

1er Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

SOGC
Sistema Obligatorio de
Garantía de Calidad
en Salud





Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

1^{er.} Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “Incas Colombia 2009”



SOGC
Sistema Obligatorio de
Garantía de Calidad
en Salud

© Ministerio de la Protección Social

1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud. "INCAS Colombia 2009".

ISBN: 978-958-8361-79-6

Bogotá, D.C. Colombia

Diciembre de 2009

Ministerio de la Protección Social

www.minproteccionsocial.gov.co

Dirección: Carrera 13 # 32-76 Bogotá. DC.

PBX: (57-1) 330-5000 Fax: (57-1) 330-5050

Línea gratuita de atención al usuario. Desde Bogotá: (57-1) 330-5000 ext. 3380/81

Desde otras ciudades del país: 018000-910097

Correo electrónico de atención al ciudadano: atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Dirección General de Calidad de Servicios

Diego Palacio Betancourt

Ministro de la Protección Social

Clara Alexandra Méndez Cubillos

Secretaria General

Carlos Ignacio Cuervo Valencia

Viceministro de Salud y Bienestar

Carlos Jorge Rodríguez Restrepo

Viceministro Técnico

Luis Fernando Correa

Director General de Calidad de Servicios (E)

Grupo de Calidad de Servicios

Maritza Roa Gómez

Coordinadora

Sandra Eugenia Gallegos Mejía

Álvaro Muñoz Escobar

Interventoría

Cooperación Técnica no Reembolsable ATN/JF/9876-CO.

Programa de Reorganización Rediseño y
Modernización de las Redes de Prestación
de Servicios de Salud



**1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud.
“Incas Colombia 2009”.**



Universidad de
La Sabana

Dirección del proyecto

Alexandra Porras Ramírez - Carlos Humberto Arango Bautista

Equipo técnico

Carlos Humberto Arango Bautista

Parte I: Marco conceptual y metodológico del informe.

Alexandra Porras Ramírez, Carlos Humberto Arango Bautista, Diana Rocio Chávez Bejarano

Parte II: Desarrollo del informe.

Joaquín Ricardo Acosta Medina

Coordinador académico.

Martín Emilio Romero Prada

Coordinador operativo.

Juan Pablo Albanés, Ángela Chocontá

Consultores.

Expertos asesores del Ministerio de la Protección Social

Francisco Raúl Restrepo

Sandra Inés Rozo Bolaños

Enriqueta Cueto Vigil

Consultores.

Corrección de estilo

Edison Torres

Diseño, diagramación e impresión

Buenos & Creativos S.A.S.

Marcela Robles

Wilmar Carreño

*“La buena salud es el cimiento sobre el cual se construye el progreso social.
Una nación de personas sanas puede hacer esas cosas que hacen que la vida valga la pena,
y como el nivel de salud aumenta también lo hace el potencial de felicidad”.*

M. Lalonde, 1974

Contenido

| | |
|--|-----------|
| PRESENTACIÓN | |
| INFORMACIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA | 16 |
| INTRODUCCIÓN | |
| GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD BASADA EN HECHOS Y DATOS..... | 18 |
| SÍNTESIS DE RESULTADOS | |
| PANORAMA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN COLOMBIA | 24 |

Parte I. Metodología del informe

| | |
|---|------------|
| CAPÍTULO 1 | |
| REVISIÓN INTERNACIONAL DE INFORMES NACIONALES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD | 37 |
| 1.1 Fase 1. Preliminar | 38 |
| 1.2 Fase 2. Estrategia de la búsqueda..... | 39 |
| 1.3 Fase 3. Selección e identificación | 46 |
| CAPÍTULO 2 | |
| MARCO CONCEPTUAL DEL INFORME NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD..... | 59 |
| 2.1 La calidad de la atención como determinante de salud de las poblaciones | 61 |
| 2.2 La prestación de servicios en los sistemas de salud y calidad de la atención..... | 64 |
| 2.3 La calidad en la prestación de servicios de los sistemas de salud..... | 75 |
| 2.4 La calidad de la atención en salud desde la óptica del paciente..... | 93 |
| CAPÍTULO 3 | |
| DISEÑO METODOLÓGICO DEL INFORME NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD... .. | 111 |
| 3.1 Etapa I. Definición del conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud ... | 114 |
| 3.2 Etapa II. Definición de indicadores que conformarán INCAS Colombia 2009 | 128 |
| 3.3 Etapa III. Elaboración del INCAS Colombia 2009..... | 137 |
| 3.4 Mecanismos para consolidación y desarrollo del INCAS..... | 139 |
| LISTA DE REFERENCIAS | 141 |

