICSI); de marzo de 2008 P. 26 [37] Referencias</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## Ficha 52: TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER PERIFÉRICO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de flebitis asociada a catéter periférico
<b>Código</b>	I.3.25
<b>Justificación</b>	<p>La cateterización de vías periféricas (CVP) es uno de los procedimientos más habituales en enfermería y uno de los que mayores complicaciones supone al paciente con terapia intravenosa (flebitis), produciendo efectos indeseables como dolor, infección nosocomial y el incremento de los gastos de hospitalización.</p> <p>El seguimiento se realiza a través de vigilancia epidemiológica en forma secuencial valorando el estado de conservación de punto de inserción del catéter así como los signos de flebitis.</p> <p>Las flebitis asociadas con los catéteres venosos periféricos (CVP), pueden ser químicas o infecciosas y aunque habitualmente no dan complicaciones graves ni incrementan la mortalidad, aumentan la morbilidad de los pacientes que las padecen.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Pacientes con flebitis asociada a catéter venoso periférico.
<b>Denominador</b>	Número de días con catéter venoso periférico.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por mil
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Reporte de eventos adversos hospitalarios Comité de Infecciones	Reporte de eventos adversos hospitalarios
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de</b>	Mensual	



<b>generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.		
<b>Estándar meta</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, 2006: El Ministerio.</li> <li>- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163(9): 458 - 71.</li> </ul>		



## Ficha 53: TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de incidencia de Endometritis Puerperal
<b>Código</b>	I.3.26
<b>Justificación</b>	Es un indicador trazador sensible a los procesos de control de infección
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de Endometritis Puerperal
<b>Denominador</b>	Total de partos
<b>Unidad de medición</b>	Tasa de incidencia
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Comité de Infecciones	Comité de Infecciones
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	



<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud
-----------------------------	--

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Dividir el número de endometritis estratificándolas por tres categorías: 1. Endometritis post parto 2. Endometritis post-cesárea con trabajo de parto 3. Endometritis post- cesárea sin trabajo de parto		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.		
<b>Estándar meta</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Referencias</b>	Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Araujo Alonso Miguel, Brenner Friedmann Pola, Bustamante Risco, Otaíza O’Ryan, Pohlens Acuña Mónica, Kraemer Gómez Patricia, Ulloa Yeny. Norma de endometritis para consulta 15, Ministerio de Salud de Chile,</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Indicadores para la vigilancia de las infecciones asociadas a la Atención en salud. Bogotá-2010.</li> </ul>		



## FICHA 54: TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE CIRCULATORIO ASOCIADO A LÍNEA CENTRAL EN IPS

### Componente: UCI y Servicios especiales

<b>Nombre</b>	Tasa de infección del torrente circulatorio asociado a línea central
<b>Código</b>	1.3.27
<b>Justificación</b>	Los catéteres centrales asociados a las infecciones de la sangre son responsables de 20 a 40 % de la asistencia sanitaria asociada a infecciones de sangre. Los riesgos de este tipo de infecciones difieren entre las unidades clínicas dependiendo del tipo de catéter utilizado y los factores de riesgo intrínsecos del paciente. Una proporción significativa de estos eventos son prevenibles mediante la adopción de las mejores prácticas clínicas. La aparición de este tipo de infecciones asociadas a la atención sanitaria puede utilizarse como una medida de calidad de los principales procesos de la práctica clínica dentro de una UCI de adultos.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de infecciones del torrente circulatorio asociada a la introducción de una línea central. (Ver punto 1.1 del Anexo)
<b>Denominador</b>	Número total de días catéter. (Indica el tiempo de exposición al riesgo y se cuentan las primeras 24h como el primer día de inserción catéter)
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador por el denominador y se multiplica por el factor.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Fuente primaria</b>	Comité de infecciones	Comité de infecciones
<b>Periodicidad recomendada (no)</b>	mensual	



<b>obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Las infecciones primarias del torrente circulatorio son clasificadas de acuerdo a los criterios usados, infecciones del torrente circulatorio confirmadas por laboratorio, sepsis clínica. La Sepsis clínica puede ser usada para reportar solamente una sepsis primaria en neonatos (<math>\leq 30</math> días) y lactantes (<math>\leq 1</math> año). (2)</p> <p>En el reporte de infección del torrente circulatorio que está asociado a línea central requiere que la línea central haya sido ubicada en el momento de o dentro de las 48 horas antes de aparecer el evento. (2)</p> <p>No existe un período mínimo entre el momento en que la línea central fue ubicada y la aparición de la infección considerada como asociada a línea central. (2)</p> <p>La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación</p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.		
<b>Estándar meta</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Referencias</b>	Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse		
<b>Bibliografía</b>	- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users manual 2008. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2007 Dec, p. 776.		



	<ul style="list-style-type: none"><li>- National Quality Measures Clearinghouse [Internet] <a href="http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/">www.qualitymeasures.ahrq.gov/</a></li><li>- Division of Healthcare Quality Promotion National center for Infectious Diseases Atlanta, GA, USA. "The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual," Patient safety component Protocol. Last Updated January 2008.</li><li>- Ministry of Health and Long-Term Care, "Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations". Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC), Ontario Canada, June 2008</li></ul>
--	--



## FICHA 55: PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE COMPLETAN TRATAMIENTO Y CURARON

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron
<b>Código</b>	E.2.5
<b>Justificación</b>	<p>La tuberculosis ha sido una de las patologías que mayor carga de enfermedad evitable ha generado al país. En el Sistema Nacional de Salud existe un programa vertical de control de la tuberculosis, que incluía el suministro de un protocolo de tratamiento y el monitoreo de los indicadores de curación, deserción y captación de sintomáticos respiratorios, a través de la red de hospitales públicos. Como resultado, el país ha logrado una sostenida reducción en la incidencia de tuberculosis pulmonar y una contención en la aparición de multidrogoresistencia.</p> <p>En el año 2000, la Resolución 412 acogió la Guía de atención Integral de la Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar, de obligatorio cumplimiento para la atención de la población afiliada al SGSSS. Igualmente, en este año se acogió la iniciativa de la OMS de implementar la estrategia DOTS/TAS (tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), iniciando su implementación en el 2001<sup>(1)</sup>.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con TBC que se curaron con el tratamiento acortado/ supervisado registrados en el período.
<b>Denominador</b>	Total de pacientes nuevos BK positivos que ingresaron a la cohorte en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción de prevalencia
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.



## VARIABLES

Origen de la información	Numerador	Denominador
	IPS	EAPB
Fuente primaria	Registro de pacientes del programa, registro de seguimiento de cohortes.	Informe de Cohortes y fichas de notificación al SIVIGILA
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Semestral	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)		
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador		
Vigilancia y control		

## ANÁLISIS

Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
Consideraciones para el análisis	<p>El programa de acción para la tuberculosis no sólo busca prevenir la aparición de casos y diagnosticar oportunamente los casos nuevos, sino también emprende acciones de tipo curativo que tienen el propósito de evitar la propagación de esta enfermedad y limitar sus efectos en la salud de la población. Este indicador permite establecer la proporción de personas que presentando tuberculosis pulmonar y siendo susceptibles de recibir tratamiento supervisado curaron en relación a todos los casos susceptibles de recibir tratamiento supervisado. <sup>(2)</sup></p> <p>A partir de la implementación del SGSSS, la tuberculosis es una patología cubierta por el Plan Obligatorio de Salud y corresponde a las EPS y ARS garantizar la atención integral de los casos, conforme al protocolo de tratamiento definido por el Ministerio de la Protección Social. La Nación continuó adquiriendo y distribuyendo los medicamentos establecidos en el protocolo, para su suministro gratuito a toda la población, independientemente de su estado de afiliación.</p> <p>Corresponde a las Direcciones Territoriales de Salud, a través de la</p>		



	red de IPS públicas garantizar la atención de la población no afiliada, conforme a los lineamientos del programa nacional de tuberculosis PNT. <sup>(1)</sup>
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Curar el 85% de los casos nuevos de Tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva. <sup>(2)</sup>
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92-1-361220-6 Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology, Strategy, Financing. World Health Organization. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. Parte 2 Indicadores sanitarios mundiales.
<b>Bibliografía</b>	Protocolo de vigilancia de tuberculosis. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre de 2007. Ministerio de Salud. Guía de Atención Integral de Tuberculosis. Resolución 412 de 2000. - Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social. Actualización Análisis de la situación de la tuberculosis en Colombia. Noviembre de 2006. Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Dirección General de Salud Pública, P. 1- - Indicadores de Monitoreo y Evaluación - Plan Estratégico Colombia 2005-2015. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Grupo de Promoción y Prevención.



## FICHA 56: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE TRANSMISIÓN MATERNO INFANTIL DEL VIH

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de incidencia de transmisión materno infantil del VIH
<b>Código</b>	E.3.3
<b>Justificación</b>	<p>Expresa el número de casos de infección por VIH y/o Sida reportados anualmente en menores de cinco años. <sup>(4)</sup></p> <p>El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en niños han aumentado significativamente desde 1986 el mundo. Esto se debe, en gran parte, a que la epidemia del VIH/SIDA dejó de ser una enfermedad exclusivamente de homosexuales para convertirse en una enfermedad que ataca al ser humano sin distinción de raza, sexo o edad. Durante el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ONUSIDA han estimado que cinco millones de personas nuevas se infectaron y la población femenina perjudicada es de 17.6 millones. Con esto se demuestra que la mujer está cada vez más expuesta a la infección y que es capaz de transmitir el VIH a su hijo si no hay una intervención terapéutica adecuada en el período de gestación. <sup>(1)</sup></p> <p>Se han descrito tres tiempos en los cuales la transmisión vertical puede ocurrir: <sup>(1)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Transmisión Intraútero: el virus se ha detectado en el tejido fetal y en el tejido placentario desde temprano como el primer trimestre de gestación, lo cual sugiere rol patogénico en la transmisión in útero. El test virológico es positivo en las 48 horas de vida.</li> <li>*Transmisión Intraparto: este tipo de transmisión ocurre ante la exposición a sangre materna o secreciones genitales infectadas. El niño tiene un test virológico negativo durante la primera semana de vida y luego se hace positivo (infección tardía).</li> <li>*Transmisión post parto vía lactancia materna: el virus ha sido detectado en leche materna por cultivo. Hay reportes bien documentados de transmisión de VIH de madres, quienes adquirieron el virus después del parto y lactaron a sus niños.</li> </ul> <p>Hay estudios que sugieren que el 50-70% de la transmisión vertical del VIH puede ocurrir intraparto y el riesgo de transmisión de madres infectadas después del parto es de alrededor de un 29%. Si la madre se ha infectado alrededor del parto, el riesgo estimado para el niño a través de la lactancia materna es de aproximadamente un 14% <sup>(1)</sup>. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, esta proporción desciende notablemente con el uso de terapia antirretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente



## DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de infecciones por VIH y/o Sida en menores de cinco años.
<b>Denominador</b>	Total de Población menor de cinco años
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	RIPS. Registros de evolución clínica. Fichas de notificación al SIVIGILA	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>		
<b>Vigilancia y control</b>	Instituto Nacional de Salud. Ministerio de la Protección Social.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	El Panel de Expertos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos de América <sup>(1-2)</sup> sugiere varios aspectos que son fundamentales para disminuir la tasa de transmisión de la infección y realizar un		



	<p>manejo temprano en los pequeños pacientes: Determinar de rutina en la mujer embarazada, la serología para VIH Realizar el protocolo ACTG 076 (Uso de ZDV en la mujer embarazada VIH positivo y en el hijo durante las primeras seis semanas de vida). Informar el riesgo de transmisión a través de la lactancia materna. Diagnóstico precoz en el recién nacido, en los primeros seis meses de vida y si es posible en el primer mes de vida. El diagnóstico precoz conlleva a colocar tratamiento antirretroviral lo más pronto posible en el período neonatal o en el lactante menor.</p> <p>El aspecto más importante que hay que tomar en cuenta es el diagnóstico precoz del VIH en la mujer embarazada para poder instaurar tratamiento lo antes posible y evitar la factibilidad de que su hijo sea portador del virus.</p> <p>Si la mujer embarazada tiene un VIH positivo, no ha sido diagnosticada y está sin tratamiento, la posibilidad de transmitir el virus de madre a hijo es de un 30%. Este escenario cambiaría si la mujer recibe terapia antirretroviral y si se manejan algunas consideraciones obstétricas, puesto que se disminuiría de un 30% a un 8%. Por lo tanto, el obstetra debe:</p> <p>Realizar la prueba de VIH de rutina en la embarazada Descartar enfermedades de transmisión sexual que pueden estar en estado de coinfección con el virus de VIH (sífilis, clamidia, gonococo, etc.), patologías que aumentarían la tasa de transmisión del virus. Tratar que el modo de parto sea la cesárea electiva. Manejar las infecciones Intraútero como la corioamnionitis.</p> <p>Definitivamente, el manejo del VIH materno y pediátrico debe ser realizado por un equipo multidisciplinario, debido a que el obstetra y el pediatra juegan un papel fundamental en las recomendaciones y en la terapéutica adecuada.</p>
<p><b>Umbral de desempeño aceptable</b></p>	<p>Meta Universal 7 del Milenio: Detener y comenzar a reducir, para 2015, la propagación de la epidemia del VIH / SIDA. Meta para Colombia: Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre/hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010.<sup>(3)</sup></p>
<p><b>Estándar meta</b></p>	
<p><b>Referencias</b></p>	<p>- Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida. Colombia 2008-2011. Ministerio de la protección social- Dirección general de salud pública. ONUSIDA - grupo temático para Colombia PNUD - OPS - UNFPA - UNICEF - UNODC - UNIFEM - ACNUR - OACDh - OIT - OIM. Grupo de trabajo intersectorial en VIH y sida. Towards universal access. Scaling up priority HIV/aids interventions In the health sector progress report 2009. WHO, UNICEF and UNAIDS. ISBN 978 92 4 159875 0 - Período Extraordinario de Sesiones de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Crisis Mundial- Acción Mundial. Proyecto de declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Nueva York 25-27 de Junio de 2001. <a href="http://www.unaids.org">http://www.unaids.org</a></p>
<p><b>Bibliografía</b></p>	<p>Guía de Atención y el Modelo de Gestión Programática para la atención del VIH; en la construcción de la Ley 972, de enfermedades</p>



	<p>catastróficas y VIH/Sida</p> <p>Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. Modelo de gestión programática en VIH/sida. Programa de apoyo a la reforma de salud-PARS. Ministerio de la protección social.</p> <p>Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Ministerio de la Protección Social. Bogotá 2005.</p> <p>García R., Prieto F., Arenas C., et al. Reducción de la transmisión madre-hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional. BIOMÉDICA 2005, 25: 547-64.</p> <p>Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92-1-361220-6</p> <p>American Academy of Pediatrics, Supplement to Pediatrics. Antiretroviral Therapy and Medical Management of Pediatric HIV Infection and 1997 USPH/IDSA Report on the Prevention of Opportunistic Infections in Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus. Pediatrics 1998; 107: 1005-1085.</p> <p>Oleske J., Scott G. and Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children convened by the NPHRC, HRSA, NIH. <a href="http://www.hivatis.org">http://www.hivatis.org</a> Dec, 2001.</p> <p>PNUD. Objetivos del desarrollo del milenio en Colombia. <a href="http://odm.pnud.org.co/metras.html">http://odm.pnud.org.co/metras.html</a></p> <p>Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, 91 de 2005: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -2015”.</p>
--	---



## FICHA 57: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE MALARIA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de Incidencia de malaria
<b>Código</b>	E.2.6
<b>Justificación</b>	<p>Expresa la relación de los casos de malaria y la población que viven en zonas de riesgo. Da cuenta de la probabilidad de contraer la enfermedad entre la población a riesgo.<sup>(3)</sup></p> <p>En el caso de la malaria, por las condiciones ecológicas que favorecen la reproducción de los vectores y la transmisión de la enfermedad, presentes en casi todos los países de la Región, enfermedad endémica en América, Colombia ocupa un lugar prominente con un número de casos esperados de 150.000 al año y picos epidémicos que se presentan cada 3 o 4 años, a pesar de haberse implementado desde 1994, la estrategia de Control Global de la Malaria. El comportamiento de la enfermedad en las últimas dos décadas ha mostrado un incremento de la endemia en la década de los noventa, con 65% más de casos reportados con respecto a los notificados en la década de los ochenta; incremento especialmente notorio en 1998, año en que se alcanzó la tasa de incidencia más elevada de los últimos 20 años, seguido de un pico casi similar en 2001.<sup>(1)</sup></p> <p>La carga en salud de esta enfermedad a nivel mundial ha obligado a los gobiernos y a los organismos Comparabilidad Internacional a desarrollar acciones que promuevan la participación global. En los ODM, la ONU ha establecido como meta el haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves para el año 2015. A pesar de ello, los resultados obtenidos a nivel mundial no han sido los esperados, lo que obliga a redoblar los esfuerzos nacionales y de apoyo internacional.<sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de casos de malaria registrados en el período.
<b>Denominador</b>	Total de población afiliada a la EAPB que vive en áreas de riesgo
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por 100.000
<b>Factor</b>	Por 100.000 habitantes.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	I <sup>2</sup> PS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	RIPS, fichas de notificación al SIVIGILA, registro de microscopistas de la red de diagnóstico.	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>		
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Entre las áreas con riesgo de paludismo se incluyen zonas de paludismo endémico (transmisión estable que permite el desarrollo de un determinado nivel de inmunidad) y de paludismo de carácter epidémico (transmisión estacional y menos predecible que impide el desarrollo de una inmunidad eficaz). <sup>(4)</sup> En zonas de alto riesgo e hiperendemicidad se encuentran por encima de 10 x 1.000 habitantes las proporciones de incidencia. <sup>(3)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Menor de 10 x 1000 habitantes. Meta del milenio 45% la incidencia de malaria en municipios con malaria urbana. Línea de Base 2003: 17,4 / 1.000 habitantes <sup>(3)</sup>		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92-1-361220-6 WHO/Roll Back Malaria site [Página OMS/Iniciativa "Hacer retroceder el paludismo"]: ( <a href="http://www.rbm.who.int">http://www.rbm.who.int</a> )		



	<ul style="list-style-type: none"><li>- World Malaria Report 2005. Ginebra, Nueva York, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2005. (<a href="http://rbm.who.int/wmr2005">http://rbm.who.int/wmr2005</a>)</li><li>Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Primera edición, 2007. P. 65. <a href="http://evaluacion.salud.gob.mx">http://evaluacion.salud.gob.mx</a></li><li>- OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. Parte 2 Indicadores sanitarios mundiales. P. 20</li></ul>
<b>Bibliografía</b>	<p>Guía de atención de la malaria. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PAR. Ministerio de la Protección Social.</p> <p>- Guía de Atención de la Malaria. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2004.</p> <p>Análisis de Enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes 2006: indicadores trazadores. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Dirección General de Salud Pública. <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co">www.minproteccionsocial.gov.co</a></p> <p>Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, 91 de 2005: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -- 2015".</p>



## FICHA 58: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de Prevalencia de infección por VIH/Sida
<b>Código</b>	E.2.7
<b>Justificación</b>	<p>Indicador que permite evaluar la tendencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), determinando la magnitud de la infección entre la población según sexo y a su vez proporciona información sobre las áreas geográficas más afectadas, permitiendo planear acciones de prevención, atención y tratamiento. El indicador se reporta como una proporción de prevalencia que indica la proporción de casos de VIH-SIDA, según sexo, por cada 100,000 habitantes de 15 a 49 años de edad en una población y un período determinados. <sup>(1)</sup></p> <p>El VIH y el SIDA se han convertido en un importante problema de salud pública en muchos países y el control de la evolución de la epidemia y el impacto de las intervenciones es crucial. Tanto los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y las Naciones Unidas Sesión Especial de la Asamblea General sobre el VIH y el SIDA han establecido objetivos de reducción de la prevalencia del VIH. <sup>(4)</sup></p>
<b>Dominio</b>	<p>Calidad técnica</p> <p>Subdominio: Efectividad de la atención</p>

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de total de casos de VIH en personas de 15 a 49 años de edad.
<b>Denominador</b>	Total de población de 15 a 49 años de edad.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción de prevalencia
<b>Factor</b>	100.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	<p>Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000.</p> <p>Se incluyen todos los casos confirmados independientes de la condición del evento: Asintomático o sintomático.</p>



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Formato de notificación de casos al SIVIGILA.	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Instituto Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La Organización Mundial de la Salud, a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia en poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a la región Andina. <sup>(3)</sup></p> <p>Vigilancia del VIH: cuando la epidemia es generalizada, los asistentes clínicos prenatales son las fuentes primarias de información. En caso de epidemias concentradas o de bajo nivel (en las que la prevalencia del VIH en la población general es inferior al 1%), las poblaciones en riesgo, p.ej. usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadoras sexuales, deberían ser el centro de interés de la vigilancia. <sup>(5)</sup></p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	<p>Mantener la incidencia en 1.0. Mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2% en población general de 15 a 49 años de edad para 2015. Línea de Base 2004: 0.7% <sup>(2)</sup></p>		



<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>The UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. Improved methods and assumptions for estimation of the HIV/AIDS epidemic and its impact: Recommendations of the UNAIDS Reference Group on Estimates, Modelling and Projections. AIDS 2002; 16:W1–W16.</p> <p>Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, evaluation and Implementation. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas, 2001.</p> <p>Plan nacional de respuesta ante el VIH y el Sida. Colombia 2008-2011. - OIT - OIM. Grupo de trabajo intersectorial en VIH y sida. P. 26</p> <p>Secretaría de Salud de Bogotá. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los Matices de la Vulnerabilidad, 2007.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. Modelo de gestión programática en VIH/sida. Programa de apoyo a la reforma de salud-PARS. Ministerio de la protección social.</p> <p>- Guía para el manejo de VIH/sida basada en la evidencia Colombia. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Ministerio de la Protección Social. Bogotá 2005.</p> <p>Importancia epidemiológica del evento VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. 2001. <a href="http://www.salud.gov.mx">http://www.salud.gov.mx</a></p> <p>Resultados de los Estudios Centinela para VIH/SIDA. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud.</p> <p>Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92–1–361220–6</p> <p>Sexually Transmitted Infections, Edition especial, British Medical Journal, 2004.</p> <p>OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2005. Parte 2 Indicadores sanitarios mundiales. Pp. 68</p> <p>Ministerio de la protección social- dirección general de salud pública. ONUSIDA - grupo temático para Colombia PNUD - OPS - UNFPA - UNICEF - UNODC - UNIFEM - ACNUR - OACDH</p>