Parte II. Resultados del informe

| | |
|--|------------|
| CAPÍTULO 4 | |
| INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD..... | 149 |
| CAPÍTULO 5 | |
| INDICADORES DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE..... | 255 |
| CAPÍTULO 6 | |
| INDICADORES DE EXPERIENCIA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE -BASADOS EN MEDICIONES OBJETIVAS | 285 |
| CAPÍTULO 7 | |
| INDICADORES DE EXPERIENCIA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE –BASADOS EN MEDICIONES DE PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS..... | 319 |

Índice de tablas (Parte I)

| | | |
|-----------|---|-----|
| Tabla 1. | Síntesis de los hallazgos búsqueda inicial en bases de datos..... | 40 |
| Tabla 2. | Distribución de documentos excluidos por países | 40 |
| Tabla 3. | Selección de países según índice global de desempeño de los sistemas de salud, ranking OMS 2000..... | 41 |
| Tabla 4. | Perfil socioeconómico y demográfico del conjunto de países seleccionados comparados con Colombia..... | 42 |
| Tabla 5. | Distribución de documentos excluidos..... | 43 |
| Tabla 6. | Informes nacionales de calidad en salud identificados | 44 |
| Tabla 7. | Lista de informes nacionales de calidad identificados (Matriz básica de identificación) | 46 |
| Tabla 8. | Matriz extendida de los atributos de cada informe nacional de calidad identificado..... | 48 |
| Tabla 9. | National Health Quality Report (NHQR) – Estados Unidos..... | 49 |
| Tabla 10. | National Healthcare Disparities Report – Estados Unidos..... | 49 |
| Tabla 11. | The State of Health Care Quality – Estados Unidos..... | 50 |
| Tabla 12. | Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia | 50 |
| Tabla 13. | Health Indicators 2009 – Canadá..... | 51 |
| Tabla 14. | Indicadores nacionales de calidad de la atención en salud – Suecia..... | 51 |
| Tabla 15. | Proyecto Nacional de Indicadores (NIP) – Dinamarca | 52 |
| Tabla 16. | Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud 2007 (INCLASNS) – España..... | 53 |
| Tabla 17. | Primer reporte ministerial. Comité para el mejoramiento de la calidad – Nueva Zelanda .. | 53 |
| Tabla 18. | Indicadores de calidad de atención en salud comunitaria – Israel..... | 54 |
| Tabla 19. | The Annual Health Check – State of Health Care – Reino Unido | 54 |
| Tabla 20. | Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators – OCDE..... | 55 |
| Tabla 21. | Atributos de la calidad en la legislación colombiana..... | 84 |
| Tabla 22. | Cualidades contenidas dentro del atributo de efectividad | 86 |
| Tabla 23. | Atributos de la calidad relacionados con la experiencia de atención del paciente..... | 87 |
| Tabla 24. | Atributos de la calidad de la atención en salud, Pecosuss 2006 y 2008..... | 97 |
| Tabla 25. | Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como “calidad de la atención en salud” (I) | 104 |
| Tabla 26. | Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como “calidad de la atención en salud” (II)..... | 106 |
| Tabla 27. | Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como “calidad de la atención en salud” (III) | 108 |
| Tabla 28. | Etapas y pasos de la metodología para elaboración de INCAS Colombia 2009 | 112 |
| Tabla 29. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 (I) | 115 |
| Tabla 30. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 (II)..... | 116 |
| Tabla 31. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 (III) | 117 |
| Tabla 32. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 Indicadores de efectividad de la atención en salud (EF) | 118 |
| Tabla 33. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 | 122 |
| | Indicadores de seguridad de la atención del paciente (SG)..... | 122 |
| Tabla 34. | Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009 Indicadores de experiencia de atención del usuario (EXP)..... | 125 |
| Tabla 35. | Resumen del conjunto de indicadores identificados para medir la calidad de la atención en salud en Colombia | 129 |
| Tabla 36. | Fuentes de información identificadas para INCAS. Colombia 2009..... | 129 |
| Tabla 37. | Fuentes de información para los datos de comparación internacional de los indicadores de calidad de la atención en salud para Colombia | 130 |
| Tabla 38. | Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009 (EF)..... | 132 |
| Tabla 39. | Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009 (SG)..... | 133 |
| Tabla 40. | Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009 (EXP) | 134 |
| Tabla 41. | Nota técnica básica de cada indicador | 138 |