## FICHA 59: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de prevalencia de sobrepeso en población mayor de 18 años
<b>Código</b>	E.2.8
<b>Justificación</b>	<p>La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m<sup>2</sup>)— es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.</p> <p>El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población adulta. No obstante, debe considerarse como una guía aproximativa, pues puede no corresponder al mismo grado de gordura en diferentes individuos.</p> <p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. <sup>(1)</sup></p> <p>El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. El IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tales como:</p> <p>Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.</p> <p>La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.</p> <p>Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon. <sup>(1)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total adultos clasificados con sobrepeso (IMC $\geq$ 25,0 kg / m <sup>2</sup> )
<b>Denominador</b>	Población adulta total (mayor de 18 años).
<b>Unidad de</b>	Proporción



<b>medición</b>	
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registros clínicos	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	El sobrepeso y la obesidad son problemas de malnutrición provocados por un consumo excesivo de nutrientes o por un inadecuado procesamiento de los alimentos por parte del organismo. La ingesta dietética excesiva o desequilibrada, aunado a la falta de actividad física y a los estilos de vida sedentarios han provocado un incremento importante de población obesa y con sobrepeso, en la cual se incrementa el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cerebro- vasculares y diversos tipos de cáncer. <sup>(2)</sup>		



<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>Obesity: Preventing and managing. The Global epidemic. World Health Organization. Ginebra 2000.</p> <p>Organización Mundial de la Salud. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet, 2004; 363: 157-163.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- WHO Global Database on Body Mass Index (BMI) [Banco de datos mundial de la OMS sobre el índice de masa corporal (IMC)]: (<a href="http://www.who.int/bmi">http://www.who.int/bmi</a>) ; WHO Global InfoBase (<a href="http://infobase.who.int">http://infobase.who.int</a>)</li><li>- Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Primera edición, 2007. P. 82.</li></ul>
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Guía de Atención de la Obesidad. Normas técnicas en Salud Pública. Colombia.</li></ul> <p>Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311- Septiembre de 2006. Organización Mundial de la Salud.</p>



## FICHA 60: TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por diabetes mellitus
<b>Código</b>	E.2.9
<b>Justificación</b>	<p>La diabetes Mellitus, considerada uno de los principales problemas emergentes de salud, se ubica como tercera causa de muerte a nivel nacional, como la primera causa de demanda de servicios en consulta externa y de las primeras en el servicio de hospitalización. <sup>(1)</sup></p> <p>La importancia sanitaria de la diabetes deriva de las siguientes peculiaridades: la alta prevalencia de la diabetes, el progresivo aumento de la incidencia de las distintas formas clínicas de esta enfermedad, y la cronicidad, y en las formas clínicas genuinas (diabetes tipo I y tipo II) la incurabilidad. Esto significa tener que asumir la enfermedad como un condicionante que acompañará al sujeto durante toda su vida: una alta mortalidad actualmente consecutiva a las complicaciones agudas, y una elevada morbilidad consecuente de las complicaciones crónicas, con un costo sanitario que ello supone, ya que no olvidemos que la diabetes queda incluida en los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, las posibilidades reducidas para ejercitar su prevención primaria y en cambio, muy elevadas en cuanto a la prevención secundaria y la terciaria. <sup>(2)</sup></p> <p>El indicador se reporta como una tasa ajustada por edad (método de estandarización directa) que indica el número de defunciones por diabetes Mellitus por cada 100.000 habitantes en una población y un período determinado.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total número de muertes cuya causa antecedente es diabetes durante el período
<b>Denominador</b>	Total de la población afiliada a la EPS en el período
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100.000 habitantes.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Certificados de defunción	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad de alta prevalencia, reconocida como un problema de salud pública, debido a sus altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas. Diferentes estudios han documentado que la falta de adherencia al tratamiento, constituye uno de los principales factores desencadenantes para las descompensaciones agudas en el paciente diabético. Dentro del espectro de dichas alteraciones se encuentran las crisis hiperglicémicas agudas, las cuales se han dicotomizado en dos entidades clínicas: la Cetoacidosis Diabética (CAD) y el Estado Hiperglicémico Hiperosmolar (EHH), que constituyen complicaciones metabólicas potencialmente fatales en el corto plazo y de las cuales pueden encontrarse cuadros superpuestos. Se han establecido criterios diagnósticos específicos buscando realizar un diagnóstico diferencial acertado, que permita un tratamiento idóneo; sin embargo, las tasas de morbilidad y mortalidad siguen siendo considerables. Por su parte, la hipoglicemia también constituye una emergencia médica que, de no ser tratada oportunamente, puede ocasionar daño neurológico permanente e incluso la muerte.<sup>(3)</sup></p>		



<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador.
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	Szurpik Juana, Hebat Adriana. Importancia de la diabetes Mellitus en la salud pública. Revista Nuestro Hospital. Año 1, N° 1, 1997 - Hernandez-Ruiz, Eder A; Castrillon-Estrada, Jaime A; Acosta-Velez, Juan G and Castrillon-Estrada, David F. Diabetes Mellitus en el servicio de urgencias: manejo de las complicaciones agudas en adultos. Salud, Barranquilla 2008, vol.24, n.2, pp. 273-293. ISSN 0120-5552.
<b>Bibliografía</b>	Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Ministerio de la Protección Social. - Guía de atención de la diabetes Mellitus tipo 2. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social.



## Ficha 61: TASA DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de incidencia de Sífilis Congénita
<b>Código</b>	E.3.4
<b>Justificación</b>	<p>América Latina y el Caribe (ALC) constituyen la región que presenta la tasa más alta de sífilis a nivel mundial. En esta región, se estima que cada año nacen más de 164.000 niños con sífilis congénita.</p> <p>La sífilis congénita es una de las formas más graves de enfermedad provocada por la infección de sífilis. Las mujeres embarazadas con sífilis activa presentan complicaciones graves del embarazo y hasta 80% de los casos pueden resultar en muerte fetal, muerte perinatal o infección neonatal grave.</p> <p>La sífilis congénita es una enfermedad grave y prevenible que debe ser eliminada. Los pilares fundamentales para su eliminación se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y en brindar un tratamiento oportuno y adecuado.</p> <p>Este indicador permite conocer la incidencia de la sífilis en los recién nacidos en el año. Mide la calidad de la atención brindada a la gestante durante su control prenatal.</p> <p>Mide el impacto de las medidas de control implementadas en el Plan de Eliminación de la transmisión materno-infantil de la sífilis congénita. Establece la eficiencia del sistema para captar casos. Permite detectar municipios, distritos o departamentos con niveles críticos en el cumplimiento de la meta de eliminación de sífilis congénita.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de casos de sífilis congénita en el período
<b>Denominador</b>	Población total de nacidos vivos en el período
<b>Unidad de medición</b>	Razón por 1000 nacidos vivos

1. Organización Panamericana de la Salud "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional". Washington, D.C.: OPS © 2010



<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000.

#### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	RIPS, fichas de notificación al SIVIGILA	Registros de población afiliada
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>		
<b>Vigilancia y control</b>		

#### ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>En América Latina y el Caribe (ALC), la sífilis congénita es un problema de salud pública severo y sub-notificado. Un caso de sífilis congénita representa una falla en los programas de salud pública. <sup>(1)</sup></p> <p>En Colombia la sífilis congénita, es considerada un evento de interés en salud pública de notificación obligatoria, pese a esto, existe un alto subregistro de casos.<sup>2</sup></p> <p>La razón de incidencia de sífilis congénita para el año 2009, fue de 2.6 por mil nacidos vivos, esta cifra sobrepasa, el límite de la meta establecida por la OPS/OMS, la cual es de 2.5 por mil nacidos vivos.</p>		



<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Menor a 0,5 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos. <sup>(1)</sup> Alta incidencia: mayor 1 caso de sífilis congénita por mil nacidos vivos. Moderada incidencia: entre 0,5 - 1 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos. Baja incidencia: menor a 0,5 casos de sífilis congénita por mil nacidos vivos. <sup>(1)</sup>
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Ciencia e Innovación.
<b>Bibliografía</b>	Organización Panamericana de la Salud “Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe: Estrategia de Monitoreo Regional”.  Ministerio de la Protección Social. Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la sífilis congénita. Documento en proceso de publicación.



## FICHA 62: TASA DE INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS PULMONAR

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Incidencia por tuberculosis pulmonar
<b>Código</b>	E.2.10
<b>Justificación</b>	<p>Total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar según sexo por cada 100 mil habitantes según edad, en una población y un periodo determinado. <sup>(1)</sup></p> <p>La detección de la tuberculosis y su cura son intervenciones fundamentales para hacer frente a los problemas de la pobreza y la desigualdad. Los datos sobre las tendencias de la incidencia permiten establecer el efecto de la lucha mundial contra la tuberculosis. <sup>(2)</sup></p> <p>La incidencia de la tuberculosis constituye una medida importante para seguir de cerca el avance de la enfermedad tanto a escala nacional como mundial. Este indicador se incluye asimismo en el Objetivo 8 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): se tendrá que “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves” (incluida la tuberculosis). Los datos sobre la incidencia, la prevalencia y la mortalidad de la tuberculosis, se emplean para medir el impacto de la estrategia DOTS. <sup>(5)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de casos nuevos de tuberculosis pulmonar en afiliados a la EAPB en el período.
<b>Denominador</b>	Total de población afiliada a la EAPB en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100.000 habitantes
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	RIPS, fichas de notificación al SIVIGILA	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La cuarta parte de los casos de tuberculosis están asociados con la diabetes, desnutrición, alcoholismo y el SIDA, además la migración, el crecimiento poblacional y la pobreza favorecen la aparición de cepas resistentes a los medicamentos convirtiendo a esta enfermedad en un problema de naturaleza global. <sup>(1)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	18 o menos casos por 100.000 habitantes. <sup>(3)</sup> Riesgo medio: Menor o igual a 24.9 casos x 100 mil habitantes Riesgo Alto: 25 a 50 x 100.000 habitantes R. Muy Alto: Mayor de 50 casos por 100 mil Habitantes <sup>(4)</sup>		
<b>Estándar meta</b>	Meta 2010 -2015 tasa de Incidencia. Reducir la incidencia de tuberculosis y disminuir la mortalidad y la prevalencia al 50% al 2015 respecto a la de 1990 (Línea de Base 1993: Incidencia de 32 casos por 100.000 habitantes). <sup>(3)</sup>		
<b>Referencias</b>	- Plan estratégico para la expansión y/o fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS 2006-2015. "Colombia libre de tuberculosis". Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Salud Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del		



	<p>milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92-1-361220-6</p> <p>Estadísticas sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud, 2009. ISBN 978 92 4 356381 7.</p> <p>- Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology, Strategy, Financing. World Health Organization.</p> <p>Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Indicadores de Monitoreo y Evaluación - Plan Estratégico Colombia 2005-2015. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Grupo de Promoción y Prevención.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Protocolo de vigilancia de tuberculosis. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre de 2007.</p> <p>Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Naciones Unidas. Nueva York, 2006. Pp. 51</p> <p>Informe mundial sobre el control de la tuberculosis 2005 de la OMS. OMS, STB, Ginebra. 2005.</p>



## FICHA 63: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por cáncer de Cuello uterino
<b>Código</b>	E.2.11
<b>Justificación</b>	El indicador mide el riesgo de la población femenina de morir a consecuencia de cáncer del cuello de útero (CIE-10:C53) en un momento y lugar determinado. Este es el tumor maligno más común entre las mujeres en edad reproductiva y la primera causa de muerte en este grupo. El indicador se expresa como una tasa que indica el número de defunciones ocurridas por cáncer cérvico-uterino por cada 100.000 mujeres. <sup>(3)</sup>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de muertes por cáncer de cuello uterino registradas en el período
<b>Denominador</b>	Total de mujeres en edad fértil afiliadas a la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	Por 100.000 Habitantes
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción	Población afiliada mujeres mayor de 18 años Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino es una de las más importantes, por las altas cifras de incidencia. Estadísticamente es el segundo cáncer más frecuente en el mundo con 500.000 casos nuevos en el año y 274.000 muertes anuales, precedido por el cáncer de seno en la población femenina. En Colombia, según estadísticas del Instituto Nacional de Cancerología (INC), se ubica como primer lugar en incidencia y mortalidad en las mujeres. Según esta misma fuente, se observa que el mayor problema no está en la cobertura, puesto que aproximadamente un 78% de las mujeres colombianas se la han hecho tomar la citología en el último año; la problemática está en la falta de una atención oportuna y equitativa a quienes requieren tratamientos y en el desconocimiento de los derechos sobre Seguridad Social. La disminución de las tasas de mortalidad en Colombia es prioridad del estado y la mejor estrategia sigue siendo la combinación de detección temprana y tratamiento oportuno y adecuado. <sup>(1)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>	Según los objetivos de desarrollo del milenio la meta para Colombia es reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 por cien mil mujeres. <sup>(2)</sup>		
<b>Referencias</b>	<a href="http://www.ligacancercolombia.org">www.ligacancercolombia.org</a> <a href="http://odm.pnud.org.co/odm5.html">http://odm.pnud.org.co/odm5.html</a> - Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Tercera edición. México, D.F. SSA, 2001: 41-42. - Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.		



**Bibliografía**

Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.



## FICHA 64: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por cáncer de mama
<b>Código</b>	E.2.12
<b>Justificación</b>	<p>El indicador mide el riesgo de la población de morir a consecuencia del cáncer de mama (CIE-10: C50) en un momento y lugar determinado. El indicador se expresa como una tasa que indica el número de defunciones por cáncer de mama por cada 100.000 mujeres.</p> <p>El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo. En años recientes se observó incremento paulatino en su frecuencia, sobre todo en países en vías de desarrollo. Llegó a ser la primera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, debido a que la mayor parte de los casos se diagnostican en fases avanzadas, con bajas probabilidades de curación. <sup>(1)</sup></p> <p>La mortalidad por cáncer de seno en Colombia, ha venido siendo creciente de manera sostenida durante los últimos 25 años, lo que significa para el último periodo de información completa disponible (2001) un promedio de casi cinco muertes por día (1600 muertes/año). Las más afectadas por tal mortalidad han sido las mujeres de 30 a 59 años.</p> <p>Entre el grupo de los cánceres, ocupa el cuarto lugar de mortalidad, con el 6.5%, para el año 2001 y el sexto lugar para el total de los años, con el 5.53%; es el tercero para las mujeres, (después del de estómago y cuello uterino), habiendo ido en aumento y generando el 10.5 % de las muertes totales por estas causas.</p> <p>Representa en total entre el 0.8% y el 0.9% de la mortalidad general de los últimos cinco años de los que hay información disponible, el 6%, en promedio, de la mortalidad por cáncer; entre el 1.9% y el 2.2% de la mortalidad general en mujeres y el 12% de la mortalidad por cáncer en mujeres. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de defunciones por cáncer mamario en el período.
<b>Denominador</b>	Total de mujeres afiliadas a la EAPB.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa.
<b>Factor</b>	Por 100.000 habitantes.



<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000.
---------------------------	--

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción.	Población (mujeres) afiliada a la Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>		
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Los principales factores de riesgo para esta enfermedad son: edad mayor de 35 años, historia familiar o personal de cáncer mamario, nuliparidad, primer embarazo después de los 30 años, antecedentes de patología mamaria (displasias), menarca temprana (primer menstruación antes de los 12 años de edad), menopausia tardía (después de los 50 años de edad), uso prolongado de estrógenos (más de cinco años), obesidad, tabaquismo, y la diabetes.</p> <p>Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y que las mejores armas para lograr abatir la mortalidad por esta enfermedad son el escrutinio con mastografía en mujeres asintomáticas y el tratamiento adecuado<sup>(1)</sup></p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		



<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia 2010-2019. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. República de Colombia. Bogotá Septiembre de 2009.</li><li>Organización mundial de la Salud. Programas Nacionales del control de cáncer: Políticas y pautas para la gestión. Ginebra 2004.</li><li>The global burden of diseases 2004. Update. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponible en: <a href="http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html">http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html</a>.</li><li>- GLOBOCAN. Estadísticas de cáncer del mundo.</li></ul>
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública</li><li>- Rodríguez Cuevas, Sergio Arturo; García Marinon, Capurso. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Méx 2006; 74(11): 585-593. <a href="http://www.imbiomed.com.mx">www.imbiomed.com.mx</a></li></ul>



## FICHA 65: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón
<b>Código</b>	E.2.13
<b>Justificación</b>	<p>El cáncer de pulmón continúa siendo un problema de salud en todo el mundo: es la principal causa de muerte relacionada con cáncer a nivel mundial. El estimado de muertes por esta enfermedad en el hombre se cree sea 3 veces superior; similarmente en las mujeres ocurre que el estimado de cáncer de mama es alrededor de 2.5 veces mayor que el de pulmón, pero el índice de mortalidad para este último es dos veces mayor. El cáncer de pulmón ha sido identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los mayores problemas de salud que enfrentó la humanidad en el siglo XX. <sup>(1)</sup></p> <p>El indicador se define como el número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en una población total por 100.000 habitantes.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de muertes por tumores malignos de pulmón en el período
<b>Denominador</b>	Total población afiliada a la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registros de egresos	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de</b>	Mensual	



<b>generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>De acuerdo con las cifras de Globocan 2002, en Latinoamérica fallecen más de 56 mil personas anualmente por cáncer de pulmón, de estas muertes, aproximadamente 4.600 corresponden a pacientes colombianos; es decir que 12 pierden la vida por este tipo de cáncer a diario. A pesar que se presentan casos desde temprana edad, la mayor incidencia se registra en personas mayores de 55 años de edad tanto en hombres como en mujeres.</p> <p>El cáncer de pulmón es uno de los más difíciles de detectar y tratar, y es por ello, que durante el primer año de diagnóstico más del 90% de los pacientes fallecen.</p> <p>Hoy día el cáncer de pulmón es el causante de un gran número de muertes en Colombia porque existe un bajo nivel de información sobre los factores de riesgo que pueden causarlo, así como de los nuevos tratamientos que existen en el mercado que le permite a los pacientes mejorar su calidad de vida y tener un mayor y mejor tiempo con sus familia. <sup>(2)</sup></p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	<p>Grupo de trabajo oncológico de centros hospitalarios del sur de Madrid. Guía clínica: diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón. Eds. Madrid: Gráficas Mafra; 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GLOBOCAN. Estadísticas de cáncer del mundo.</li> <li>- Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social.</li> <li>- Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia 2010-2019. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología.</li> </ul>		



<b>Bibliografía</b>	<p>Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años.</p> <p>Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.</p> <p>Norma técnica para la detección de las alteraciones del adulto. República de Colombia. Bogotá Septiembre de 2009.</p> <p>Carlos Gassiot Nuño, Elia Nenínger Vinageras, Sixto Corona Mancebo, Miguel A. Martín González y Adela Ramos Quevedo. Cáncer de Pulmón Diagnóstico y Tratamiento. Cuba 2003</p> <p>- En Colombia 12 personas mueren por cáncer de pulmón al día. 27 Febrero 2009. <a href="http://Elespectador.com">Elespectador.com</a></p>
---------------------	--



## FICHA 66: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por cáncer Gástrico
<b>Código</b>	E.2.14
<b>Justificación</b>	<p>A nivel mundial el cáncer gástrico (CG) es el cuarto en incidencia y el segundo en mortalidad (Roder, 2002); sin embargo, en los países desarrollados es el quinto en incidencia y en mortalidad por cáncer, tanto en varones (después del cáncer de pulmón, colorrectal, próstata y hematológico) como en mujeres (después del cáncer de mama, colorrectal, ginecológico y hematológico) (datos de la AECC).<sup>(1)</sup></p> <p>Con excepción de algunos países en todo el mundo el pronóstico de la enfermedad es malo; la supervivencia (SV) a 5 años es solo de 5-15 %; la respuesta a estos pobres resultados es multifactorial; la ausencia de factores de riesgo definidos, y de una sintomatología específica, contribuye a que se diagnostique en estadios muy avanzados.<sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del estómago en el período
<b>Denominador</b>	Total población afiliada a la EAPB en el período
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100 000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.000

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de egreso hospitalario	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la</b>	Mensual	



<b>información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de Salud - Ente territorial

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Se estima que durante el 2008-2009 podrían surgir más de 8.700 casos nuevos de cáncer gástrico en Colombia. También se estima que 6.630 personas morirán a causa de este tipo de cáncer durante este mismo año. Ésta es una enfermedad que afecta principalmente a las personas de edad avanzada. Dos de cada tres personas diagnosticadas con cáncer del estómago tiene más de 65 años de edad. El riesgo de una persona de contraer cáncer del estómago en el transcurso de su vida en Colombia es de alrededor de 1 en 50, este cáncer es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo con aproximadamente 700,000 muertes cada año. <sup>(3)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia 2010-2019. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Cancerología. República de Colombia. Bogotá Septiembre de 2009. P.20 Organización mundial de la Salud. Programas Nacionales del control de cáncer: Políticas y pautas para la gestión. Ginebra 2004		
<b>Bibliografía</b>	Guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social. Cáncer Gástrico. Guía para la gestión integrada de procesos asistenciales relacionados con el cáncer: "Proyecto Oncoguías". Documento de trabajo. España Mayté Lima Pérez. Cáncer Gástrico. Cuba 2009.		



## FICHA 67: TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATÉTER VESICAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de infecciones del tracto urinario asociado a catéter vesical
<b>Código</b>	I.3.29
<b>Justificación</b>	<p>La infección del tracto urinario es la más común de las infecciones nosocomiales, representando de un 23 a un 30% del total de las infecciones adquiridas durante el ingreso hospitalario, con una prevalencia del 2%, aumenta la estancia hospitalaria una media de 4 días, con el consiguiente incremento en los costes hospitalarios.</p> <p>La presencia de una sonda o catéter dentro de las vías urinarias incrementa la probabilidad de una infección urinaria y puede también hacer más difícil el tratamiento de la infección. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales (de las principales está la infección por sonda).</p>
<b>Dominio</b>	2. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes con infección urinaria sintomática secundaria a catéter vesical
<b>Denominador</b>	Número total de días catéter
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por mil días
<b>Factor</b>	1.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Fuente primaria</b>	Registro comité de Infecciones	Registro comité de Infecciones
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.		
<b>Estándar meta</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, 2006: El Ministerio.</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. [Internet] <a href="http://www.minproteccionsocial.gov.co/SOGC/NewsDetail.asp?ID=15521&amp;IDCompany=11">http://www.minproteccionsocial.gov.co/SOGC/NewsDetail.asp?ID=15521&amp;IDCompany=11</a> Consultado en diciembre de 2008.</li> <li>- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163(9): 458 - 71.</li> <li>- Ministry of Health and Long-Term Care, “Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations”. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC), Ontario Canadá, June 2008</li> <li>- En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</li> </ul>		



## FICHA 68: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Cobertura de control prenatal
<b>Código</b>	E.2.15
<b>Justificación</b>	<p>El Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.</p> <p>Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.</p> <p>El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. <sup>(1)</sup></p> <p>Los objetivos generales del control prenatal son:          Identificar factores de riesgo          Diagnosticar la edad gestacional          Diagnosticar la condición fetal          Diagnosticar la condición materna          Educar a la madre. <sup>(1)</sup></p> <p>La cobertura y calidad de la atención prenatal y durante el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de mujeres con un nacimiento vivo en el período que recibieron atención prenatal de cuatro o más veces durante el embarazo por cualquier proveedor. <sup>(5)</sup>
<b>Denominador</b>	Total de mujeres con un nacimiento vivo en el mismo período. <sup>(5)</sup>
<b>Unidad de medición</b>	Proporción



<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Número de mujeres que recibieron atención prenatal en el embarazo del último hijo nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta.	Total de mujeres encuestadas con último hijo nacidos vivo en los 5 años anteriores a la encuesta.
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>		
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	El cuidado primario prenatal busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Teniendo en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud pública, es prioritario, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. <sup>(3)</sup>		



<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	90% de mujeres con cuatro o más controles prenatales (En Colombia Resolución 412 de 2000 e internacionalmente dentro de los objetivos de desarrollo del milenio: objetivo 5: “Mejorar la salud materna incluye cobertura de control prenatal con calidad al menos al 90% de gestantes”. Línea de base 1990: 66%. <sup>(4)</sup>
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C. Ginecología y Obstetricia. 3ª ed. México: Méndez editores S.A.; 1998 .p. 85-101. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Capítulo X: Salud Materno-Infantil. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. PROFAMILIA. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005. P. 197 Julián A. Herrera. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia Médica Vol. 33 Nº 1, 2002. Pp. 21-25 La salud en los objetivos del milenio. WHO Statistical Information System (WHOSIS).
<b>Bibliografía</b>	- Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Antenatal care in developing countries. Promises, achievements and missed opportunities. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003. Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán. Cuadro 8 del anexo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. ( <a href="http://www.who.int/whr/2005/en/index.html">http://www.who.int/whr/2005/en/index.html</a> ) Reproductive health indicators guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. WHO, Department of Reproductive Health and Research. Reproductive health indicators guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva, World Health Organization, 2006. Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse. - <a href="http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/">www.qualitymeasures.ahrq.gov/</a>



## FICHA 69: PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER (MENOS DE 2500 GRS)

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos)
<b>Código</b>	E.2.16
<b>Justificación</b>	<p>Los niños que nacen prematuramente o con un bajo peso son más vulnerables a las enfermedades en etapas posteriores de su vida y a menudo sufren trastornos del desarrollo cognitivo. Existen indicios de que el déficit de crecimiento fetal durante el embarazo puede causar diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, que afectan a la persona muchos años más tarde.</p> <p>Los niños con bajo peso al nacer son especialmente vulnerables en las primeras horas y días de vida, lo que aumenta su riesgo de morir durante ese periodo. Algunos factores que incrementan el riesgo de nacimientos con bajo peso son: anemia de la madre, previa y durante el embarazo; un aumento de peso de la madre durante el embarazo menor de 8 Kg; consumo de tabaco y alcohol; nivel bajo de escolaridad, pobreza, algunos factores ambientales y la falta de acceso a los servicios o una atención médica inadecuada. <sup>(1)</sup></p> <p>El bajo peso al nacer es otra expresión de la desnutrición; debido a su efecto negativo sobre la morbilidad perinatal e infantil, representa una considerable preocupación en la región de las Américas. En la mayoría de los países más del 60% de los casos corresponde a retardo del crecimiento intrauterino. Esta cifra se diferencia de lo observable en los países industrializados donde el bajo peso al nacer se correlaciona con prematuridad. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad Técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de recién nacidos con peso inferior a los 2.500 gramos.
<b>Denominador</b>	Total de nacidos vivos en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por 100 y el resultado se presenta con una cifra decimal.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Certificado de nacido vivo	Registro de nacimientos en la EAPB
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Al nacer, el peso depende fundamentalmente de dos factores: duración del embarazo y crecimiento intrauterino, el cual a su vez está íntimamente ligado al estado nutricional de la madre y es un indicador del futuro crecimiento y desarrollo del niño. El feto se convierte en un Recién nacido de bajo peso debido a: tabaquismo principalmente y a analfabetismo de la madre, desnutrición, enfermedades recurrentes, falta de acceso a la atención de los servicios de salud.</p> <p>Las investigaciones coordinadas por el Centro Latinoamericano de perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), en base a más de 400.000 nacimientos, muestran una incidencia de BPN del 9% (entre 4.6 - 14.8%), y de muy bajo peso al nacer (MBPN =&lt;1500 gr) del 1.2 (entre 0.6 y 2.6%). Estas cifras duplican la de algunos países desarrollados, aunque muy cercana a la de otros países de este grupo.</p> <p>En centros materno infantiles de América Latina, el 80% de las muertes neonatales precoces (primera semana de vida), se asocian con el BPN y el 50% con el MBPN. Esta contribución del BPN a la mortalidad neonatal, indica que las acciones preventivas que disminuyan los nacimientos de bajo peso, impactarán notablemente en la reducción de las tasas de mortalidad.</p>		



	Aunque generalmente se pesa a los niños nacidos en hospitales, está información no siempre se reporta en forma regular y oportuna. Cuando el nacimiento no es institucional, el peso reportado no es confiable. <sup>(2)</sup>
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Una prevalencia menor al 10% de los nacidos vivos (estándar internacional tomado de OMS). <sup>(3)</sup>
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>United Nations Children's Fund and World Health Organization. Low Birthweight: Country, regional and global estimates. UNICEF, New York, 2004.</p> <p>Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Primera edición, 2007. Pp. 89.</p> <p>Acciones de Salud Materno Infantil A nivel Local: Según las metas de la cumbre mundial para la Infancia. Organización Panamericana de la Salud. Pp. 7, 53, 222, 223, 269.</p> <p>OMS. Métodos de acopio y análisis de datos adecuados para algunos indicadores seleccionados. Insuficiencia ponderal al nacer. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981:68-9. Salud para Todos; No.4.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>- Guía de Atención del Bajo Peso al Nacer. República de Colombia. Dirección General de Promoción y Prevención.</p> <p>Amaya de Gamarra, Inés Cecilia; Suárez de Betancourt, María de Jesús; Villamizar Carvajal Beatriz. Cuidado de enfermería al neonato crítico. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005;</p> <p>Objetivo de la Declaración y el Plan de Acción adoptado por la Asamblea General de la Naciones Unidas "Un mundo apropiado para los niños".</p>



## FICHA 70: PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS NO INDICADAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de nacimientos por cesárea.
<b>Código</b>	E.2.17
<b>Justificación</b>	<p>Proporción de nacimientos atendidos por medios quirúrgicos en relación con el total de nacimientos atendidos. Este es un indicador para evaluar el proceso de la atención médica obstétrica.</p> <p>La resolución quirúrgica de algunos partos, a través de una cesárea, constituye uno de los avances de la medicina moderna, y no hay dudas de su beneficio cuando se realiza de acuerdo con los criterios médicos basados en evidencias científicas. Desde hace varios años se ha estado registrando anualmente un número elevado de cesáreas en las instituciones públicas de salud, de las cuales poco más de la mitad no están clínicamente justificadas. <sup>(1)</sup></p> <p>El nacimiento por medio de operación cesárea abdominal tiene como aspecto positivo el hecho de poder evitar un obstáculo que de no eludirse comprometería seriamente la condición fetal y materna. Pero la utilización exagerada de esta operación disminuye sus ventajas por la ausencia de indicación y exacerba notablemente sus aspectos negativos, a saber: dificultosa relación madre e hijo, retardo de la recuperación materna y su retorno al grupo familiar, retardo en la instalación de la lactancia, morbilidad postoperatoria, asociación con infección materna a veces severa, asociación con riesgo anestesiológico, y globalmente, aumento de la muerte materna asociada al nacimiento. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Eficiencia de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de nacimientos por cesárea en el período.
<b>Denominador</b>	Total de partos (vaginales y cesáreas) atendidos en la población de la EAPB en el período. *del total de partos se excluye: Presentación anormal (podálica o transversal), parto pre término, muerte fetal, gestación múltiple.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	RIPS	Procedimientos CUPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de salud.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Las instituciones de salud además de mejorar las condiciones de salud de la población deben responder de manera adecuada a sus expectativas. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos y ejecutar los procedimientos de atención más adecuados cuyo límite superior es el desarrollo tecnológico y científico alcanzado en un momento histórico determinado. Así, brindar una atención excesiva o fuera de los parámetros de atención más adecuados se asocia a una mala calidad; por ejemplo, el empleo indiscriminado de métodos quirúrgicos en la asistencia al parto. Este indicador permite determinar la proporción de nacimientos que fueron atendidos a través de métodos quirúrgicos en relación al total de nacimientos atendidos en unidades médicas del sector salud, incluyendo las privadas. <sup>(3)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Según la Organización Mundial de la Salud las cesáreas deben representar no menos del 5% ni más del 15% de todos los partos (cesáreas realizadas sólo por razones de emergencia).		
<b>Estándar meta</b>			



<b>Referencias</b>	AHRQ quality indicators. Guide to inpatient quality indicators: quality of care in hospitals - volume, mortality, and utilization [version 3.1]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2007 Mar 12, p. 91 AHRQ quality indicators. Inpatient quality indicators: technical specifications version 3.2. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008 Feb 29. p. 37
<b>Bibliografía</b>	- Guía de atención del parto. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social. Cesárea segura. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México D.F. Programa de indicadores de Calidad de atención en Establecimientos asistenciales. Manual de procedimientos. Versión a enero 2006. Definición de Indicadores. Argentina. - Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Perspectivas en salud pública 10. Cuernavaca, Mor. Instituto Nacional de Salud Pública, 1992:15-18.



## FICHA 71: PROPORCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de partos institucionales
<b>Código</b>	E.2.18
<b>Justificación</b>	Expresa la proporción de los partos atendidos en una institución de salud en un período determinado, expresa el acceso de la población. Todas las mujeres deberían tener acceso a la atención especializada durante el embarazo y el parto para asegurar la detección y el manejo de las complicaciones. Como es difícil medir con exactitud la mortalidad materna, y el modelo de estimaciones basadas en la razón de mortalidad materna no puede ser usado para monitorear las tendencias a corto plazo, la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado se utiliza como indicador de referencia para este propósito. <sup>(1)</sup>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de nacimientos (nacidos vivos) que son atendidos en una institución de salud, en el período de referencia.
<b>Denominador</b>	Total de nacidos vivos en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por el factor

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	RIPS (procedimientos CUPS), RUAF	Reporte de partos totales por institución
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud.

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbimortalidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario actualizar los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, y el puerperio inmediato, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos. <sup>(2)</sup></p> <p>La OMS estima que en el mundo mueren aproximadamente 585.000 mujeres al año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. Las tasas más altas de mortalidad se observan en África, Asia y América latina y el Caribe. La muerte de una madre tiene repercusiones emocionales y económicas importantes en la familia y la comunidad, además las consecuencias sociales y económicas son profundas ya que la muerte de la madre reduce la supervivencia del recién nacido, disminuye el desempeño escolar de los niños sobrevivientes y representa una pérdida de la productividad económica y de los ingresos familiares. <sup>(3)</sup></p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	<p>Atención institucional del parto y por personal calificado al 95% según la resolución 412 de 2000 en Colombia y según la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Línea de base 1990: 76.3% atención institucional del parto; 80.6% atención del parto por personal calificado. <sup>(4)</sup></p>		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	<p>Indicadores para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: definiciones, principios, conceptos y fuentes de datos. Naciones Unidas para el Desarrollo. Nueva York, Naciones Unidas, 2003 (ST/ESA/STAT/SER.F/95).</p> <p>Los riesgos del embarazo: el papel fundamental de la asistencia de personal capacitado. Una declaración conjunta de la OMS, ICM y la FIGO. Geneva, World Health Organization, 2004.</p> <p>Informe sobre la salud en el mundo 2005: cada madre y cada niño contarán Anexo cuadro 8. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.</p>		



<p><b>Bibliografía</b></p>	<p>Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D.C. 2000.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Guía para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social.</li></ul> <p>Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS). Definiciones de los indicadores 2008.</p> <p>Ministerio de la Protección Social. Norma Técnica de Atención del Parto Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe Washington D.C. PAHO, 2003). ISBN 92 75 32487 5.</p> <p>Indicadores de Salud Reproductiva de la OMS base de datos. Proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.</p>
----------------------------	---



## FICHA 72: PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de recién nacidos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito.
<b>Código</b>	E.2.19
<b>Justificación</b>	<p>El hipotiroidismo congénito neonatal es una patología que, de no ser diagnosticada a tiempo, lleva irremediablemente a retardo mental severo e irreversible, situación que puede ser evitada si se conoce el defecto precozmente y se instaura el tratamiento de manera oportuna. El objetivo es lograr una detección oportuna y otorgar tratamiento efectivo que les permita a los niños que resulten positivos tener una vida completamente normal. Por esta razón, es necesario coordinar acciones conjuntas a nivel sectorial que permitan que en todas las unidades médicas que atiendan partos y recién nacidos se realice el tamiz neonatal, y que se realicen esfuerzos por mejorar los sistemas de registro y análisis de la información.<sup>(1)</sup></p> <p>Los niños que son detectados y tratados oportunamente (dentro de las dos primeras semanas de edad) logran un desarrollo neurológico e intelectual adecuado. Un estudio reciente en el Japón que investigó la calidad de vida relacionada con salud (usando la encuesta World Health Organization Quality of Life-26 [WHO/QOL-26]) y las condiciones de vida de adultos jóvenes con hipotiroidismo congénito detectado por tamizaje neonatal, no halló diferencias significativas en los puntajes, comparados con individuos saludables, en ninguno de los dominios del cuestionario, y el desempeño educativo tampoco fue pobre.<sup>(3)</sup></p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de recién nacidos con tamizaje de hipotiroidismo congénito tomado de cordón umbilical al nacimiento
<b>Denominador</b>	Total de nacidos vivos atendidos en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción.
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de toma de muestra para medición de TSH en salas de parto y registros de laboratorio	Certificados de nacimiento
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En Colombia existe la norma para realizar tamizaje masivo neonatal a todo recién nacido por medio de la medición de hormona tiroestimulante TSH en sangre de cordón umbilical. El procedimiento está estandarizado para la Red Nacional de Laboratorios y es el punto de partida para la vigilancia y el seguimiento. <sup>(4)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Porcentaje de niños de la aseguradora a quienes se les hace la prueba de TSH neonatal. Meta: 90% contributivo, 95% subsidiado. <sup>(2)</sup> Cobertura de 100% en tamizaje neonatal de hipotiroidismo congénito. <sup>(4)</sup>		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Sorcini M, Fazzini C. Neonatal screening in congenital hypothyroidism in Italy. The National Registry. Ann Ist Super Sanita. 1994; 30(3):275-87.		



<p><b>Bibliografía</b></p>	<p>Tamizaje neonatal de Hipotiroidismo congénito. Vigilancia por el laboratorio. Ministerio de la protección social. Instituto nacional de salud. Subdirección de Red Nacional de Laboratorios. Grupo de Genética. Bogotá, Diciembre de 2004</p> <p>Norma técnica para la detección temprana de las Alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 Años. Resolución 412 del 2000. Ministerio de la Protección Social.</p> <p>Resolución 03384 de 29 de diciembre de 2000 del Ministerio de la Protección Social donde se reglamenta la obligatoriedad del tamizaje para todos los recién nacidos vivos para el diagnóstico del hipotiroidismo congénito a través de la medición de TSH neonatal en sangre de cordón.</p> <p>Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Primera edición, 2007. P. 91-92</p> <p>Tamizaje neonatal de Hipotiroidismo congénito. Vigilancia por el laboratorio. Ministerio de la protección social. Instituto nacional de salud. Subdirección de Red Nacional de Laboratorios. Grupo de genética. Bogotá, diciembre de 2004</p> <p>Sato H, Nakamura N, Harada S, Kakee N, Sasaki N. Quality of life of young adults with congenital hypothyroidism. <i>Pediatr Int</i> 2009; 51(1): 126-31.</p> <p>Protocolo de vigilancia y seguimiento del hipotiroidismo congénito. Instituto Nacional de Salud - Subdirección Red Nacional de Laboratorios Grupo Genética, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Noviembre de 2008</p> <p>- Protocolo de vigilancia y seguimiento del hipotiroidismo congénito. Instituto Nacional de Salud - Subdirección Red Nacional de Laboratorios Grupo Genética, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública Grupo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Noviembre de 2008</p>
----------------------------	---



## FICHA 73: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad infantil
<b>Código</b>	E.3.5
<b>Justificación</b>	<p>Se calcula que en el mundo mueren anualmente cuatro millones de niños durante el año, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es así como en Colombia, durante el año 2007, ocurrieron 6.245 muertes durante este período, lo que equivale al 62,4% de la mortalidad infantil. Mide la probabilidad de que los recién nacidos vivos que reúnan determinadas características fallezcan durante su primer año de vida. Expresa la relación de las muertes en población menor de 1 año en función de los nacimientos ocurridos en el mismo período. Muchas de las defunciones son causadas por situaciones prevenibles o evitables, como enfermedades respiratorias, enfermedades infecciosas, deficiencias nutricionales, obstétricas, o el síndrome infantil de muerte súbita.</p> <p>La tasa de mortalidad infantil es un indicador del grado de desarrollo de un país <sup>(1)</sup> y es un indicador que permite valorar el estado de salud de una población en un lugar y periodo determinado. Las cifras aportan información valiosa acerca del nivel de vida de la población y de la disponibilidad y acceso a los servicios de salud. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de defunciones en menores de un año en el período.
<b>Denominador</b>	Total de nacidos vivos en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción.	Certificado de nacimiento.