Índice de tablas (Parte II)

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tabla 1. | Número de casos reportados de enfermedades inmunoprevenibles 2008 | 201 |
| Tabla 2. | Datos estrategia reducción de la transmisión perinatal del VIH. 2003-2008 | 204 |
| Tabla 4. | Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN, III nivel de complejidad, Bogotá 2007 | 257 |
| Tabla 5. | Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN, II nivel de complejidad, Bogotá 2007 | 257 |
| Tabla 6. | Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central venoso según INICC..... | 258 |
| Tabla 7. | Distribución promedio y por percentiles de la tasa de neumonía asociada a ventilador, por 1000 días ventilador, en las UCIs de las UN, III nivel de complejidad, Bogotá, 2007 | 260 |
| Tabla 8. | Neumonía Asociada a ventilador en el INICC | 261 |
| Tabla 9. | Componentes proporción de infección sitio operatorio superficial..... | 263 |
| Tabla 10. | Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN de tercer nivel de complejidad, Bogotá 2007 | 266 |
| Tabla 11. | Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN de II nivel de complejidad, Bogotá .2007 | 266 |
| Tabla 12. | Infección del tracto urinario asociada a catéter datos según INICC | 267 |
| Tabla 13. | Índice global de Infección Intrahospitalaria 2006II – 2009I..... | 272 |
| Tabla 14. | Comparativo Infecciones Nosocomiales países miembros de INICC 2002-2005..... | 276 |
| Tabla 15. | Comparativo tasas de infecciones nosocomiales y duración de la estancia hospitalaria en países miembros de INICC..... | 277 |
| Tabla 16. | Proporción de Vigilancia de eventos Adversos. Períodos 2006II-2009I..... | 280 |
| Tabla 17. | Prevalencia de pacientes con EA | 282 |
| Tabla 18. | Perfil comparativo de los eventos adversos: comportamiento global de los hospitales de los cinco países participantes en el estudio y comportamiento global de los hospitales de Colombia..... | 283 |
| Tabla 19. | Eficiencia en la detección de los eventos adversos..... | 284 |
| Tabla 20. | Resumen del indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general Reporte de la IPS. 2006II-2009I..... | 288 |
| Tabla 21. | Resumen Indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I..... | 289 |
| Tabla 22. | Resumen del indicador oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada. Reporte de la IPS. Periodos 2006II- 2009I..... | 290 |
| Tabla 23. | Resumen indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 291 |
| Tabla 24. | Resumen del indicador proporción de cancelación de cirugía programada. Períodos 2006I-2009II..... | 293 |
| Tabla 25. | Resumen del indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la IPS. Periodos 2006II-2009I | 295 |
| Tabla 26. | Resumen del indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 296 |
| Tabla 27. | Resumen del Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la IPS. Períodos 2006-II-2009-I..... | 298 |
| Tabla 28. | Resumen del Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la EAPB. Períodos 2006-II-2009-I | 299 |
| Tabla 29. | Resumen del indicador oportunidad de atención en consulta de urgencias. Períodos 2006II-2009I..... | 302 |
| Tabla 30. | Resumen del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I | 304 |

| | |
|--|-----|
| Tabla 31. Resumen del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología general. Reporte de la EAPB Períodos 2006II-2009I | 305 |
| Tabla 32. Resumen del indicador oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I..... | 307 |
| Tabla 33. Resumen del indicador oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS. Períodos 2006II-2009I | 309 |
| Tabla 34. Calificaciones en componente de libre escogencia según variables | 311 |
| Tabla 35. Elección de institución para atención de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado | 311 |
| Tabla 36. Libertad para escoger médico general..... | 313 |
| Tabla 37. Libertad para escoger médico especialista..... | 313 |
| Tabla 38. Libertad para escoger odontólogo..... | 313 |
| Tabla 39. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según régimen de afiliación declarado | 314 |
| Tabla 40. Elección del profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado | 314 |
| Tabla 41. Resumen del indicador número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S. Períodos 2006II-2009I..... | 315 |
| Tabla 42. Resumen del indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días Períodos 2006II-2009I..... | 316 |
| Tabla 43. Resumen del indicador tasa global de traslados desde la EAPB. Períodos 2006II-2009I..... | 318 |
| Tabla 44. Calificaciones en el componente de oportunidad según variables | 325 |
| Tabla 45. Calificaciones en el componente de acceso a los servicios según variables..... | 328 |
| Tabla 46. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de eventos de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado..... | 338 |
| Tabla 47. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de hospitalización o urgencias (%) según régimen de afiliación declarado..... | 338 |
| Tabla 48. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado..... | 338 |
| Tabla 49. Usuarios de consulta externa (%) que autorizaron la realización de un procedimiento según régimen de afiliación declarado | 350 |
| Tabla 50. Autorización de procedimiento por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado | 350 |
| Tabla 51. Información sobre el tratamiento a realizar en eventos de hospitalización y urgencias (%) según naturaleza jurídica de la IPS..... | 350 |
| Tabla 52. Resumen indicador tasa de satisfacción global captada por la EAPB. Períodos 2006II-2009I. | 356 |
| Tabla 53. Resumen indicador tasa de satisfacción global captada por la IPS. Períodos 2006II-2009I.. | 356 |
| Tabla 54. Índice de satisfacción de usuarios de salud según componentes | 357 |
| Tabla 55. Calificaciones en el componente de percepción según variables..... | 362 |
| Tabla 56. Motivo de no consulta (%), según régimen 2007..... | 367 |