<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La mortalidad infantil (MI) es un evento trazador del desarrollo y del estado de salud de la población, particularmente de la capacidad de la sociedad en conjunto para brindar adecuada y oportuna atención al binomio madre- hijo; la MI está relacionada con la calidad y acceso a los servicios de salud, el nivel de instrucción de la madre, con el acceso a alimentos en adecuada calidad y cantidad en la mujer gestante y durante el primer año de vida, la conformación de la familia y con los factores intrínsecamente unidos al evento como el parto prematuro, el bajo peso al nacer y las edades extremas de la madre. <sup>(4)</sup>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	14 muertes por mil nacidos vivos. <sup>(3)</sup>		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Naciones Unidas Nueva York, 2006. ISBN 92-1-361220-6		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre 2007. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2004. Nueva York: UNICEF; 2003</li> <li>- López Palacio, Juan Diego. Mortalidad infantil potencialmente reducible comparada contra el mejor patrón de referencia. Manizales 2004. Arch. Med. 12, 2006 - p.p. 34-40</li> </ul>		



## FICHA 74: TASA DE MORTALIDAD PERINATAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de Mortalidad Perinatal
<b>Código</b>	E.3.6
<b>Justificación</b>	<p>La mortalidad perinatal representa para los países en desarrollo una causa importante de muerte en la infancia. Estas muertes son consideradas indicadores universales tanto de condiciones de vida, como de la calidad y acceso a los servicios de salud. Una muerte perinatal es el resultado final de la interacción de una serie de factores presentes en el proceso de gestación. El componente social se destaca entre ellos, específicamente en lo relacionado con el acceso económico, educativo, legal o familiar de la madre, así como la oportunidad y eficiencia de los servicios de salud. Como muerte perinatal se considera todas las muertes ocurridas entre la vigesimosexta semana de gestación y el séptimo día de nacimiento. Agrupa la muerte fetal tardía y neonatal temprana:</p> <p>Muerte fetal tardía: la que ocurre después de la vigesimosexta semana de gestación.</p> <p>Muerte neonatal temprana: la que ocurre dentro de los primeros siete días después del nacimiento.<sup>(1)</sup></p> <p>La importancia de analizar la salud perinatal radica en: Es un indicador del desarrollo de los países y regiones Reflejo de la salud materna de la comunidad Medidor del proceso de atención prenatal Resultado de la calidad de la atención ante e intra parto Mide la calidad de la atención neonatal<sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de defunciones fetales y defunciones neonatales tempranas durante un período especificado.
<b>Denominador</b>	Número de nacidos vivos + muertes fetales durante el período.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa.
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 1000.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Certificados de defunciones	RIPS Certificados de defunciones
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Superintendencia Nacional de salud.	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Según el Ministerio de Salud, las cinco primeras causas de mortalidad perinatal en el país son: Síndrome de dificultad respiratoria, Afecciones respiratorias, Hipoxia y asfixia al nacer, Trastornos digestivos y Complicaciones de la placenta y el cordón. <sup>(1)</sup></p> <p>La razón de mortalidad perinatal es el indicador de más peso en la mortalidad infantil. La mortalidad perinatal tiene múltiples factores relacionados con las enfermedades que pueden sufrir madres e hijos, como también con el desarrollo social y tecnológico de la sociedad en términos de prestación de los servicios de salud y con los conocimientos, hábitos y actitudes que tiene los profesionales de la salud y los mismos padres. <sup>(3)</sup></p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Disminuir la mortalidad perinatal actual (17 por mil embarazos) en un tercio de acuerdo a los objetivos de desarrollo del milenio, objetivo 5: mejorar la salud materna. <sup>(4)</sup>		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Clap. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal (Países de la Región de las Américas y Caribe con población de más de 1 millón de habitantes, Canadá y Estados Unidos) (Actualización: mayo 2003)		



	<p>Acciones de Salud Materno Infantil: A nivel local. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. Child Health Research Project special report. Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a Meeting Baltimore. 1999 May 10-12; 3 (1):50.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Perinatal. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. - Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre 2007. Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Mortalidad Perinatal. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre 2007.</p>



## FICHA 75: TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años
<b>Código</b>	E.3.7
<b>Justificación</b>	Tasa de cada 1000 de niños que murieron antes de cumplir 6 años a causa de Enfermedad diarreica aguda. El análisis de las muertes por diarrea busca identificar los puntos críticos desde el acceso y la calidad de los servicios de salud prestada al menor y la identificación de factores de riesgo individuales y ambientales relacionados con el caso, de tal manera que se constituya en información valiosa para la definición de medidas en salud pública para la prevención y el control de las enfermedades diarreicas y la reorientación de la red de servicios. (1)
<b>Dominio</b>	Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de defunciones de menores de cinco años por EDA.
<b>Denominador</b>	Total de la población menor de 5 años en la EAPB
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Certificado de defunción cuya causa básica sea la enfermedad diarreica aguda. Ficha de notificación del evento al SIVIGILA.	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)



<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud.

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	X
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La mortalidad por EDA se encuentra entre las diez principales causas de mortalidad infantil en Colombia. En el mundo, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyen uno de los problemas más relevantes de morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años de los países en vías de desarrollo de Asia, África y América Latina. En la actualidad, según estimados de la OMS, ocurren anualmente alrededor de 1300 millones de episodios agudos, que ocasionan la muerte de 3.2 millones de niños de ese grupo etéreo. <sup>(2)</sup>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Reducir la mortalidad en menores de 5 años, a 17 muertes por 1000 nacidos vivos. Línea de base 1990: 37.4 muertes por 1000 nacidos. <sup>(3)</sup>			
<b>Estándar meta</b>				
<b>Referencias</b>	WHO Statistical Information System. WHOSIS. Detailed database search. World Health Organization.			
<b>Bibliografía</b>	Mortalidad por enfermedad diarreica aguda "EDA". Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Protocolo de vigilancia de Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en menores de 5 años. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control Primer Semestre de 2007. - Guía de atención de la Enfermedad Diarreica aguda. Ministerio de Salud Dirección General de Promoción y Prevención. 2000			



	<p>Mortalidad por enfermedad diarreica aguda "EDA". Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública.</p> <p>Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2008: 13(12):177-92. P. 183</p> <p>- Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, 91 de 2005: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio -- 2015".</p>
--	---



## FICHA 76: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años
<b>Código</b>	E.3.8
<b>Justificación</b>	<p>Tasa de cada 1.000 de niños que murieron antes de cumplir 6 años a causa de alguna infección respiratoria aguda.</p> <p>Las infecciones respiratorias agudas (IRA) representan uno de los problemas principales de salud entre los niños menores de cinco años de los países en desarrollo. En la Región de las Américas, las IRA se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de cinco años y representan la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud. <sup>(1)</sup></p> <p>Permite identificar grupos en mayor riesgo, magnitud del evento y acciones de mejoramiento. La medición de este indicador es una medida relacionada con la calidad de la atención del paciente no internado, por cuanto su atención adecuada debe reducir las admisiones para la neumonía bacteriana y a su vez las tasas de mortalidad por esta causa. <sup>(3)</sup></p>
<b>Dominio</b>	Seguridad del paciente.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de defunciones de menores de cinco años por IRA.
<b>Denominador</b>	Total de población menor de cinco años.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Certificados de defunción cuya causa básica sea la infección respiratoria aguda. IRA. Ficha de notificación del evento al SIVIGILA.	Población afiliada Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)



<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud..

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo			
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	x
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			x
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son responsables de casi el 20% de las muertes de los niños menores de 5 años en todo el mundo. La Proporción de menores de cinco años con infecciones respiratorias agudas que son llevados a una adecuada asistencia es un indicador clave para la cobertura de la intervención y la búsqueda de atención, información y Proporciona fundamentalmente datos para el seguimiento del cumplimiento de las metas y estrategias del Desarrollo del milenio.<sup>(2)</sup></p> <p>La monitorización de este indicador puede proporcionar información inicial sobre problemas potenciales de atención en la red en especial en temas como oportunidad en la atención, eficiencia y efectividad clínica.<sup>(4)</sup></p>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	15 X 1000 menores de 5 años. Reducir a 17 muertes por mil nacidos vivos la mortalidad en menores de 5 años. <sup>(5)</sup>			
<b>Estándar meta</b>				
<b>Referencias</b>	Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Negro RE. Estimaciones de la OMS de las causas de muerte en los niños. Lancet, 2005, 365:1147-1152. The State of the world's children 2009. Maternal and Newborn Health. United Nations Children's Fund (UNICEF). December 2008.			
<b>Bibliografía</b>	<p>- Protocolo de vigilancia de la infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI). Instituto Nacional de Salud - Subdirección de Vigilancia y Control Primer Semestre de 2007.</p> <p>Y. Benguigui, F.J. López Antuñano, G. Schmunis y J. Yunes. Infecciones respiratorias en niños. OPS/OMS. 1999</p>			



	<p>Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, Mulholland K, Campbell H. Epidemiología y etiología de la neumonía infantil. Bull World Health Organ 2008; 86:408-16.</p> <p>Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia. Programa de Promoción y Prevención. Planilla de Seguimiento y Reporte de Indicadores de Gestión. Ficha Técnica de Indicadores de Promoción y Prevención.</p> <p>Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.</p> <p>- Consejo Nacional de Política Económica y Social, Conpes, 91 de 2005: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio – 2015.</p>
--	--



## FICHA 77: ÍNDICE GLOBAL DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Índice global de Infección Intrahospitalaria.
<b>Código</b>	I.3.30
<b>Justificación</b>	<p>Se define como la incidencia de infecciones que aparecen dentro del ámbito hospitalario o asistencial, como complicación de un proceso de atención ambulatorio o con internación. A través de él puede monitorizarse la eficiencia de los procesos de asepsia y antisepsia utilizados para el control de microorganismos patógenos en el personal asistencial, las áreas físicas, los equipos y materiales de la institución. Su incidencia es importante en la medida en que puede indicar fallas en los procesos asistenciales y su utilización como medida de la calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud es universal. Puede ser utilizada en forma particular por servicios, procedimientos, periodos de tiempo u otras variables. <sup>(1)</sup></p> <p>Una infección hospitalaria o nosocomial es un proceso contraído en un centro hospitalario. La infección adquirida en el medio hospitalario es aquella que se manifiesta durante o después de 48 horas de la internación y que no estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso. En ciertas circunstancias una infección adquirida en el hospital puede ponerse de manifiesto luego del alta del paciente. Según las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, una media del 8,7% de los pacientes de un hospital presentan infecciones nosocomiales.</p> <p>Esta eventualidad resulta cada vez más significativa debido a su elevada frecuencia, consecuencias fatales y alto costo de tratamiento. Ningún hospital del mundo está exento de esta situación y, por supuesto, es mucho más seria en los países subdesarrollados. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de pacientes con infección nosocomial
<b>Denominador</b>	Total de pacientes hospitalizados
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS.
<b>Fuente primaria</b>	RIPS Comité de vigilancia intrahospitalaria: Registro de infecciones nosocomiales.	RIPS.
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Las infecciones nosocomiales (IN) son episodios de morbilidad y representan un problema de extraordinaria gravedad por su importancia clínica y epidemiológica porque condicionan altas tasas de morbilidad, mortalidad, inciden en los años de vida potencialmente perdidos de la población, incrementan los días de hospitalización y elevan los costos de atención. Hoy el mundo muestra que entre 5 y 10% de los enfermos que se hospitalizan, desarrollan por lo menos un episodio de infección durante su estancia en un centro hospitalario, cifra referida en estudio realizado en los EE. UU. por la National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS).(8)</p> <p>La prevención y el control de las IIH es un elemento esencial de la seguridad del paciente, y es el responsabilidad de todos los que cuidan de los pacientes (Cruikshank &amp; Ferguson, 2008). IIH puede ser graves o incluso amenazar la vida de los afectados. Los agentes infecciosos en constante evolución presentan nuevos retos en el ámbito de la atención de la salud. Estos desafíos incluyen el aumento de número de pacientes inmuno-comprometidos, los procedimientos médicos cada vez más</p>		



	complejos y la creciente prevalencia de microorganismos resistentes a los antimicrobianos. La necesidad de modificar continuamente y mejorar los procedimientos para reducir las IIH es importante para hacer frente a estos retos (Doha 2004). (3)
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</p> <p>Ducel G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica. Organización Mundial de la Salud. 2ª ed. Malta; 2003: OMS.</p> <p>Guía de evaluación rápida de programas de infecciones intrahospitalarias. Organización Panamericana de la Salud. Área de Prevención y Control de Enfermedades Unidad de Enfermedades Transmisibles. Washington, D.C. Julio de 2005.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo Técnico. Ministerio de la protección social.</p> <p>Ministerio de la Protección Social. Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Cruickshank M &amp; Ferguson J (Eds.) 2008. Reducing harm to patients from health care associated infection: The role of surveillance. Sydney: ACSQHC.</p> <p>Towards national indicators of safety and quality in health care. Australian Institute of Health and Welfare. Canberra, September 2009. Pp 107-110.</p> <p>Richard P. Wenzel, Michael B. Edmond. The Impact of Hospital-Acquired Bloodstream Infections. Emerging Infectious Diseases. Vol. 7, No. 2, March–April 2001</p> <p>Healthcare-Associated Infections in England: 2008-2009 Report. Health Protection Agency Centre for Infections. August 2009. Pp 4</p> <p>Indicadores clave del SNS. Nivel nacional datos disponibles diciembre 2007</p> <p>National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, Data Summary From October 1986-April 1998, Issued June 1998. Am J Infect Cont, Oct. 1998; 26(5):522.</p> <p>F. Izquierdo-Cubas, A. Zambrano, I. Frómeta, A. Gutiérrez, M. Bastanzuri, H. Guanche, D. Rodríguez. Prevalencia Nacional de Infecciones Nosocomiales. Cuba 2004. Hospital Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba epi@hha.sld.cu</p> <p>Revista Panamericana de Salud Pública. Prevalencia de infecciones hospitalarias en unidades de cuidados intensivos para adultos en Argentina. Volume 24 (5). November 30, 2008. Página(s) 324-330</p>



## FICHA 78: PERCEPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Percepción de la efectividad de la atención
<b>Código</b>	I.4.2
<b>Justificación</b>	<p>Los sistemas de salud modernos manifiestan su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad. <sup>(1)</sup></p> <p>Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia. El personal de salud debe considerar las circunstancias en que se produce la atención de los pacientes comprendiendo la complejidad de muchas situaciones, lo que permitirá a las instituciones de salud y a su personal tener una actitud de mayor aceptación, ofrecer condiciones de accesibilidad, un ambiente cálido y saludable con una atención de mayor calidad técnica y humana favoreciendo al usuario. <sup>(2)</sup></p> <p>La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes.</p>
<b>Dominio</b>	Experiencia de la atención Subdominio: Percepción

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Todos los usuarios que hayan solicitado el servicio y recibido atención que consideren que la atención ha sido efectiva en el período.
<b>Denominador</b>	Todos los usuarios que hayan solicitado el servicio y hayan recibido atención en el mismo período.
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual.
<b>Factor</b>	100.
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por factor.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta de percepción a usuarios	Encuesta de percepción a usuarios
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial -Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia.</p> <p>La calidad depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención médica más favorable o más desfavorable aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud. <sup>(1)</sup></p> <p>Los usuarios/as de servicios valoran la satisfacción basándose en criterios de tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuestas, seguridad y empatía. Para ello debe establecerse de manera sistematizadas estudios que evalúen la satisfacción del usuario y la prestación. Además garantizar el monitoreo de los factores carentes de insatisfacción en la población y aportar dentro de las políticas programas de mejora continua de la calidad. <sup>(1)</sup></p>		



	<p>La calidad de un buen servicio se evalúa en dos dimensiones: Según los beneficios que aportan. Según los problemas que crea.</p> <p>Calidad Total: se apoya en tres pilares Orientaciones al cliente externo. Liderazgo en costo de producción. - Orientación al cliente interno. (1)</p>
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis de comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Percepción de la calidad según usuarios de IPS objeto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud: línea de base 2006 para evaluar el impacto del Programa. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia; 2006. 90 páginas con adjuntos.</p> <p>Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Elegibles e Intervenidas del Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Evaluación Intermedia del Impacto del Programa. Resultados de la Evaluación Medio término. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. . Medellín – Colombia, junio 26 de 2009</p> <p>CAHPS -Consumer Assesment of health Plans Study. The CAHPS Benchmarking Database</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Yudy Carla Wong Blandón, Leyla del Carmen García Vega, Edgar G. Rodríguez Martínez. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2,002. Tesis Para optar al título de Máster en salud pública. Universidad nacional autónoma de Nicaragua - Centro de investigaciones y estudios de la salud. Matagalpa – Nicaragua. Diciembre 2,003</p> <p>Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud, Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2,001 Nicaragua 2,002, pag, ed IMPRIMATUR pág. 436.</p> <p>Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Elegibles e Intervenidas del Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Evaluación Intermedia del Impacto del Programa. Resultados de la Evaluación Medio término. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Medellín – Colombia, junio 26 de 2009</p>



## FICHA 79: PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de endometritis
<b>Código</b>	I.3.31
<b>Justificación</b>	<p>La endometritis, es una infección del útero generalmente asociada tanto al parto vaginal como a cesárea. Se caracteriza por la aparición de fiebre, en general en las primeras horas después del parto, y puede tener también dolor abdominal, inflamación, sub-involución uterina y loquios de mal olor. El inicio de la infección es precoz, 84% se presentaron dentro de los primeros 7 días <sup>(1)</sup>. Entre sus complicaciones más graves están bacteriemia secundaria, shock séptico y muerte y, con frecuencia se requiere la histerectomía como parte de su manejo. Los principales factores de riesgo asociados la incidencia de endometritis puerperal corresponden al hospedero y a la atención en salud como Trabajo de parto prolongado, Número de tactos vaginales desde el inicio del trabajo de parto, Extracción manual de placenta, Cesárea con trabajo de parto, Cesárea, monitoreo fetal interno, Instrumentación uterina y atención de cesárea sin antimicrobianos. <sup>(1)</sup></p> <p>Las acciones y estrategias tendientes a la disminución de la frecuencia de la morbilidad y mortalidad por infección puerperal tiene su campo de acción en la atención prenatal y en la atención obstétrica en instituciones hospitalarias, por lo que es fundamental que el personal de salud tenga un conocimiento amplio y actualizado de los factores de riesgo, procedimientos diagnósticos y manejo terapéutico en infección puerperal. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de gestantes que presentan endometritis
<b>Denominador</b>	Total de partos atendidos en la institución en el período
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. El resultado se presenta con una cifra decimal.



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro del comité de infecciones del hospital- Reporte de eventos adversos hospitalarios	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La endometritis que deriva en una sepsis constituye una de las causas más importantes de muerte materna, en particular en los países en vías de desarrollo. La incidencia de endometritis es más alta después de una cesárea que después de un parto vaginal. Un estudio realizado en Tailandia informó endometritis en 1.1% de 461 púerperas durante un período de investigación de 2 meses <sup>(3)</sup>. En otro estudio realizado en Estados Unidos, el 17% de las mujeres desarrolló endometritis luego de la cesárea <sup>(3)</sup>.</p> <p>La infección puerperal es una de las principales complicaciones de la paciente obstétrica, ocurre durante o posterior a la resolución del embarazo en el 1 al 3 por ciento de los partos y en el 10 al 30 por ciento de las operaciones cesáreas. No obstante los importantes avances de la obstetricia contemporánea, del conocimiento de factores de riesgo y del advenimiento de nuevos y potentes antibióticos, la infección puerperal constituye una de las principales causas de mortalidad materna. <sup>(2)</sup></p>		



	<p>Se deben realizar acciones de detección precoz de los factores de riesgo que inducen a la presentación de la endometritis puerperal, así como utilizar las normas de asepsia y antisepsia y el manejo cuidadoso de los tejidos durante el trabajo de parto, parto y puerperio. (4)</p>
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	<p>Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.</p>
<b>Estándar meta</b>	
<b>Referencias</b>	<p>Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</p> <p>Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal. Secretaría de Salud - Dirección General de Salud Reproductiva. Primera edición octubre 2001. México, D. F, ISBN 968-811-985-7.</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>- Guía de atención al parto. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud/PARS. Ministerio de la Protección Social</p> <p>Gibbs RS, Rodgers PJ, Castaneda YS, Ramzy I. Endometritis following vaginal delivery. <i>Obstet Gynecol.</i> 1980 Nov; 56(5):555-8.</p> <p>Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal. Secretaría de Salud - Dirección General de Salud Reproductiva. Primera edición octubre 2001. México, D. F, ISBN 968-811-985-7</p> <p>Chongsomchai C. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto: Comentario de la BSR (última revisión: 27 de octubre de 2004). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.</p> <p>José pacheco, Walter Olórtgui, Jorge salvador, Fanny López, julia palacios. Endometritis Puerperal. Incidencia y Factores de Riesgo. <i>Ginecología y Obstetricia - Vol. 44 N° 1 Abril 1998</i></p> <p>- Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias Año 2007. Secretaria Distrital de Salud. Bogotá D.C. Junio de 2008.</p>



## FICHA 80: TASA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (ISO) EN IPS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de infección de sitio operatorio (ISO) en cirugías limpias
<b>Código</b>	I.3.32
<b>Justificación</b>	Las infecciones de sitio operatorio (ISO), son todas aquellas que se originan por gérmenes bacterianos y/o por los hongos como consecuencia de un acto quirúrgico, presentándose la patología infecciosa en el periodo inmediato o mediato a la intervención. El riesgo de infección postquirúrgica, comporta un aumento en el tiempo de estancia hospitalaria. Sin olvidar las consecuencias en forma de morbi mortalidad. Sólo la aplicación de las medidas preventivas permitiría una reducción de las mismas.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Todas las infecciones de sitio operatorio detectadas durante el seguimiento en el postquirúrgico en el período. <sup>(3) (4)</sup>
<b>Denominador</b>	Total de procedimientos quirúrgicos realizados en el período
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor. *Calcular separadamente por procedimiento(s) quirúrgico(s).

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Fuente primaria</b>	(Comité de infecciones)	(Comité de infecciones)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual.	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral.	



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud.

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X*
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Cada institución realizará semestralmente una medición de prevalencia de punto de todas las Infecciones de sitio operatorio. Con base en los procedimientos quirúrgicos más frecuentes		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</li> <li>- Teresa C. Horan, MPH, Mary Andrus, RN, BA, CIC, and Margaret A. Dudeck, MPH Atlanta, Georgia, “CDC/NHSN surveillance definition of health care–associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting.” Am J Infect Control 2008; 36:309-32</li> <li>- Division of Healthcare Quality Promotion National Center for Infectious Diseases Atlanta, GA, USA. “The National Healthcare Safety Network (NHSN) Manual,” Patient safety component Protocol. Last Updated January 2008.</li> <li>- Ministry of Health and Long-Term Care, “Best Practices for Surveillance of Health Care-Associated Infections in Patient and Resident Populations”. Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (PIDAC), Ontario Canadá, June 2008</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Indicadores para la vigilancia de las infecciones asociadas a la Atención en salud. Bogotá-2010.</li> </ul>		

\*

Ajuste por Índice de riesgo NHSN cuyos componentes:

Tiempo operatorio, clase de herida, Escala ASA. En este índice de riesgo todos los pacientes reciben un punto de 0-3. (3) (4) Clasificación ASA, Puntuación >3,4,5 1 punto Clase de herida, Puntuación de la clase de herida >/= 3 1 punto Tiempo operatorio > p75 para lo esperado 1 punto.



## FICHA 81: PERCEPCIÓN GLOBAL DE CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Percepción global de calidad del servicio recibido
<b>Código</b>	I.4.3
<b>Justificación</b>	<p>Los sistemas de salud modernos manifiestan su preocupación sobre la atención integral de las personas, es por eso que la calidad de la atención es un componente prioritario que requiere de especial interés, debido principalmente a que en esta sociedad los aspectos relacionados con la opinión del usuario, han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad. <sup>(1)</sup></p> <p>La satisfacción de los usuarios es utilizada como un indicador para evaluar las intervenciones de los servicios sanitarios pues nos proporciona información sobre la calidad percibida en los aspectos de estructura, procesos y resultados.</p> <p>Si bien la calidad es un término difícil de definir, debemos considerar que las dimensiones que considera el usuario para definirla; se centran en la eficiencia, accesibilidad, relaciones interpersonales, continuidad, comodidad y oportunidad de la atención. <sup>(5)</sup></p> <p>La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. <sup>(2)</sup></p>
<b>Dominio</b>	4. Experiencia de la atención Subdominio: Percepción

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Calidad percibida por los usuarios que soliciten el servicio salud en una escala de Lickert, que hayan recibido atención en el período
<b>Denominador</b>	Todos los usuarios que soliciten el servicio salud, que hayan recibido atención en el período y participen de la encuesta.
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Encuesta de satisfacción a usuarios	Población afiliada encuestada
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial -Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Con base en las tres dimensiones de la calidad que propone Donabedian, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.<sup>(5)</sup></p>		



<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis de comportamiento del indicador
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis de comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	<p>Yudy Carla Wong Blandón, Leyla del Carmen García Vega, Edgar G. Rodríguez Martínez. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los Usuarios, Matagalpa durante Noviembre 2,002. Tesis Para optar al título de Máster en salud pública. Universidad nacional autónoma de Nicaragua - Centro de investigaciones y estudios de la salud. Matagalpa – Nicaragua. Diciembre 2,003</p> <p>Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud, Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2,001 Nicaragua 2,002, pag, ed IMPRIMATUR pag, 436.</p> <p>The CAHPS Benchmarking Database</p> <p>Teresita de J. Ramírez Sánchez, Patricia Nájera Aguilar, Gustavo Nigenda López. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. salud pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998</p>
<b>Bibliografía</b>	<p>Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Percepción de la calidad según usuarios de IPS objeto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud: línea de base 2006 para evaluar el impacto del Programa. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia; 2006. 90 páginas con adjuntos.</p> <p>Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud, Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2,001 Nicaragua 2,002, pag, ed IMPRIMATUR pag, 436.</p> <p>Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Percepción de la calidad según usuarios de IPS's objeto del Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud: Resultados de Evaluación medio término. Medellín: Facultad Nacional de Salud Publica “Héctor Abad Gómez” Universidad de Antioquia; 2006. 90 páginas con adjuntos.</p>



## FICHA 82: PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de errores en la identificación de las muestras de laboratorio
<b>Código</b>	I.3.33
<b>Justificación</b>	Tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios, existe la posibilidad que sean mal etiquetadas o no etiquetadas por completo las muestras de laboratorio, y en consecuencia mal interpretados e incluso inducir a los profesionales de la salud a establecer diagnósticos y/o tratamientos errados. El principal objetivo del indicador: mejorar la seguridad del paciente, disminuyendo la proporción de las muestras de laboratorio identificadas incorrectamente.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de errores en la identificación de las muestras de laboratorio
<b>Denominador</b>	Número total de muestras de laboratorio evaluadas en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, el resultado se multiplica por el factor y se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución prestadora	Institución prestadora
<b>Fuente primaria</b>	Auditoría Laboratorio Programa de Seguridad del Paciente	Libro de registro Laboratorio
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p</li> <li>- Adoptado del indicador: percentage of errors in identification of simple radiographs, de la National Quality Measures Clearinghouse.</li> </ul>		



## FICHA 83: LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Letalidad por infarto agudo del miocardio
<b>Código</b>	1.2.22
<b>Justificación</b>	Proporción de pacientes que presentaron infarto agudo del miocardio y fallecieron por esta causa hasta 48 horas después del diagnóstico inicial. La letalidad permite establecer la efectividad de la atención por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, porque evalúa de forma holística el proceso de la atención en el tratamiento del infarto agudo del miocardio, a través del resultado, determinando tanto la oportunidad como la calidad de los diferentes tratamientos establecidos.
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes cuya causa de muerte es infarto agudo del miocardio el cual fue diagnosticado máximo 48 horas antes del fallecimiento.
<b>Denominador</b>	Toda la población con edad igual o mayor de 18 años que presentaron infarto agudo del miocardio en las últimas 48 horas
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia clínica Certificado de defunción	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</li> <li>- Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D.C., 2000: El Ministerio.</li> <li>- En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</li> </ul>		



## FICHA 84: PROPORCIÓN DE ESTANCIAS NO ADECUADAS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de estancias no adecuadas definidas a través del PRU (AEP) o metodología similar
<b>Código</b>	1.2.23
<b>Justificación</b>	<p>La asistencia en salud debe ser apropiada a las necesidades, los recursos, y el conocimiento científico; la prolongación innecesaria de la estancia hospitalaria aumenta el riesgo de eventos adversos, como la infección nosocomial.</p> <p>La reducción del uso inadecuado de la estancia hospitalaria produce a su vez una disminución de los tiempos diagnósticos que puede reducir demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico o la atención a los pacientes. El análisis de la hospitalización innecesaria permite optimizar la utilización de recursos hospitalarios e identificar las necesidades de dotación de otros tipos de unidades de apoyo.</p> <p>La información sobre el uso innecesario a clínicos y gerentes se ha mostrado eficaz para reducirlo. Por tanto, es indispensable la identificación de admisiones y estancias inapropiadas en pacientes adultos</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Eficiencia de la Atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número total de estancias no adecuadas según PRU (AEP)
<b>Denominador</b>	Número total de estancias
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Divide numerador entre el denominador y se multiplica por 100



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia clínica	Registro de ingresos a hospitalización
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>		

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	- Resultado y tendencia del indicador, identificar patologías, desagregar por causa.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios de adecuación de ingreso hospitalario</li> <li>- Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).</li> <li>- Trapero B, Lorenzo S, Alonso B, Pastor V. Evaluación de la adecuación del ingreso y la estancia hospitalaria mediante el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. Rev Calidad Asistencial 2002;17(8):624-31.</li> </ul>		



## FICHA 85: TASA DE PACIENTES CON INFECCIÓN SANGUÍNEA ASOCIADA A LA INTRODUCCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de pacientes con infección sanguínea asociada a la introducción de un catéter central
<b>Código</b>	1.3.34
<b>Justificación</b>	Los catéteres centrales asociados a las infecciones de la sangre son responsables de 20 a 40 % de la asistencia sanitaria asociada a infecciones de sangre. Los riesgos de este tipo de infecciones difieren entre las unidades clínicas dependiendo del tipo de catéter utilizado y los factores de riesgo intrínsecos del paciente. Una proporción significativa de estos eventos son prevenibles mediante la adopción de las mejores prácticas clínicas. La aparición de este tipo de infecciones asociadas a la atención sanitaria puede utilizarse como una medida de calidad de los principales procesos de la práctica clínica dentro de una UCI de adultos.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de pacientes hospitalizados con infección sanguínea que se encuentre asociada a la introducción de un catéter central.
<b>Denominador</b>	Número total de catéteres centrales insertados en el servicio de hospitalización.
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador por el denominador y se multiplica por la constante

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	RIPS	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información</b>		



<b>(obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

### ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.</p> <p>Considerando que la probabilidad de desarrollar infecciones puede estar relacionada por los factores de riesgo de los pacientes, deben realizarse ajustes por las co-morbilidades asociadas y el servicio de hospitalización de los pacientes.</p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse		
<b>Bibliografía</b>	<p>Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users manual 2008. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2007 Dec, p. 776.</p> <p>National Quality Measures Clearinghouse <a href="http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/">www.qualitymeasures.ahrq.gov/</a></p>		



## FICHA 86: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes que desarrollan úlceras por presión en la institución
<b>Código</b>	I.3.35
<b>Justificación</b>	<p>En el marco institucional, la prevalencia de pacientes con úlceras por presión es entre 2,5% y el 24%, con un promedio de 1,6 a 2,5 por paciente heridas. La incidencia de úlceras por presión en centros de enfermería es de 0.20 a 0.56/1000 días-paciente, que puede aumentar hasta 14/1000 pacientes-día entre los grupos de alto riesgo.</p> <p>Los ancianos son más susceptibles, el 70% de las úlceras por presión se producen en pacientes mayores de 70 años.</p> <p>Los sitios más comúnmente afectados, comprometiendo aproximadamente el 80% de las heridas, son la cintura pélvica (incluyendo isquion, el sacro, el cóccix, y trocánteres) y los talones. Un paciente con una úlcera por presión tiene un 2 a 6 veces mayor riesgo de mortalidad que uno con la piel intacta.</p> <p>Aunque a veces las úlceras por presión se desarrollan a pesar de los mejores esfuerzos del personal de enfermería y otros miembros del equipo multidisciplinario, muchas de estas úlceras se pueden curar si se detecta rápidamente y se trata en una fase temprana.</p> <p>Otras úlceras de presión no se pueden prevenir o pueden ser lentos para sanar a causa de factores del paciente que no puede ser cambiado.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes que desarrollan úlceras por presión dentro de la institución en el periodo.
<b>Denominador</b>	<p>Total de pacientes hospitalizados en el periodo.</p> <p>*Se excluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Duración de estancia de menos de 5 días.</li> <li>- Diagnóstico principal de la úlcera por presión o diagnóstico secundario presente al ingreso.</li> <li>- Diagnóstico de hemiplejía, paraplejía, tetraplejía o con diagnóstico de espina bífida o daño cerebral por anoxia</li> </ul>
<b>Unidad de medición</b>	Relación Porcentual
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal



## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Registro de Hospitalización
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asociación Americana de Directores Médicos. Kit de herramientas para la aplicación de las guías de práctica clínica para las úlceras por presión.</li> <li>- encuadernación. Columbia (MD): Asociación</li> <li>- Americana de Directores Médicos (AMDA), 2004. p. diversas</li> <li>- Nacional Quality Measures Clearinghouse</li> </ul>		



## FICHA 87: TASA DE FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de fallas en la identificación del paciente quirúrgico
<b>Código</b>	1.3.36
<b>Justificación</b>	Las organizaciones de salud que llevan a cabo, al menos 100 intervenciones quirúrgicas del mismo tipo al año, puede evaluar la seguridad del paciente mediante información sobre la frecuencia de fallas en la identificación del paciente quirúrgico. Un mayor volumen de procedimientos producirá una tasa estadísticamente más confiable. La medición de tasas de los fallos, pueden identificar los problemas relacionados con los factores de prevención para la documentación y la acción correcta.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Numero de fallos en la identificación del paciente quirúrgico en el periodo.
<b>Denominador</b>	Total de intervenciones quirúrgicas en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	1.000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia Clínica	Historia Clínica
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y</b>	IPS	



<b>remisión de la información del indicador</b>	
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		
<b>Referencias</b>	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema		
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS).</li><li>- ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009.</li><li>- NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 enero.</li></ul>		



## FICHA 88: TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de neumonía asociada al ventilador
<b>Código</b>	1.3.37
<b>Justificación</b>	La neumonía asociada a ventilador (NAV), es una neumonía nosocomial, usualmente bacteriana, que se desarrolla en una persona que ha recibido ventilación mecánica en las últimas 48 horas. Es una infección grave que pone en riesgo la vida. Debido a que las personas que contraen neumonía asociada a ventilador ya están críticamente enfermos (por lo cual requieren ventilación mecánica), la tasa de mortandad por neumonía asociada a ventilador es alta. Como la NAV es potencialmente una severa infección, el oportuno uso de un apropiado régimen antibiótico es esencial para reducir la mortalidad. Conocer el estado de la NAV es un indicador indispensable en todas las unidades de cuidados intensivos.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Números de pacientes con neumonía asociada al ventilador
<b>Denominador</b>	Número de paciente/días ventilador
<b>Unidad de medición</b>	Tasa por mil días exposición
<b>Factor</b>	1000
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Fuente primaria</b>	Comité de infecciones. Reporte de eventos adversos hospitalarios	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no)</b>	Mensual	



<b>obligatoria) de generación de la información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad territorial – Superintendencia Nacional de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		Comorbilidad	X
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte			X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus diferentes unidades de cuidados intensivos, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.</p> <p>Considerando que la probabilidad de desarrollar neumonía asociada al ventilador (NAV) puede estar relacionada por los factores de riesgo de los pacientes, deben realizarse ajustes por la edad de los pacientes, las co-morbilidades que ellos tengan y la severidad de sus patologías, sugiriéndose la utilización de índices como el Apache II, entre otros, para categorizar a los pacientes.</p>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Es un indicador que se mide a través de la búsqueda activa institucional por lo que no hay umbral.			
<b>Estándar meta</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.			
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, 2006: El Ministerio.</li> <li>- Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de</li> </ul>			



	<p>Calidad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1995; 163(9): 458 - 71.</li><li>- En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</li><li>- Ministerio de la Protección Social. Indicadores para la vigilancia de las infecciones asociadas a la Atención en salud. Bogotá-2010.</li></ul>
--	---



## FICHA 89: TASA DE TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS

### ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de toxicidad por anestésicos
<b>Código</b>	I.3.38
<b>Justificación</b>	Tasa de complicaciones en anestesiología durante el procedimiento quirúrgico, específicamente eventos relacionados con sobredosificación anestésica con gases halogenados, anestésicos locales o anestésicos intravenosos.
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de complicaciones en anestesiología, secundaria a toxicidad con anestésicos en el período.
<b>Denominador</b>	Número de procedimientos anestésicos en el período. *un mismo paciente puede tener varios procedimientos anestésicos durante una atención.
<b>Unidad de medición</b>	Tasa
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	RIPS, registros hospitalarios, formato de anestesia	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la</b>	IPS	



<b>información del indicador</b>	
<b>Vigilancia y control</b>	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.		



## FICHA 90: OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de atención de hospitalización de pacientes con trastorno mental
<b>Código</b>	I.1.8
<b>Justificación</b>	Impacto sobre la capacidad resolutive de los casos para la atención temprana y disminución de incapacidad en tiempo, severidad, complicaciones y secuelas.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad / Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria del número de días calendario transcurridos entre la referencia al servicio de hospitalización en salud mental y el momento en el cual es ingresado el paciente.
<b>Denominador</b>	Total de pacientes hospitalizados en el servicio de salud mental en el período.
<b>Unidad de medición</b>	días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Registro de ingresos a hospitalización psiquiátrica.	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB
<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Registro de la información en asignación de citas		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	1 día		
<b>Estándar meta</b>	< de tres días		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 91: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA – PSQUIATRÍA-

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la asignación de cita medicina especializada – Psiquiatría-
<b>Código</b>	I.1.9
<b>Justificación</b>	Tiene impacto sobre la capacidad resolutive de los casos para su atención temprana disminuyendo riesgos de incapacidad en tiempo, severidad y secuelas para los individuos e incide en la buena utilización de los servicios de urgencias de salud mental.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad / Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada (psiquiatría) y la fecha para la cual es asignada la cita.
<b>Denominador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada (psiquiatría) y la fecha para la cual es asignada la cita.
<b>Unidad de medición</b>	días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro de asignación de citas	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	12 días		
<b>Estándar meta</b>	8 días		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 92: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSICOLOGÍA

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad en la asignación de cita medicina especializada - Psicología
<b>Código</b>	I.1.10
<b>Justificación</b>	Impacto sobre la capacidad resolutive de los casos para atención temprana y disminución de incapacidad en tiempo, severidad y secuelas para los individuos. Incide en la buena utilización de los servicios de urgencias de salud mental
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad / Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica especializada (Psicología) y la fecha en que se asignada la cita.
<b>Denominador</b>	Número total de consultas médicas especializadas (Psicología) asignadas en la institución en el periodo
<b>Unidad de medición</b>	días
<b>Factor</b>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro asignación de citas	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	12 días		
<b>Estándar meta</b>	8 días		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 93: OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA DE TERAPIA OCUPACIONAL POR REMISIÓN POR SALUD MENTAL

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Oportunidad de la asignación de cita en la consulta de terapia ocupacional por remisión por salud mental
<b>Código</b>	I.1.10
<b>Justificación</b>	Conocer el tiempo de espera entre la solicitud de la primera cita de consulta de terapia ocupacional y la fecha en la cual es dada, con el propósito de ajustar la oferta acorde a la demanda del servicio para cada uno de los puntos que lo ofertan.
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad / Oportunidad Subdominio: Oportunidad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente (remitido por salud mental) solicita cita para ser atendido en la consulta de rehabilitación -terapia ocupacional- y la fecha en que se asigna asignada la primera cita.
<b>Denominador</b>	Total de personas remitidas por servicio de salud mental a las que se le programo las citas de primera vez en terapia ocupacional en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Días
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Libro de asignación de citas	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		



<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	10 días		
<b>Estándar meta</b>	5 días		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 94: TASA DE SUICIDIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Tasa de suicidio en servicios de hospitalización en salud mental
<b>Código</b>	I.3.39
<b>Justificación</b>	Monitorear la seguridad de los pacientes en los servicios de hospitalización en salud mental
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del Paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización en salud mental que se suicidan.
<b>Denominador</b>	Total egresos de hospitalización en el servicio de salud mental.
<b>Unidad de medición</b>	días
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción	
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	



<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud
-----------------------------	---

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 95: INTERCONSULTAS DE SALUD MENTAL REALIZADAS EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Interconsultas de salud mental realizadas en servicio de hospitalización general.
<b>Código</b>	1.2.24
<b>Justificación</b>	Se verifica la atención integral en los servicios de hospitalización frente a salud mental.
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad de la atención

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de interconsultas en salud mental en pacientes en de hospitalización general en el período.
<b>Denominador</b>	Total de interconsultas en hospitalización general en el período.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Reporte de interconsultas	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	



<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- ente territorial- Superintendencia de Salud
-----------------------------	---

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>			
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 96: PROPORCION DE PACIENTES ATENDIDOS POR TRABAJO SOCIAL

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de pacientes atendidos por trabajo social
<b>Código</b>	I.1.11
<b>Justificación</b>	Monitorear la atención integral de pacientes en salud mental
<b>Dominio</b>	1. Accesibilidad / Oportunidad Subdominio: Acceso

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes atendidos en trabajo social
<b>Denominador</b>	Total de pacientes atendidos en el servicio de salud mental
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador, se multiplica por el factor y el resultado se presenta con una cifra decimal.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro de interconsultas	RIPS
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	



<b>Vigilancia y control</b>	EAPB- Ente Territorial- Superintendencia de Salud
-----------------------------	---

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por edad	X	Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		X
<b>Consideraciones para el análisis</b>			
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	1 Vez por paciente		
<b>Estándar meta</b>	2 Veces por paciente		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>			



## FICHA 97: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Índice de Mortalidad Materna
<b>Código</b>	I.3.40
<b>Justificación</b>	<p>La razón de mortalidad materna como indicador de la calidad de la atención está siendo reevaluada en la medida que no es un evento anticipatorio y que su interpretación es compleja cuando se analiza el indicador en poblaciones con bajo número de nacidos vivos.</p> <p>Complementar los análisis con la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), permite analizar un mayor número de eventos, obviando la percepción de buena calidad de la atención que se puede generar en instituciones o poblaciones que no presentan muertes maternas, simplemente por la probabilidad de ocurrencia del evento teniendo en cuenta el bajo número de gestantes atendidas.</p> <p>En ese orden de ideas el análisis de los eventos de muerte materna complementado con los eventos de morbilidad materna extrema, permite la construcción de este indicador que refleja la letalidad en términos de establecer el porcentaje de mujeres que mueren por una complicación obstétrica en la cual hay un grave compromiso de la salud materna y se convierte en un excelente indicador de calidad de la atención ofrecida en las instituciones de mediana y alta complejidad.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Total de muertes maternas ocurridas en el periodo.
<b>Denominador</b>	Sumatoria del total de muertes maternas mas los casos de morbilidad materna extrema ocurridos en el periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	EAPB



<b>Fuente primaria</b>	Registros (Certificados de defunción materna) continuos recopilados por la Sección de Estadística	Registros continuos (certificados de defunción maternas mas los casos de morbilidad materna extrema) recopilados por la Sección de Estadística
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS de mediana y alta complejidad con atención obstétrica, o que tienen habilitados servicios para la atención obstétrica, UCI(s)	
<b>Vigilancia y control</b>	Entidad Territorial - Superintendencia Nacional de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO se requiere ajuste.	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Se requiere de sistemas de vigilancia activa de la mortalidad y de la morbilidad materna extrema (MME). Para su interpretación se debe evaluar el grado de severidad del compromiso en la salud de las gestantes con morbilidad materna extrema atendidas por las IPS para garantizar una mirada objetiva de la calidad. La desagregación: nacional, departamental, por EPS, por IPS. Por zona (urbana / rural, principales regiones / provincias) y características socioeconómicas (por ejemplo, el nivel educativo de las mujeres, quintil de riqueza, etc.).		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Menor del 4%. Interpretación: Indicador que acompaña la meta de reducir la razón de mortalidad materna, evento que hace parte de las metas del milenio de las Naciones Unidas. Indica el mejoramiento que se tiene en la calidad de la atención de gestantes con un grave compromiso de su salud (morbilidad materna extrema).		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Resultados Nacionales; es un indicador nuevo para el país. Los primeros indicadores se han construido a nivel hospitalario, dentro de la actividad de implementación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en Colombia, bajo el auspicio del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.		