Índice de gráficos

| | | |
|-------------|---|-----|
| Gráfico 1. | Cobertura control prenatal y edad gestacional primera visita. 1990-2005..... | 152 |
| Gráfico 2. | Porcentaje de mujeres en embarazo que recibieron control prenatal y personal que lo atendió. 1990-2005..... | 152 |
| Gráfico 3. | Cobertura de atención prenatal (%) en varios años y diversos países..... | 153 |
| Gráfico 4. | Proporción de bajo peso al nacer x 100 nacidos vivos 2000-2007..... | 155 |
| Gráfico 5. | Distribución porcentual según estimación del peso al nacer por parte de la madre, según características seleccionadas. Colombia 1990-2005 | 155 |
| Gráfico 6. | Recién nacidos con bajo peso al nacer x 100 NV en varios paísesdel mundo en diferentes años.. | 156 |
| Gráfico 7. | Lugar de ocurrencia del parto. 1990-2005 | 158 |
| Gráfico 8. | Tipo de asistencia durante el parto. 1990-2005..... | 158 |
| Gráfico 9. | Proporción de partos atendidos en instituciones de salud 2000-2008 | 159 |
| Gráfico 10. | Partos institucionales (porcentaje) 2000-2006 en diversos países..... | 160 |
| Gráfico 11. | Proporción de nacimientos por cesárea según ENDS 1990-2005 | 162 |
| Gráfico 12. | Proporción de nacimientos por cesárea 1999-2008 | 162 |
| Gráfico 13. | Proporción de partos por cesárea en varios países del mundo en años diversos | 163 |
| Gráfico 14. | Duración de la lactancia materna en meses. 1995-2005 | 167 |
| Gráfico 15. | Situación de la lactancia materna 2005..... | 167 |
| Gráfico 16. | Alimentación del lactante exclusivamente alimentados con leche materna (%) en varios países del mundo en años diversos | 168 |
| Gráfico 17. | Alimentación del lactante con leche materna y con alimentación complementaria (%) en varios países del mundo en años diversos | 168 |
| Gráfico 18. | Mortalidad por IRA en menores de cinco años, 1996-2006 (tasa por 100 mil menores de 5 años)..... | 170 |
| Gráfico 19. | Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en países diversos (%) 2000 | 171 |
| Gráfico 20. | Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años. 2000-2007 | 173 |
| Gráfico 21. | Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de cinco años en países diversos (%) Año 2000 | 174 |
| Gráfico 22. | Razón de Mortalidad Materna Colombia. 1990-1997 y 1998-2007 | 176 |
| Gráfico 23. | Causas mortalidad materna 2007 Colombia..... | 177 |
| Gráfico 24. | Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países. 2005..... | 178 |
| Gráfico 25. | Razón de mortalidad perinatal (RMP) por 1000 NV y número de muertes fetales tardías, neonatal temprana y perinatal total en Colombia entre los años 1992 y 2007 | 180 |
| Gráfico 26. | Mortalidad perinatal 2000 y 2005 | 181 |
| Gráfico 27. | Razón de mortalidad perinatal en América Latina y el Caribe.2003 | 182 |
| Gráfico 28. | Razón de mortalidad perinatal en América Latina (x1000 NV) 2003 | 182 |
| Gráfico 29. | Mortalidad Infantil Colombia – Tasa x 100 NV 1990-1997 y 1998-2007 | 184 |
| Gráfico 30. | Diferencial de mortalidad infantil y en la infancia 1985 – 2005 | 184 |
| Gráfico 31. | Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) en países diversos. 2006..... | 186 |
| Gráfico 32. | Coberturas de vacunación por Biológico en Colombia, 1998 a 2008 | 188 |
| Gráfico 33. | Coberturas de vacunación por biológico – BCG (%) en varios países. Año 2008..... | 189 |
| Gráfico 34. | Coberturas de vacunación por biológico – DPT3 (%) en varios países. Año 2008..... | 189 |
| Gráfico 35. | Coberturas de vacunación por biológico – HepB3 (%) en varios países. Año 2008..... | 190 |
| Gráfico 36. | Coberturas de vacunación por biológico – Hib3 (%)en varios países. Año 2008..... | 190 |
| Gráfico 37. | Coberturas de vacunación por biológico – MCV (Measles-containing vaccine) - (%) en varios países. Año 2008 | 191 |
| Gráfico 38. | Coberturas de vacunación por biológico – Pol3 - (%) en varios países. Año 2008..... | 191 |
| Gráfico 39. | Tasa de incidencia de rubeola según grupos de edad, Colombia, 1998 – 2003..... | 194 |
| Gráfico 40. | Casos Confirmados de Polio vs. Coberturas de Vacunación. Colombia 1986-2004..... | 194 |
| Gráfico 41. | Coberturas de vacunación con sarampión vs. tasas de incidencia de sarampión. Colombia. 1970 –2005. Tasas x 100 mil Hab..... | 195 |