Indicador	Fundación Valle del Lili	Hospital Universitario de Cartagena	Hospital Departamental Villavicencio	Hospital Universitario del Valle	Hospital Universitario San Jorge
Índice de mortalidad (%)	2,4	3,2	5,2	10,7	16
<p>Se espera que en los próximos años el país genere el indicador en un mayor número de IPS de mediana y alta complejidad y a través de las DTS y las EPS a nivel poblacional.</p> <p>Comparabilidad Internacional; la falta de estandarización sobre los criterios para identificación de caso como morbilidad materna extrema no permite en la actualidad realizar comparaciones del indicador a nivel internacional.</p>					
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.</li> <li>- Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. Health Trends 1991; 23:13–15.</li> <li>- Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal mortality. Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.OMS 2.004</li> <li>- Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4):CD002961.</li> <li>- Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol 19:145–150. 2007 Lippincott Williams &amp; Wilkins.</li> <li>- Bacci A et al. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss. Case reviews in the WHO European Region. Reproductive Health Matters 2007;15(30):145–152.</li> <li>- Okong P et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda. Implications for quality of obstetric care. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 797-804.</li> <li>- Oladapo A et al. Changing patterns of emergency obstetric care at a Nigerian University Hospital . International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 278–284</li> <li>- Morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) Reproductive Health 2004, 1:3 <a href="http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3">http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3</a>.</li> <li>- Souza J, Cecatti J, Parpinelli M. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006.</li> </ul>				



## FICHA 98: RELACIÓN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) / MUERTE MATERNA

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Relación morbilidad materna extrema (MME) / Muerte Materna
<b>Código</b>	1.3.41
<b>Justificación</b>	<p>Complementar los análisis con la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), permite analizar un mayor número de eventos, obviando la percepción de buena calidad de la atención que se puede generar en instituciones o poblaciones que no presentan muertes maternas, simplemente por la probabilidad de ocurrencia del evento teniendo en cuenta el bajo número de gestantes atendidas.</p> <p>En ese orden de ideas el análisis de los eventos de muerte materna complementado con los eventos de morbilidad materna extrema, permite la construcción de este indicador que permite establecer el número de casos de mujeres que sufren una complicación obstétrica en la cual hay un grave compromiso de la salud a partir de los cuales ocurre una muerte materna, con el fin de evaluar la capacidad resolutoria de los prestadores, para manejar eficientemente y resolver las complicaciones obstétricas y se convierte en un excelente indicador de calidad de la atención ofrecida en las instituciones de mediana y alta complejidad.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de casos de morbilidad materna extrema certificados en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de casos de muerte materna del mismo período.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta en número absoluto.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS Ficha para notificación de casos de MME Certificados de defunción. INS 550-560	IPS Ficha para notificación de casos de MME Certificados de defunción. INS 550-560



<b>Fuente primaria</b>	Registros continuos (certificados de casos de morbilidad materna extrema) recopilados por la Sección de Estadística	Registros (Certificados de defunción materna) continuos recopilados por la Sección de Estadística
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Mensual	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS de mediana y alta complejidad con atención obstétrica, o que tienen habilitados servicios para la atención obstétrica, UCI(s)	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>Se requiere de sistemas de vigilancia activa de la mortalidad y de la morbilidad materna extrema (MME). Para su interpretación se debe evaluar el grado de severidad del compromiso en la salud de las gestantes con morbilidad materna extrema atendidas por las IPS para garantizar una mirada objetiva de la calidad.</p> <p>La desagregación: Nacional, departamental, por EPS, por IPS. Por zona (urbana / rural, principales regiones / provincias) y características socioeconómicas (por ejemplo, el nivel educativo de las mujeres, quintil de riqueza, etc).</p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Mayor de 40		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Resultados Nacionales: Es un indicador nuevo para el país. Los primeros indicadores se han construido a nivel hospitalario, dentro de la actividad de implementación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en Colombia, bajo el auspicio del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.		



Indicador	Fundación Valle del Lili	Hospital Universitario de Cartagena	Hospital Departamental Villavicencio	Hospital Universitario del Valle	Hospital Universitario San Jorge
Relación MME/Muerte Materna (%)	41	30	19	8.3	5
<p>Se espera que en los próximos años el país genere el indicador en un mayor número de IPS de mediana y alta complejidad y a través de las DTS y las EPS a nivel poblacional.</p> <p>Comparabilidad Internacional: La falta de estandarización sobre los criterios para identificación de caso como morbilidad materna extrema no permite en la actualidad, realizar comparaciones del indicador a nivel internacional.</p>					
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.</li> <li>- Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. Health Trends 1991; 23:13–15.</li> <li>- Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal mor- Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.OMS 2.004</li> <li>- Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4):CD002961.</li> <li>- Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol 19:145–150. 2007 Lippincott Williams &amp; Wilkins.</li> <li>- Bacci A et al. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss. Case reviews in the WHO European Region. Reproductive Health Matters 2007;15(30):145–152.</li> <li>- Okong P et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda. Implications for quality of obstetric care. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 797-804.</li> <li>- Oladapo A et al. Changing patterns of emergency obstetric care at a Nigerian University Hospital . International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 278–284</li> <li>- Morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) Reproductive Health 2004, 1:3 <a href="http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3">http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3</a>.</li> <li>- Souza J, Cecatti J, Parpinelli M. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006.</li> </ul>				



## FICHA 99: RELACIÓN CRITERIOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Relación Criterios Caso de morbilidad materna extrema
<b>Código</b>	I.3.42
<b>Justificación</b>	<p>Complementar los análisis con la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), permite analizar un mayor número de eventos, obviando la percepción de buena calidad de la atención que se puede generar en instituciones o poblaciones que no presentan muertes maternas, simplemente por la probabilidad de ocurrencia del evento teniendo en cuenta el bajo número de gestantes atendidas.</p> <p>El análisis de los criterios de inclusión para ser considerado como caso de MME es vital para medir el nivel de severidad del compromiso de la salud materna a la que estuvo expuesta la mujer gestante durante la complicación, a la vez que evalúa la eficiencia del sistema de salud para detectar y manejar oportunamente la complicación, es decir evalúa la capacidad resolutoria de los prestadores, para manejar eficientemente y resolver las complicaciones obstétricas; se convierte en un excelente indicador de calidad de la atención ofrecida en las instituciones de todos los niveles de complejidad del sistema de atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria de criterios de inclusión presentes en el total de casos de MME en el periodo.
<b>Denominador</b>	Número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción.
<b>Factor</b>	1
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador.

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Ficha para notificación de casos de MME	Ficha para notificación de casos de MME
<b>Fuente primaria</b>	Registros continuos (certificados de los casos de morbilidad materna extrema) recopilados por	Registros continuos (certificados de los casos de morbilidad materna extrema) recopilados por



	la Sección de Estadística	la Sección de Estadística
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS de mediana y alta complejidad con atención obstétrica, o que tienen habilitados servicios para la atención obstétrica, UCI(s)	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Se requiere de sistemas de vigilancia activa de la mortalidad y de la morbilidad materna extrema (MME). Evalúa el grado de severidad del compromiso en la salud de las gestantes con morbilidad materna extrema atendidas por los prestadores para garantizar una mirada objetiva de los indicadores de calidad (Índice de mortalidad, relación MME/MM).		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por definir. Indicador que acompaña la meta de reducir la razón de mortalidad materna, evento que hace parte de las metas del milenio de las Naciones Unidas. Indica el nivel de severidad del compromiso de la salud materna a la que estuvo expuesta la mujer gestante durante la complicación, a la vez que evalúa la eficiencia del sistema de salud para detectar y manejar oportunamente la complicación (morbilidad materna extrema)		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Resultados Nacionales; es un indicador nuevo para el país. Los primeros indicadores se han construido a nivel hospitalario, dentro de la actividad de implementación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en Colombia, bajo el auspicio del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.		



Indicador	Fundación Valle del Lili	Hospital Universitario de Cartagena	Hospital Departamental Villavicencio	Hospital Universitario del Valle	Hospital Universitario San Jorge
Relación Criterios Caso (%)	4,7	3,9	3,0	4,4	5,7
<p>Se espera que en los próximos años el país genere el indicador en un mayor número de IPS de mediana y alta complejidad y a través de las DTS y las EPS a nivel poblacional.</p> <p>Comparabilidad Internacional; La falta de estandarización sobre los criterios para identificación de caso como morbilidad materna extrema no permite en la actualidad, realizar comparaciones del indicador a nivel internacional.</p>					
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.</li> <li>- Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. Health Trends 1991; 23:13–15.</li> <li>- Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal mor* Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.OMS 2.004</li> <li>- Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4):CD002961.</li> <li>- Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol 19:145–150. 2007 Lippincott Williams &amp; Wilkins.</li> <li>- Bacci A et al. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss. Case reviews in the WHO European Region. Reproductive Health Matters 2007;15(30):145–152.</li> <li>- Okong P et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda. Implications for quality of obstetric care. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 797-804.</li> <li>- Oladapo A et al. Changing patterns of emergency obstetric care at a Nigerian University Hospital . International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 278–284</li> <li>- Morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) Reproductive Health 2004, 1:3 <a href="http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3">http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3</a>.</li> <li>- Souza J, Cecatti J, Parpinelli M. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006.</li> </ul>				



## FICHA 100: PROPORCION DE GESTANTES CON TRES O MÁS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de gestantes con tres o más criterios de inclusión
<b>Código</b>	1.3.43
<b>Justificación</b>	<p>Complementar los análisis con la vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), permite analizar un mayor número de eventos, obviando la percepción de buena calidad de la atención que se puede generar en instituciones o poblaciones que no presentan muertes maternas, simplemente por la probabilidad de ocurrencia del evento teniendo en cuenta el bajo número de gestantes atendidas.</p> <p>El análisis del porcentaje de gestantes con MME con tres o más criterios de inclusión mide el nivel de severidad padecido, a la vez que evalúa la capacidad resolutoria de los prestadores, para manejar eficientemente y resolver las complicaciones obstétricas; se convierte en un excelente indicador de calidad de la atención ofrecida en las instituciones de todos los niveles de complejidad del sistema de atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Permite analizar la distribución de los casos de MME según criterios de inclusión</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria de los casos en los que se identifican 3 o más criterios de inclusión presentes en un periodo.
<b>Denominador</b>	Número de casos de MME ocurridos en el mismo periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción.
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Ficha para notificación de casos de MME	Ficha para notificación de casos de MME
<b>Fuente primaria</b>	Registros continuos (certificados de los casos de morbilidad materna extrema) recopilados por	Registros continuos (certificados de los casos de morbilidad materna extrema) recopilados por



	la Sección de Estadística	la Sección de Estadística
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS de mediana y alta complejidad con atención obstétrica, o que tienen habilitados servicios para la atención obstétrica, UCI(s)	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	Se requiere de sistemas de vigilancia activa de la mortalidad y de la morbilidad materna extrema (MME). Evalúa el grado de severidad del compromiso en la salud de las gestantes con morbilidad materna extrema atendidas por los prestadores para garantizar una mirada objetiva de los indicadores de calidad (Índice de mortalidad, relación MME/MM).		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por definir. Indicador que acompaña la meta de reducir la razón de mortalidad materna, evento que hace parte de las metas del milenio de las Naciones Unidas. Indica el nivel de severidad del compromiso de la salud materna a la que estuvo expuesta la mujer gestante durante la complicación, a la vez que evalúa la eficiencia del sistema de salud para detectar y manejar oportunamente la complicación (morbilidad materna extrema)		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Resultados Nacionales; Es un indicador nuevo para el país. Los primeros indicadores se han construido a nivel hospitalario, dentro de la actividad de implementación de la vigilancia de la morbilidad materna extrema en Colombia, bajo el auspicio del Ministerio de la Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.		



Indicador	Fundación Valle del Lili	Hospital Universitario de Cartagena	Hospital Departamental Villavicencio	Hospital Universitario del Valle	Hospital Universitario San Jorge
Mujeres gestantes con tres o más criterios de inclusión (%)	87.7	83.3	47.5	87.2	100
<p>Se espera que en los próximos años el país genere el indicador en un mayor número de IPS de mediana y alta complejidad y a través de las DTS y las EPS a nivel poblacional.</p> <p>Comparabilidad Internacional; la falta de estandarización sobre los criterios para identificación de caso como morbilidad materna extrema no permite en la actualidad, realizar comparaciones del indicador a nivel internacional.</p>					
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003.</li> <li>- Stones W et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening 'near miss' episodes. Health Trends 1991; 23:13–15.</li> <li>- Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal mor...</li> <li>- Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.OMS 2.004</li> <li>- Pattinson RC, Say L, Makin JD, Bastos MH. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. Cochrane Database Syst Rev 2006; (4):CD002961.</li> <li>- Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Curr Opin Obstet Gynecol 19:145–150. 2007 Lippincott Williams &amp; Wilkins.</li> <li>- Bacci A et al. The introduction of confidential enquiries into maternal deaths and near-miss. Case reviews in the WHO European Region. Reproductive Health Matters 2007;15(30):145–152.</li> <li>- Okong P et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda. Implications for quality of obstetric care. Acta Obstetrica et Gynecologica. 2006; 85: 797-804.</li> <li>- Oladapo A et al. Changing patterns of emergency obstetric care at a Nigerian University Hospital . International Journal of Gynecology and Obstetrics (2007) 98, 278–284</li> <li>- Morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) Reproductive Health 2004, 1:3 <a href="http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3">http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3</a>.</li> <li>- Souza J, Cecatti J, Parpinelli M. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):255-264, fev, 2006.</li> </ul>				



## FICHA 101: PROPORCIÓN DE IPS DE LA RED QUE REALIZAN VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de IPS en la red con servicios obstétricos, que realizan vigilancia de la morbilidad Materna Extrema.
<b>Código</b>	E.3.9
<b>Justificación</b>	<p>La vigilancia de la morbilidad materna extrema (MME), permite analizar un mayor número de eventos, obviando la percepción de buena calidad de la atención que se puede generar en instituciones o poblaciones que no presentan muertes maternas, simplemente por la probabilidad de ocurrencia del evento teniendo en cuenta el bajo número de gestantes atendidas.</p> <p>Por lo anterior una IPS que brinde servicios de atención obstétrica debe tener implementado un sistema de vigilancia de la Morbilidad Materna extrema, que le permita realizar el análisis de los eventos de muerte materna complementado con los eventos de morbilidad materna extrema y desarrollar procesos de mejoramiento continuo de la calidad de la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.</p>
<b>Dominio</b>	3. Seguridad del paciente

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Sumatoria de las IPS con servicios obstétricos en la red, que cuentan con un sistema de vigilancia de la morbilidad materna extrema implementado y funcionando.
<b>Denominador</b>	Total de IPS con servicios obstétricos en la red, en el mismo periodo.
<b>Unidad de medición</b>	Relación porcentual.
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	EAPB	EAPB
<b>Fuente primaria</b>	Informes y Registros de las EAPB	Informes y Registros de las EAPB



<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS de mediana y alta complejidad con atención obstétricas o que tienen habilitados servicios para la atención obstétrica, UCI(s)
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud

### ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X				
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo			
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte					
<b>Consideraciones para el análisis</b>	El proceso continuo de mejoramiento de la calidad, requiere de sistemas de vigilancia activa de la mortalidad y de la morbilidad, en este caso y dado los desarrollos logrados en el país, es posible realizarla a la morbilidad materna extrema (MME). Para su interpretación se debe evaluar el grado de desarrollo del proceso en cada una de las redes de las diferentes EAPB, con el fin de monitorear el compromiso con la salud de las gestantes por asegurador.					
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Mayor del 80%					
<b>Estándar meta</b>						
<b>Referencias</b>	<i>Resultados Nacionales</i> ; es un indicador nuevo para el país. Aun no existen indicadores reportados por las DTSS. Se espera que en los próximos años el país genere el indicador a través de las DTSS y las EPS a nivel poblacional.					
	Indicador	Fundación Valle del Lili	Hospital Universitario de Cartagena	Hospital Departamental Villavicencio	Hospital Universitario del Valle	Hospital Universitario San José
	Relación Criterios Caso (%)	4,7	3,9	3,0	4,4	5,7
Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.						
<i>Comparabilidad Internacional</i> ; la falta de estandarización sobre los						



	criterios para identificación de caso como morbilidad materna extrema no permiten en la actualidad, realizar comparaciones del indicador a nivel internacional.
--	---



## FICHA 102: RESOLUTIVIDAD EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Resolutividad en los servicios odontológicos
<b>Código</b>	I.2.25
<b>Justificación</b>	<p>El acceso y oportunidad en los servicios se relacionan directamente con la resolutividad (entendida como la capacidad de un prestador de servicios de salud de responder de manera integral y con calidad a una demanda de atención de salud, de acuerdo con el tipo y complejidad de los servicios habilitados), de las necesidades de los usuarios, impactando directamente en la efectividad del sistema y en el resultado en salud, al orientar y racionalizar la demanda y contención de los costos de los usuarios y del sistema. Una respuesta rápida contribuye a la detección oportuna de necesidades que acompañada de una atención efectiva en un tiempo razonable, reduce los riesgos de complicaciones y secuelas, de presencia de eventos adversos y por tanto de incapacidades e incrementa la posibilidad de una mejor integración de los usuarios a su vida cotidiana además de reducir la congestión e inadecuada utilización de servicios generales, especializados y de urgencias. El tiempo de respuesta de los prestadores en los servicios de odontología es útil para medir la suficiencia y capacidad institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orienta decisiones de mejoramiento, y puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores así como para la evaluación indirecta del aporte al mejoramiento de la salud bucal. Su monitorización puede proveer al usuario, información relevante para la selección de un determinado proveedor de servicios de salud que le provea mayor oportunidad y como insumo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud al servir como medida trazadora de la capacidad resolutiva de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en el primer nivel. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar a poner en práctica acciones de mejoramiento que incrementen la posibilidad del usuario de obtener los servicios que requiere en el menor tiempo posible bajo los parámetros de calidad de la entidad, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, reducir las fallas relacionadas con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.</p>
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad

### DEFINICIÓN OPERACIONAL



<b>Numerador</b>	Número de usuarios con tratamientos integrales terminados (acorde con el nivel de complejidad) en un periodo de seis meses.
<b>Denominador</b>	Número de usuarios con tratamientos iniciados en el mismo periodo de seis meses.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por el factor.

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Historia clínica odontológica	RIPS Informes estadísticos
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud	

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador		



<b>Estándar meta</b>	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador
<b>Referencias</b>	Ministerio de la Protección Social. Resolución 3253 de 2009
<b>Bibliografía</b>	Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.



## FICHA 103: PROPORCION DE EMBARAZOS ADOLESCENTE

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de Embarazo Adolescente
<b>Código</b>	E.2.20
<b>Justificación</b>	<p>La proporción de adolescentes alguna vez embarazadas en Colombia, se ha aumentado progresivamente, durante los últimos 15 años, de 13% en 1990 a 21% en el 2005. Siendo las adolescentes sin educación, de procedencia rural, en situación de desplazamiento, o conflicto armado y las de menor índice de riqueza las más afectadas.</p> <p>Entre los factores y determinantes próximos del embarazo adolescente, se encuentran el inicio temprano de relaciones sexuales y primera unión, la baja percepción del riesgo, las diferencias socioculturales en el abordaje de la conducta sexual entre hombres y mujeres y de manera importante el conocimiento, acceso y uso a servicios efectivos de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos, dado que las adolescentes unidas, son las que tienen el menor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos (57,2%) comparada con los otros grupos de edad.</p> <p>Por otro lado el embarazo adolescente es considerado de alto riesgo, por sus complicaciones a nivel físico y psicosocial. El 40% de ellas, presentan bajo peso al nacer y las de 15 a 19 años tienen 2 veces mayor probabilidad de morir por causa obstétrica la que se aumenta en 6 veces en menores de 14 años. A su vez, se observa en sus hijos mayor probabilidad de bajo peso al nacer y muerte infantil.</p> <p>Desde el 2007 el Ministerio de Protección Social, diseñó y puso en marcha la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes, en Instituciones de prestaciones de servicios de primer nivel de atención, mediante un proceso sistemático y continuo de capacitación, asistencia técnica y seguimiento; y, es así como a la fecha se encuentran funcionando 655 servicios en 33 direcciones territoriales de salud, de 498 municipios del país. El objetivo de estos servicios es garantizar el acceso efectivo a detección precoz de riesgos, atención oportuna, y prevención de eventos de alta externalidad en SSR como el embarazo no planeado, ITS VIH sida y violencia doméstica y sexual, entre otros.</p> <p>En ese orden de ideas el monitoreo del embarazo en la adolescencia, nos permitirá evaluar las acciones de inducción y orientación de la demanda, así como, la capacidad de respuesta institucional y el acceso real y efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva de la población</p>



	adolescente, con el fin de orientar acciones de mejoramiento continuo de la gestión del riesgo de embarazo en adolescentes por aseguradores y fortalecer la toma de decisiones.
<b>Dominio</b>	2. Calidad técnica Subdominio: Efectividad

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la consulta de primera vez en el año de detección de alteraciones del embarazo.
<b>Denominador</b>	Total de mujeres que asisten a la consulta de primera vez en el año de detección de alteraciones del embarazo ocurridos en un periodo de tiempo.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por el factor.

## VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS	IPS
<b>Fuente primaria</b>	Registro Individual de Atención en salud adolescentes de 10 a 19 años que asisten a la consulta de primera vez en el año de detección de alteraciones del embarazo.	Total Registro Individual de Atención en salud de todas las mujeres que asisten a la consulta de primera vez en el año de detección de alteraciones del embarazo ocurridos en un periodo de tiempo.
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>		
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	EAPB	
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud	

## ANÁLISIS



<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	<p>La generación de la información relacionada con este indicador requiere de sistemas de vigilancia activa del control prenatal. Para su interpretación se debe evaluar el número de gestantes que ingresan por primera vez en el año al programa de Control prenatal y hacer la discriminación del grupo de 10 a 19 años en el numerador y de todas para el denominador.</p> <p>Por otra parte es importante realizar el análisis del resultado frente al contexto en que se produce y de la mano con los determinantes próximos de la fecundidad en adolescentes, que ya se han descrito en la justificación de este indicador. Una reducción estará evaluando la capacidad de gestión de las EAPB para proteger del riesgo de embarazo de las adolescentes que ya han iniciado su vida sexual, así como el mejoramiento que se tiene en la calidad de las acciones de promoción de la salud y la calidad de vida de adolescentes y prevenios.</p>		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Menor del 17 %		
<b>Estándar meta</b>	Indicador deseable, pues el inicialmente propuesto ha fijado la meta en menos de 15 %. Sus resultados implican un esfuerzo en la identificación de la población de adolescentes, la captación con vida sexual activa y la protección específica realizada para la prevención del embarazo adolescente.		
<b>Referencias</b>			
<b>Bibliografía</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CEPAL, B., Del Popolo, Ferrando D., <i>Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos. Serie Población y Desarrollo. 2003.</i></li> <li>- Florez, C., <i>Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Publica, 2005. 18(6): p. 388-402.</i></li> <li>- Flórez, C., Soto V., <i>Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política. Departamento Nacional de Planeación, Colombia., 2007.</i></li> <li>- Carmen Elisa Florez, V.S., <i>Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y Lineamientos de política. 2007.</i></li> <li>- Profamilia, <i>Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Capítulo III. Fecundidad. 1995.</i></li> <li>- Profamilia, <i>Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. 2005. Capítulo V. Fecundidad: p. 95-110.</i></li> <li>- Profamilia, <i>Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. Capítulo III. Fecundidad. 1990.</i></li> <li>- Alvarado, R., Martínez, O., Baquero, M., Valencia, C., Ruiz, A. , <i>Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Rev. Cienc. Salud. Bogotá, Colombia, 2007. 5(1).</i></li> <li>- Guzmán, J., et al., <i>Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en America Latina y el Caribe. Citado en florez y Soto (2007). EAT, México, 2000.</i></li> <li>- Profamilia, <i>Embarazo y fecundidad en la adolescencia. Dialoguemos sobre salud sexual y reproductiva. Boletín de circulación nacional, Bogotá, 1998(2).</i></li> <li>- DANE, <i>Accedido en: <a href="http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=73&amp;Itemid=119">http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&amp;view=article&amp;id=73&amp;Itemid=119</a></i></li> </ul>		



- Profamilia, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS. 2000.*
- UNFPA, MPS., *Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Vínculo del documento en: <http://www.unfpacolombia.org/documentos/modelosamigables2.pdf>. Segunda Edición, 2008.*
- Profamilia, *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas. Situación de las Mujeres Desplazadas. 2001.*
- UNFPA, *Población y desarrollo. Dinámicas geográficas. Sitio oficial UNFPA. Accedido en: <http://www.unfpacolombia.org/menuSuplzqui.php?id=11>. 2010.*
- Issler, J., *Embarazo en la adolescencia. . Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina, 2001(107): p. 11-23.*
- OMS/UNFPA, *Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados 2009.*
- Conde-Agudelo A, B.J., Lammers C. , *Maternal Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol, 2005. Feb;192(2): p. 342-9.*
- OIJ/CEPAL/UNFPA, *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. 2008.*
- OPS, *Salud en las Américas. Capítulo 2. Condiciones de salud y sus tendencias. Regional. Publicación científica y técnica No.622, 2007. 1.*
- UNFPA, *Análisis de situación del embarazo adolescente en la región andina. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe, 2007.*
- UNFPA, *Género, derechos reproductivos y reducción de la pobreza: Campaña para la prevención del embarazo en la región andina. Eje 1. Plan Andino de prevención de embarazo adolescente. Presentación PPT. Presentada en la Reunión Plan Nacional de Reducción de Embarazo en Adolescentes. Bogotá, septiembre 22 y 23 de 2010. Colombia. 2010.*
- Guzmán, J., Contreras, JM y Hakkert, R, *La situación actual del embarazo adolescente y del aborto”, Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. UNFPA, 2001.*
- Alcaldía de Medellín, *Evaluación del impacto del programa de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín. Fase Cuantitativa. Secretaría de Salud de Medellín, ASCODES. 2008.*
- Alcaldía de Medellín, S.d.S.d.M., *Centro Nacer de la Universidad de Antioquia., Proyecto "sol y luna" red de prevención del embarazo adolescente en Medellín - Colombia 2006*



## FICHA 104: LETALIDAD A LARGO POR CANCER DE CUELLO UTERINO

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Letalidad a largo plazo por cáncer de cuello uterino
<b>Código</b>	E.3.10
<b>Justificación</b>	Proporción de la población con edad igual o mayor a 18 años que presentó cáncer de cuello uterino y falleció por esta causa, hasta cinco años después del diagnóstico inicial. La letalidad permite establecer la efectividad de la atención por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, porque evalúa de forma holística el proceso de la atención en el tratamiento del cáncer, a través del resultado, determinando tanto la oportunidad como la calidad de los diferentes tratamientos establecidos.
<b>Dominio</b>	3 . Seguridad de pacientes

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de pacientes cuya causa de muerte es cáncer de cuello uterino, el cual fue diagnosticado máximo cinco años antes del fallecimiento.
<b>Denominador</b>	Número de pacientes con edad igual o mayor de 18 años que presentaron cáncer de cuello uterino en los últimos cinco años.
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	IPS /DANE	Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Fuente primaria</b>	Registro de estadísticas vitales - DANE - certificado de defunción	Población afiliada mujeres mayor de 18 años Entidad Administradora de Planes de Beneficios (EAPB)
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información</b>	Semestral	



<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud

## ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	<p>Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.</p> <p>Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá D.C., 2000: El Ministerio.</p> <p>En este campo se incluirá también la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador.</p>		



## FICHA 105: PROPORCION DE PORCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS QUE SE DEJO UN CUERPO EXTRAÑO

### 1. ASPECTOS GENERALES

<b>Nombre</b>	Proporción de procedimientos quirúrgicos en los que se dejó un cuerpo extraño
<b>Código</b>	I.3.44
<b>Justificación</b>	Los cuerpos extraños son poco frecuente, pero siempre son embarazosos e involucra consecuencias médicas y legales potencialmente peligrosas. Ante una evolución posoperatoria atípica debería considerarse esta posibilidad, razón por la cual, se debe cuantificar este evento, la proporción de procedimientos quirúrgicos durante los que accidentalmente se dejaron cuerpos extraños
<b>Dominio</b>	3 . Seguridad de pacientes

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

<b>Numerador</b>	Número de procedimientos quirúrgicos en los que accidentalmente se dejaron cuerpos extraños
<b>Denominador</b>	Total de procedimientos quirúrgicos realizados
<b>Unidad de medición</b>	Proporción
<b>Factor</b>	100
<b>Fórmula de cálculo</b>	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal

### VARIABLES

	Numerador	Denominador
<b>Origen de la información</b>	Institución Prestadora de Salud (IPS)	Institución Prestadora de Salud (IPS)
<b>Fuente primaria</b>	Registro de cirugías	Registro de cirugías
<b>Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la</b>	Mensual	



<b>información</b>	
<b>Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)</b>	Semestral
<b>Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador</b>	IPS
<b>Vigilancia y control</b>	Ente Territorial- Superintendencia de Salud

### ANÁLISIS

<b>Ajuste por riesgo</b>	NO requiere ajuste por riesgo	X	
	Ajuste por edad		Ajuste por sexo
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte		
<b>Consideraciones para el análisis</b>	La recolección sistemática de datos, permitirá que cada institución pueda determinar al interior de sus servicios, los límites inferiores y superiores dentro de los cuales debe considerarse un comportamiento endémico de esta situación.		
<b>Umbral de desempeño aceptable</b>	Se determinará en el tiempo con base en la variabilidad del indicador.		
<b>Estándar meta</b>			
<b>Referencias</b>	Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		
<b>Bibliografía</b>	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.		





**TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA**

TEMA	SUBTEMA	I.4.1	E.11	E.12	E.13	E.14	E.15	E.16	E.17	E.18	
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Aseguramiento régimen subsidiado		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Aseguramiento prepagado		X	X	X		X	X	X	X	
Prestación de servicios	Oferta-Hospitalización				X						
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo				X						
	Oferta-Cirugía general y especializada				X		X				
	Oferta-Consulta externa General		X		X						
	Oferta-Consulta Externa Especializada			X	X						
	Oferta-Odontología				X			X			
	Oferta-Urgencias				X						
	Oferta-Transporte especial de pacientes				X					X	
	Oferta-Servicio farmacéutico				X		X				
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas				X				X		
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología				X						
	Oferta-Salud Mental				X						
	Oferta-Oncología				X						
	Oferta-Rehabilitación				X						
	Demanda		X								
	Condiciones clínicas	Factores protectores									
		Factores de riesgo									
Enfermedades crónicas transmisibles											
Enfermedades Crónicas No transmisibles											
Salud Mental											
Violencia											
Discapacidad											
Condiciones que afectan la Nutrición											
Salud Sexual y Reproductiva											
Cáncer											



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	E.21	E.22	E.31	E.32	E.41	E.42	E.43	I.2.3	I.2.4	I.3.4	I.3.5	
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Aseguramiento régimen subsidiado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Aseguramiento prepagado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Prestación de servicios:	Oferta-Hospitalización			X	X							X	
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo			X	X							X	
	Oferta-Cirugía general y especializada										X		
	Oferta-Consulta externa General			X									
	Oferta-Consulta Externa Especializada		X	X	X								
	Oferta-Odontología												
	Oferta-Urgencias			X	X								X
	Oferta-Transporte especial de pacientes												
	Oferta-Servicio farmacéutico	X											
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas												
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología												
	Oferta-Salud Mental												
	Oferta-Oncología		X							X	X		
	Oferta-Rehabilitación												
Condiciones clínicas	Demanda					X	X	X					
	Factores protectores	X		X									
	Factores de riesgo											X	
	Enfermedades crónicas transmisibles												
	Enfermedades Crónicas No transmisibles												
	Salud Mental												
	Violencia												
	Discapacidad												X
Condiciones que afectan la Nutrición	Salud Sexual y Reproductiva				X				X				
	Cáncer		X						X	X			



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.3.6	I.3.7	I.3.8	I.3.9	I.3.10	I.3.11	I.3.12	I.3.13	I.3.14	I.3.15	I.3.16	
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo			X						X	X	X	
	Aseguramiento régimen subsidiado			X						X	X	X	
	Aseguramiento prepagado			X						X	X	X	
Prestación de servicios:	Oferta-Hospitalización	X	X		X	X					X	X	
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo	X			X	X	X	X			X		
	Oferta-Cirugía general y especializada	X	X	X	X	X							
	Oferta-Consulta externa General	X											
	Oferta-Consulta Externa Especializada	X								X			
	Oferta-Odontología	X											
	Oferta-Urgencias	X	X										
	Oferta-Transporte especial de pacientes	X											
	Oferta-Servicio farmacéutico	X											
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas	X											
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología	X								X			
	Oferta-Salud Mental	X											
	Oferta-Oncología	X									X		
	Oferta-Rehabilitación	X											
	Demanda												
	Condiciones clínicas	Factores protectores										X	
Factores de riesgo			X				X						
Enfermedades crónicas transmisibles													
Enfermedades Crónicas No transmisibles													
Salud Mental													
Violencia													
Discapacidad													
Condiciones que afectan la Nutrición													
Salud Sexual y Reproductiva													
Cáncer									X	X	X		



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.3.17	I.3.18	I.3.19	I.3.20	I.3.21	I.3.22	I.3.23	I.3.24	I.3.25	I.3.26	I.3.27
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo	X			X	X	X		X		X	
	Aseguramiento régimen subsidiado	X			X	X	X		X		X	
	Aseguramiento prepagado	X			X	X	X		X		X	
Prestación de servicios:	Oferta-Hospitalización		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo				X	X	X	X	X	X		X
	Oferta-Cirugía general y especializada				X	X	X	X		X		X
	Oferta-Consulta externa General	X	X	X								
	Oferta-Consulta Externa Especializada	X	X	X								
	Oferta-Odontología											
	Oferta-Urgencias											
	Oferta-Transporte especial de pacientes											
	Oferta-Servicio farmacéutico	X										
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas											
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología											
	Oferta-Salud Mental											
	Oferta-Oncología											
	Oferta-Rehabilitación											
Condiciones clínicas	Demanda											
	Factores protectores				X							
	Factores de riesgo	X			X				X			
	Enfermedades crónicas transmisibles											
	Enfermedades Crónicas No transmisibles											
	Salud Mental											
	Violencia											
	Discapacidad											
	Condiciones que afectan la Nutrición	X										
	Salud Sexual y Reproductiva										X	X
Cáncer												



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.2.5	I.3.28	I.2.6	I.2.7	I.2.8	I.2.9	I.3.29	I.2.10	I.2.11	I.2.12	I.2.13
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento régimen subsidiado	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento prepagado	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Prestación de servicios	Oferta-Hospitalización											
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo											
	Oferta-Cirugía general y especializada											
	Oferta-Consulta externa General	X				X						
	Oferta-Consulta Externa Especializada		X		X	X	X	X				
	Oferta-Odontología											
	Oferta-Urgencias											
	Oferta-Transporte especial de pacientes											
	Oferta-Servicio farmacéutico											
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas											
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología				X				X			
	Oferta-Salud Mental											
	Oferta-Oncología									X	X	X
	Oferta-Rehabilitación											
	Condiciones clínicas	Demanda		X	X							
Factores protectores												
Factores de riesgo								X	X	X	X	X
Enfermedades crónicas transmisibles			X		X				X			
Enfermedades Crónicas No transmisibles							X			X	X	X
Salud Mental												
Violencia												
Discapacidad												
Condiciones que afectan la Nutrición												
Salud Sexual y Reproductiva			X		X				X			
Cáncer									X	X	X	



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.2.14	I.3.30	I.2.15	I.2.16	E.2.17	E.2.18	E.2.19	E.3.5	E.3.6	E.3.7	E.3.8
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento régimen subsidiado	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento prepagado	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestación de servicios:	Oferta-Hospitalización		X			X	X	X	X	X	X	X
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo		X						X	X	X	X
	Oferta-Cirugía general y especializada		X			X	X	X	X	X		
	Oferta-Consulta externa General			X								
	Oferta-Consulta Externa Especializada				X							
	Oferta-Odontología											
	Oferta-Urgencias								X		X	X
	Oferta-Transporte especial de pacientes											
	Oferta-Servicio farmacéutico			X								
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas											
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología			X								
	Oferta-Salud Mental											
	Oferta-Oncología	X										
	Oferta-Rehabilitación											
	Demanda											
Condiciones clínicas	Factores protectores							X				
	Factores de riesgo	X		X	X			X				
	Enfermedades crónicas transmisibles											
	Enfermedades Crónicas No transmisibles	X										
	Salud Mental											
	Violencia											
	Discapacidad											
	Condiciones que afectan la Nutrición			X	X							
Salud Sexual y Reproductiva					X	X						
Cáncer	X											



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.3.30	I.4.2	I.3.31	I.3.32	I.4.3	I.3.33	I.2.22	I.2.23	I.3.34	I.3.35	I.3.36	
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo								X				
	Aseguramiento régimen subsidiado								X				
	Aseguramiento prepagado		X						X				
Prestación de servicios:	Oferta-Hospitalización	X		X	X			X	X	X	X		
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo	X						X		X	X		
	Oferta-Cirugía general y especializada	X		X	X			X		X	X	X	
	Oferta-Consulta externa General									X	X	X	
	Oferta-Consulta Externa Especializada							X					
	Oferta-Odontología												
	Oferta-Urgencias												
	Oferta-Transporte especial de pacientes												
	Oferta-Servicio farmacéutico												
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas												
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología							X					
	Oferta-Salud Mental												
	Oferta-Oncología												
	Oferta-Rehabilitación												
	Condiciones clínicas	Demanda		X			X						
		Factores protectores							X				
Factores de riesgo											X		
Enfermedades crónicas transmisibles													
Enfermedades Crónicas No transmisibles								X					
Salud Mental													
Violencia													
Discapacidad													
Condiciones que afectan la Nutrición													
Salud Sexual y Reproductiva				X					X				
Cáncer													



TABLA 1: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN TEMA (Continuación)

TEMA	SUBTEMA	I.3.38	I.1.8	I.1.9	I.1.10	I.1.11	I.3.39	I.2.24	I.1.12	I.3.40	I.3.41	I.3.42	I.3.43	E.3.9	I.2.25	E.2.20
Aseguramiento	Aseguramiento régimen contributivo		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento régimen subsidiado		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
	Aseguramiento prepagado		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X		
Prestación de servicios	Oferta-Hospitalización		X				X	X		X	X					
	Oferta-Cuidado intermedio y Cuidado intensivo	X														
	Oferta-Cirugía general y especializada	X	X													
	Oferta-Consulta externa General								X					X		
	Oferta-Consulta Externa Especializada			X				X			X	X	X	X		
	Oferta-Odontología														X	
	Oferta-Urgencias													X		
	Oferta-Transporte especial de pacientes															
	Oferta-Servicio farmacéutico															
	Oferta-Radiología e imágenes diagnósticas															
	Oferta-Laboratorio Clínico y Patología															
	Oferta-Salud Mental			X	X	X	X	X								
	Oferta-Oncología															
	Oferta-Rehabilitación															
Condiciones clínicas	Demanda															
	Factores protectores															
	Factores de riesgo						X			X		X	X	X	X	
	Enfermedades crónicas transmisibles							X								
	Enfermedades Crónicas No transmisibles						X									
	Salud Mental			X	X	X	X	X								
	Violencia															
	Discapacidad						X	X								
	Condiciones que afectan la Nutrición															
	Salud Sexual y Reproductiva									X	X	X	X	X		
Cáncer															X	



**TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO**

NÚMERO DE FICHA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD	CÓDIGO DEL INDICADOR
FICHA 1: INDICADOR I.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN IPS	I.1.1
FICHA 2: INDICADOR I.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN IPS	I.1.2
FICHA 3: INDICADOR I.1.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	I.1.3
FICHA 4: INDICADOR I.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	I.1.4
FICHA 5: INDICADOR I.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA EN IPS	I.1.5
FICHA 6: INDICADOR I.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN IPS	I.1.6
FICHA 7: INDICADOR I.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN IPS	I.1.7
FICHA 8: INDICADOR I.2.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	I.2.1
FICHA 9: INDICADOR I.2.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	I.2.2
FICHA 10: INDICADOR I.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS	I.3.1
FICHA 11: INDICADOR I.3.2 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	I.3.2
FICHA 12: INDICADOR I.3.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	I.3.3
FICHA 13: INDICADOR I.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN IPS	I.4.1
FICHA 14: INDICADOR E.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN EABP	E.1.1
FICHA 15: INDICADOR E.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN EABP	E.1.2
FICHA 16: INDICADOR E.1.3 (Resolución 1446 de 2006), NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POS-S	E.1.3
FICHA 17: INDICADOR E.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	E.1.4
FICHA 18: INDICADOR E.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EABP	E.1.5
FICHA 19: INDICADOR E.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN EABP	E.1.6
FICHA 20: INDICADOR E.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA EN EABP	E.1.7
FICHA 21: INDICADOR E.1.8 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EABP	E.1.8
FICHA 22: INDICADOR E.2.1 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO	E.2.1
FICHA 23: INDICADOR E.2.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	E.2.2
FICHA 24: INDICADOR E.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO	E.3.1
FICHA 25: INDICADOR E.3.2 (Resolución 1446 de 2006), RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA	E.3.2
FICHA 26: INDICADOR E.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN EABP	E.4.1
FICHA 27: INDICADOR E.4.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	E.4.2
FICHA 28: INDICADOR E.4.3 (Resolución 1446 de 2006), Tasa de Traslados desde la EABP	E.4.3
FICHA 29: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO IN SITU	E.2.3
FICHA 30: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS AVANZADOS	E.2.4
FICHA 31: PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PLANIFICADAS	I.3.4
FICHA 32: TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES	I.3.5
FICHA 33: NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD	I.3.6
FICHA 34: PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A PUENTES CORONARIOS DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA PERCUTÁNEA (ACTP)	I.3.7
FICHA 35: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO	I.3.8



**TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO (Continuación)**

NUMERO DE FICHA DE LOS INDICADORES DE CALIDAD	CODIGO DEL INDICADOR
FICHA 36: PROPORCIÓN DE BACTEREMIA EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL	I.3.9
FICHA 37: PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ULCERAS POR PRESIÓN	I.3.10
FICHA 38: PROPORCIÓN DE DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON LA CABECERA DEL PACIENTE ELEVADA A 30 GRADOS O MÁS	I.3.11
FICHA 39: PROPORCIÓN DE MUERTES EN UCI	I.3.12
FICHA 40: PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS	I.3.13
FICHA 41: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON OBJETIVOS DE AUTO GESTIÓN DOCUMENTADOS	I.3.14
FICHA 42: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EVENTOS QUE LO CALIFICAN A UNA REMISIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y QUE NO FUERON REMITIDOS	I.3.15
FICHA 43: PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE	I.3.16
FICHA 44: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE MEJORAN LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS VÍA ORAL	I.3.17
FICHA 45: PROPORCIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CRÍTICOS QUE MUESTRAN SÍNTOMAS DE FATIGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	I.3.18
FICHA 46: PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE TRANSCRIBE EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS ORDENES VERBALES	I.3.19
FICHA 47: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO	I.3.20
FICHA 48: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES ASISTENCIALES CON MÁS DE 8 HORAS DE TRABAJO CONTINUO	I.3.21
FICHA 49: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS QUE AFRMAN QUE EN SU UNIDAD O ÁREA SE ADOPTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LOS PACIENTES ENTENDEN LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	I.3.22
FICHA 50: PROPORCIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO	I.3.23
FICHA 51: TASA DE CAÍDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DÍAS PACIENTE	I.3.24
FICHA 52: TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER PERIFÉRICO	I.3.25
FICHA 53: TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS	I.3.26
FICHA 54: TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE CIRCULATORIO ASOCIADO A LÍNEA CENTRAL EN IPS	I.3.27
FICHA 55: PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE COMPLETAN TRATAMIENTO Y CURARON	E.2.5
FICHA 56: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIH Y/O SIDA ADQUIRIDO POR TRANSMISIÓN VERTICAL	E.3.3
FICHA 57: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE MALARIA	E.2.6
FICHA 58: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA	E.2.7
FICHA 59: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN DE 18-64 AÑOS	E.2.8
FICHA 60: TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	E.2.9
FICHA 61: TASA DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA	E.3.4
FICHA 62: TASA DE INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS PULMONAR	E.2.10
FICHA 63: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	E.2.11
FICHA 64: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	E.2.12
FICHA 65: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN	E.2.13
FICHA 66: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO	E.2.14
FICHA 67: TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATÉTER VESICAL	I.3.29
FICHA 68: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL	E.2.15
FICHA 69: PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER (MENOS DE 2500 GRAS)	E.2.16
FICHA 70: PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS POR CESÁREAS NO INDICADAS	E.2.17



**TABLA 2: INDICADORES DE CALIDAD SEGÚN NÚMERO DE FICHA Y CÓDIGO  
(Continuación)**

FICHA 71: PROPORCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES	E.2.18
FICHA 72: PROPORCIÓN DE RECÉN NACIDOS CON TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOFOSFATASIS CONGÉNITO.	E.2.19
FICHA 73: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	E.3.5
FICHA 74: TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	E.3.6
FICHA 75: TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS	E.3.7
FICHA 76: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS	E.3.8
FICHA 77: ÍNDICE GLOBAL DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA	I.3.30
FICHA 78: PERCEPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	I.4.2
FICHA 79: PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS	I.3.31
FICHA 80: TASA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (ISO) EN IPS	I.3.32
FICHA 81: PERCEPCIÓN GLOBAL DE CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO	I.4.3
FICHA 82: PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO	I.3.33
FICHA 83: LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	I.2.22
FICHA 84: PROPORCIÓN DE ESTANCIAS NO ADECUADAS	I.2.23
FICHA 85: TASA DE PACIENTES CON INFECCIÓN SANGÜINEA ASOCIADA A LA INTRODUCCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL	I.3.34
FICHA 86: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ULCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN	I.3.35
FICHA 86: TASA DE FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	I.3.36
FICHA 88: TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR	I.3.37
FICHA 89: TASA DE TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS	I.3.38
FICHA 90: OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL	I.1.8
FICHA 91: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRÍA	I.1.9
FICHA 92: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSICOLOGÍA	I.1.10
FICHA 93: OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA DE TERAPIA OCUPACIONAL POR REVISIÓN POR SALUD MENTAL	I.1.11
FICHA 94: TASA DE SUICIDIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL	I.3.39
FICHA 95: INTERCONSULTAS DE SALUD MENTAL REALIZADAS EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL	I.2.24
FICHA 96: TASA ATENCIÓN DE PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL	I.1.12
FICHA 97: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA	I.3.40
FICHA 98: RELACIÓN MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) / MUERTE MATERNA	I.3.41
FICHA 99: RELACIÓN CRITERIOS CASOS DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	I.3.42
FICHA 100: PORCENTAJE DE GESTANTES CON TRES O MÁS CRITERIOS DE INCLUSIÓN	I.3.43
FICHA 101: PROPORCIÓN DE IPS DE LA RED QUE REALIZAN VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	E.3.9
FICHA 102: RESOLUTIVIDAD EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	I.2.25
FICHA 103: PROPORCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE	E.2.20



**TABLA 3: INDICADORES SEGÚN DOMINIO Y SUBDOMINIO**

**Dominio 1. Accesibilidad/Oportunidad**

INDICADOR	SUBDOMINIO
FICHA 1: INDICADOR I.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN IPS	Oportunidad
FICHA 2: INDICADOR I.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN IPS	Oportunidad
FICHA 3: INDICADOR I.1.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	acceso
FICHA 4: INDICADOR I.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	Oportunidad
FICHA 5: INDICADOR I.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA EN IPS	Oportunidad
FICHA 6: INDICADOR I.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN IPS	Oportunidad
FICHA 7: INDICADOR I.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN IPS	Oportunidad
FICHA 14: INDICADOR E.1.1 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL EN EABP	Oportunidad
FICHA 15: INDICADOR E.1.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA EN EABP	Oportunidad
FICHA 16: INDICADOR E.1.3 (Resolución 1446 de 2006), NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POS-S	acceso
FICHA 17: INDICADOR E.1.4 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS	acceso
FICHA 18: INDICADOR E.1.5 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA EN EABP	Oportunidad
FICHA 19: INDICADOR E.1.6 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL EN EABP	Oportunidad
FICHA 20: INDICADOR E.1.7 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLOGÍA EN EABP	Oportunidad
FICHA 21: INDICADOR E.1.8 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD DE LA REFERENCIA EN LA EABP	Oportunidad
FICHA 90: OPORTUNIDAD DE ATENCIÓN DE HOSPITALIZACIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL	Oportunidad
FICHA 91: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA	Oportunidad
FICHA 92: OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACION DE CITA MEDICINA ESPECIALIZADA - PSICOLOGIA	Oportunidad
FICHA 93: OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA DE TERAPIA OCUPACIONAL POR REMISIÓN POR SALUD MENTAL	Oportunidad
FICHA 96: TASA ATENCIÓN DE PACIENTES POR TRABAJO SOCIAL	acceso



## Dominio 2. Calidad Técnica

INDICADOR	SUBDOMINIO
FICHA 8: INDICADOR I.2.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE REINGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS	Efectividad de la atención
FICHA 9: INDICADOR I.2.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	Efectividad de la atención
FICHA 22: INDICADOR E.2.1 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES	Efectividad de la atención
FICHA 23: INDICADOR E.2.2 (Resolución 1446 de 2006), OPORTUNIDAD EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Efectividad de la atención
FICHA 29: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO IN SITU	Efectividad de la atención
FICHA 30: PROPORCIÓN DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER DE MAMA EN ESTADIOS AVANZADOS	Efectividad de la atención
FICHA 55: PROPORCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR QUE COMPLETAN TRATAMIENTO Y CURARON	Efectividad de la atención
FICHA 57: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE MALARIA	Efectividad de la atención
FICHA 58: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH/SIDA	Efectividad de la atención
FICHA 59: PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS	Efectividad de la atención
FICHA 60: TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	Efectividad de la atención
FICHA 62: TASA DE INCIDENCIA POR TUBERCULOSIS PULMONAR	Efectividad de la atención
FICHA 63: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Efectividad de la atención
FICHA 64: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA	Efectividad de la atención
FICHA 65: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN	Efectividad de la atención
FICHA 67: TASA DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADO A CATÉTER VESICAL	Efectividad de la atención
FICHA 68: COBERTURA DE CONTROL PRENATAL	Efectividad de la atención
FICHA 69: PROPORCIÓN DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO AL NACER (MENOS DE 2500 GRS)	Efectividad de la atención
FICHA 70: PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS POR CESÁREA NO INDICADAS.	Eficiencia de la atención
FICHA 71: PROPORCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES	Efectividad de la atención
FICHA 72: PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.	Efectividad de la atención
FICHA 83: LETALIDAD POR INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	Efectividad de la atención
FICHA 84: PROPORCIÓN DE ESTANCIAS NO ADECUADAS	Eficiencia de la atención
FICHA 95: INTERCONSULTAS DE SALUD MENTAL REALIZADAS EN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN GENERAL	Efectividad de la atención
FICHA 102: RESOLUTIVIDAD EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	Efectividad de la atención
FICHA 103: PROPORCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE	Efectividad de la atención



### Dominio 3. Seguridad del Paciente

INDICADOR
FICHA 10: INDICADOR I.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA DESPUÉS DE 48 HORAS
FICHA 11: INDICADOR I.3.2 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA
FICHA 12: INDICADOR I.3.3 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS
FICHA 24: INDICADOR E.3.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONÍA EN GRUPOS DE ALTO RIESGO
FICHA 25: INDICADOR E.3.2 (Resolución 1446 de 2006), RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA
FICHA 31: PROPORCIÓN DE CIRUGÍAS NO PLANIFICADAS
FICHA 32: TASA DE CAÍDAS EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
FICHA 33: NÚMERO DE EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL CANSANCIO DEL PERSONAL DE SALUD
FICHA 34: PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS SOMETIDOS A PUENTES CORONARIOS DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONARIA PERCUTÁNEA (ACTP)
FICHA 35: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO
FICHA 36: PROPORCIÓN DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CATÉTER CENTRAL
FICHA 37: PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN
FICHA 38: PROPORCIÓN DE DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON LA CABECERA DEL PACIENTE ELEVADA A 30 GRADOS O MÁS
FICHA 39: PROPORCIÓN DE MUERTES EN UCI
FICHA 40: PROPORCIÓN DE MUESTRAS CORRECTAMENTE IDENTIFICADAS
FICHA 41: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS CON OBJETIVOS DE AUTO GESTIÓN DOCUMENTADOS
FICHA 42: PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EVENTOS QUE LO CALIFICAN A UNA REMISIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDIACA Y QUE NO FUERON REMITIDOS
FICHA 43: PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE
FICHA 44: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE MEJORAN LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS VÍA ORAL
FICHA 45: PROPORCIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE ATIENDEN A PACIENTES CRÍTICOS QUE MUESTRAN SÍNTOMAS DE FATIGA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
FICHA 46: PROPORCIÓN DE PERSONAL QUE TRANSCRIBE EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS ORDENES VERBALES
FICHA 47: PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO
FICHA 48: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES ASISTENCIALES CON MÁS DE 8 HORAS DE TRABAJO CONTINUO
FICHA 49: PROPORCIÓN DE PROFESIONALES MÉDICOS QUE AFIRMAN QUE EN SU UNIDAD O ÁREA SE ADOPTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LOS PACIENTES ENTIENDEN LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
FICHA 50: PROPORCIÓN DE RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO



### Dominio 3. Seguridad del Paciente (continuación)

INDICADOR
Ficha 51: TASA DE CAÍDAS HOSPITALARIAS POR 1000 DÍAS PACIENTE
Ficha 52: TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER PERIFÉRICO
Ficha 53: TASA DE INCIDENCIA DE ENDOMETRITIS
Ficha 54: TASA DE INFECCIÓN DEL TORRENTE CIRCULATORIO ASOCIADO A LÍNEA CENTRAL EN IPS
Ficha 55: PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR VIH Y/O SIDA ADQUIRIDO POR TRANSMISIÓN VERTICAL
Ficha 61: TASA DE INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA
Ficha 66: TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GÁSTRICO
FICHA 73: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
FICHA 74: TASA DE MORTALIDAD PERINATAL
FICHA 75: TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN MENORES DE 5 AÑOS
FICHA 76: TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN MENORES DE 5 AÑOS
FICHA 77: ÍNDICE GLOBAL DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA
FICHA 79: PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS
FICHA 80: TASA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (ISO) EN IPS
Ficha 82: PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO
Ficha 85: TASA DE PACIENTES CON INFECCIÓN SANGUÍNEA ASOCIADA A LA INTRODUCCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL
Ficha 86: PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE DESARROLLAN ULCERAS POR PRESIÓN EN LA INSTITUCIÓN
Ficha 87: TASA DE FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO
Ficha 88: TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR
Ficha 89: TASA DE TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS
Ficha 94: TASA DE SUICIDIO EN SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL
Ficha 97: ÍNDICE DE MORTALIDAD MATERNA
Ficha 98: RELACION MORBILIDAD MATERNA EXTREMA (MME) Y MUERTE MATERNA
Ficha 99: RELACION CRITERIOS CASO DE MORBILIDAD MATERNA EXTREMA
Ficha 100: PROPORCIÓN DE GESTANTES CON TRES O MÁS CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Ficha 101: PROPORCIÓN DE IPS DE LA RES DE QUE REALIZAN VIGILANCIA DE LA MORBILIDAD MATERNA EXTREMA



#### Dominio 4. Experiencia de la atención

INDICADOR	SUBDOMINIO
FICHA 13: INDICADOR I.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN IPS	Percepción
FICHA 26: INDICADOR E.4.1 (Resolución 1446 de 2006), TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN EABP	Percepción
FICHA 27: INDICADOR E.4.2 (Resolución 1446 de 2006), PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DÍAS	Percepción
FICHA 28: INDICADOR E.4.3 (Resolución 1446 de 2006), Tasa de Traslados desde la EAPB	Lealtad
FICHA 78: PERCEPCIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN	Percepción
FICHA 82: PERCEPCIÓN GLOBAL DE CALIDAD DEL SERVICIO RECIBIDO	Percepción



## ANEXO

### 1.1. DEFINICIONES

- **Infusión:** Es la introducción de una solución a través de un vaso sanguíneo por medio de una luz del catéter. Esto puede incluir venoclisis, como en el caso de líquidos nutricionales o medicamentos, o infusiones intermitentes, como enjuagues o administración intravenosa de antimicrobianos, o sangre, en el caso de transfusión o hemodiálisis.
- **INFECCION DE TORRENTE SANGUINEO (ITS) primaria:** Aquella ITS que no está relacionada a otro sitio de infección.
- **INFECCION DE TORRENTE SANGUINEO ITS asociada a una vía central:** ITS primaria en paciente portador de una vía o catéter central instalado en el momento de la detección o durante las 48 horas antes de la aparición de la infección. NOTA: No se requiere un período mínimo en que la vía central deba estar instalada para que la infección se considere asociada a vía central.
- **Línea central:** Un catéter que termina en el corazón o en alguno de los grandes vasos y que es usado para infusión, retiro de sangre o monitoreo hemodinámico. Son considerados grandes vasos para propósitos del reporte de infecciones de línea central y conteo de días línea central en el sistema NHSN: Arteria aorta, arteria pulmonar, vena cava superior e inferior, Vena braquiocefálica, Vena yugular interna, vena subclavia, vena iliaca externa y vena femoral común.  
Consideraciones: Un introductor es considerado un catéter intravascular.  
En neonatos la arteria/vena umbilical es considerada gran vaso.  
El sitio de inserción del dispositivo no puede ser usado para considerar un dispositivo como línea central, sino la terminación del mismo en grandes vasos o cerca del corazón.  
Cables de marcapaso y otros dispositivos no luminados insertados en los vasos centrales o en el corazón no son considerados líneas centrales, porque a través de ellos no se administran ni se extraen líquidos.
- **Vía central (CVC):** Un catéter intravascular que termina en el corazón o cerca de él o en uno de los grandes vasos, que se usa para infusión, sacar sangre o control hemodinámico. Los siguientes se consideran grandes vasos para efectos de notificar infecciones y contar los días de vía central: aorta, arteria pulmonar, vena cava superior, vena cava inferior, venas braquiocefálicas, venas yugulares internas, venas subclavias, venas ilíacas externas y venas femorales comunes.
- **Vía central temporal:** El catéter no tunelizado.
- **Vía central permanente:** Incluye catéteres tunelizados, incluidos los de diálisis o catéteres Implantados (incluidos los port-o-cath).
  1. Un introductor no se considera un catéter intravascular.
  2. No puede usarse ni la ubicación del sitio de la inserción ni el tipo de dispositivo para determinar si una vía satisface los requisitos de vía central. El dispositivo debe terminar en uno de los grandes vasos o en el corazón o cerca de él para satisfacer los requisitos de vía central.
  3. Los alambres de marcapasos y otros dispositivos que no tengan lumen insertados en los vasos sanguíneos centrales o el corazón no se consideran vías centrales, porque no se usan para infundir, empujar o retirar líquidos a través de tales dispositivos.



## 1.2. CLASIFICACIÓN TNM PARA CÁNCER DE MAMA

### Sistema de Clasificación del Comité Estadounidense Conjunto sobre el Cáncer (AJCC) Versión 2002.

Las definiciones para la clasificación del tumor primario (T) son las mismas tanto para la clasificación clínica como para la patológica. Si la medida se hace mediante un examen físico, el examinador usará los títulos principales (T1, T2, o T3). Si se usan otras medidas, como las medidas mamográficas o patológicas, se puede usar el subconjunto de T1. Los tumores se deben medir al incremento más cercano a 0,1 cm.

#### Tumor primario (T)

- TX: El tumor primario no puede ser evaluado
- T0: No hay prueba de tumor primario
- Tis: Carcinoma intraductal, carcinoma lobular in situ o enfermedad de Paget del pezón sin infiltración del tejido de mama normal
  - Tis (DCIS): Carcinoma ductal in situ
  - Tis (LCIS): Carcinoma lobular in situ
  - Tis (Paget): Enfermedad de Paget del pezón sin tumor. [Nota: La enfermedad de Paget relacionada con un tumor se clasifica según el tamaño del tumor.]
- T1: Tumor  $\leq 2,0$  cm en su mayor dimensión
  - T1mic: Microinvasión  $\leq 0,1$  cm en su mayor dimensión
  - T1a: Tumor  $>0,1$  cm pero  $\leq 0,5$  cm en su mayor dimensión
  - T1b: Tumor  $>0,5$  cm pero  $\leq 1,0$  cm en su mayor dimensión
  - T1c: Tumor  $>1,0$  cm pero  $\leq 2,0$  cm en su mayor dimensión
- T2: Tumor  $>2,0$  cm pero  $\leq 5,0$  cm en su mayor dimensión
- T3: Tumor mide  $>5,0$  cm en su mayor dimensión
- T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a (a) la pared torácica o (b) la piel, sólo como se describe a continuación.
  - T4a: Extensión a la pared torácica, sin incluir el músculo pectoral
  - T4b: Edema (incluso piel de naranja), o ulceración de la piel del seno o ganglios satélites de la piel limitados al mismo seno
  - T4c: Ambos casos T4a y T4b
  - T4d: Carcinoma inflamatorio

#### Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales (por ejemplo, fueron extraídos previamente)
- N0: No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos
- N1: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsilaterales móviles
- N2: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsilaterales fijos o emparejados, o en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente aparente\* en la ausencia de metástasis de ganglios linfáticos clínicamente evidentes
  - N2a: Metástasis en los ganglios linfáticos axilares ipsilaterales unidos uno con el otro (emparejados) o con otras estructuras
  - N2b: Metástasis solamente en ganglios mamaros internos ipsilaterales clínicamente aparente\* en la ausencia de metástasis de ganglios linfáticos clínicamente evidentes
- N3: Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsilateral(es) con implicación de ganglio linfático axilar o sin este, o en ganglio(s) mamario(s) interno(s) ipsilateral(es) clínicamente aparente\* en la presencia de metástasis de ganglios linfáticos axilares clínicamente evidentes o metástasis en ganglio(s) linfático(s) supraclavicular(es) ipsilateral(es) con implicación de ganglios linfáticos mamaros axilares o internos, o sin ella
  - N3a: Metástasis en ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) ipsilateral(es)
  - N3b: Metástasis en ganglios linfáticos mamaros internos ipsilaterales y ganglios linfáticos axilares
  - N3c: Metástasis en ganglio(s) linfático(s) supraclavicular(es) ipsilateral(es)



### 1.3. AJUSTE DE TASAS

#### Ajuste de tasas por método directo

A la estructura por edad de la población estándar se aplican las tasas específicas por edad de la población estudiada. Así se obtiene el número “esperado” de casos (muertes por cáncer de cuello uterino) en cada grupo de edad, si la composición fuera la misma en ambas poblaciones. La tasa ajustada o “estandarizada” se obtiene dividiendo la sumatoria del total de casos esperados por el total de la población estándar, así:

$$TAE_i = \sum_j \left( \frac{d_{ij}}{n_j} w_j \right) \times 100.000$$

$d_{ij}$  = número de defunciones por la causa  $i$  en cada grupo de edad

$n_j$  = población en cada grupo de edad

$w_j$  = Población estándar en el grupo de edad (según Segi)  $j$ /población estándar en todos los grupos de edad

(DANE, ESTRUCTURA DEL METADATOPARA LOS INDICADORES, JUNIO 2010)

#### Ajuste por Índice de riesgo NHSN cuyos componentes:

-Tiempo operatorio, clase de herida, Escala ASA.

En este índice de riesgo todos los pacientes reciben un punto de 0-3. (3) (4)

Clasificación ASA

Puntuación >3,4,5 1 punto

Clase de herida

Puntuación de la clase de herida  $\geq 3$  1 punto

Tiempo operatorio > p75 para lo esperado 1 punto

### 1.4. CRITERIOS QUE DEFINEN LA POBLACIÓN EN RIESGO EN MALARIA

Son los siguientes:

Poblaciones rurales de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros y para las cuales se cuenta con evidencia histórica de transmisión de malaria.

Poblaciones urbanas o urbano marginales de municipios ubicados por debajo de 1800 metros con evidencia de ocurrencia de casos de malaria urbana.

- Poblaciones urbanas de municipios ubicados por debajo de los 1800 metros con condiciones ambientales de carácter rural o que alta penetración en zona rural por las actividades económicas.



## REFERENCIAS

- 
- <sup>1</sup> Definición planteada en el “Primer on Indicator development”, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- <sup>2</sup> Jan Mainz , “Defining and classifying clinical indicators for quality improvement”, International Journal for Quality in Health Care 2003; Volume 15, Number 6: pp. 523–530
- <sup>3</sup> Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 47, numeral 4
- <sup>4</sup> Brian T. Collopy, Clinical indicators in accreditation, International Journal for Quality in Health Care 2000; Volume 12, Number 3: pp. 211–216
- <sup>5</sup> Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 47, numeral 6
- <sup>6</sup> Ministerio de la Protección Social, Resolución 1446 de 2006, artículo 2°
- <sup>7</sup> Ministerio de la Protección Social, “Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente”, Junio 2008, accesible en [http://www.ocsav.info/ocs\\_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf](http://www.ocsav.info/ocs_contenidos/LINEAMIENTOSSP.pdf)
- <sup>8</sup> Ministerio de la Protección Social, “Guía técnica Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente”, Marzo 2010, accesible en [http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/Gu%C3%A1Da%20BPSP%20Marzo%202010.pdf](http://mps.minproteccionsocial.gov.co/newsogc/comite/User/Library/Folders/Comite8/Gu%C3%A1da%20BPSP%20Marzo%202010.pdf)
- <sup>9</sup> Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 2
- <sup>10</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Estructura del Metadato para los Indicadores, DANE, Junio 2010