| | | |
|-------------|--|-----|
| Gráfico 42. | Incidencia de Tétanos Neonatal, Colombia 1990-2004. Tasas por 1000 NV | 196 |
| Gráfico 43. | Casos de hepatitis B, Colombia. 2000-2005 | 198 |
| Gráfico 44. | Incidencia de parotiditis (tasa x 100 mil Hab) y coberturas de triple viral, Colombia 1991-2002..... | 199 |
| Gráfico 45 | Reporte mundial de casos y cobertura de vacunas de algunas enfermedades inmunoprevenibles 1980-2008 | 202 |
| Gráfico 46. | Número estimado de mujeres de más de 15 años, que viven con VIH, en varios países 2005 (en miles) | 204 |
| Gráfico 47. | Prevalencia de VIH/Sida en Colombia 1988-2003 | 207 |
| Gráfico 48. | Estimación del % de prevalencia de VIH en adultos (15-49 años). 1990-2007 | 207 |
| Gráfico 49. | Porcentaje de prevalencia del VIH en adultos (15-49 años), en varios países. 2007..... | 208 |
| Gráfico 50. | Razones de incidencia de sífilis congénita y gestacional en Colombia, años 2000-2008... 210 | |
| Gráfico 51. | Razón de incidencia de sífilis congénita (x 1000 nv) y porcentaje de prevalencia de sífilis gestacional (%). 2000-2003 en varios países de la Región | 211 |
| Gráfico 52. | Porcentaje de casos de tuberculosis evaluados y de tratamiento exitoso, Colombia 1999-2005. 213 | |
| Gráfico 53. | Análisis de resultados del tratamiento de la cohorte TB pulmonar, Bk positivo, Colombia 2000-2007..... | 213 |
| Gráfico 54. | Porcentaje de éxito del tratamiento de la tuberculosis bajo DOTS, diversos países. Año 2006 .. 214 | |
| Gráfico 55. | Incidencia de tuberculosis en Colombia. 1970 – 2005 | 216 |
| Gráfico 56. | Incidencia de la tuberculosis (por 100 000 habitantes) en diversos países. Año 2007..... | 217 |
| Gráfico 57. | Sintomáticos respiratorios (SR) e incidencia TB pulmonar positiva, Colombia. 1986 – 2008 .. 218 | |
| Gráfico 58. | Distribución de los porcentajes de positividad de la baciloscopias para Colombia.1993-2005. 219 | |
| Gráfico 59. | Tasa de detección de nuevos casos con baciloscopia positiva (%) en varios países. 2008..... | 220 |
| Gráfico 60. | Tendencia Proporción de Hipertensión arterial Controlada, períodos 2006-II-2009-I | 222 |
| Gráfico 61. | Tasa de mortalidad hipertensiva total y según género, 1990-2005 | 224 |
| Gráfico 62. | Número de muertes por enfermedad hipertensiva en el mundo. Año 2004..... | 225 |
| Gráfico 63. | Tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus. Colombia 1986-2005..... | 227 |
| Gráfico 64. | Estadísticas de mortalidad por diabetes mellitus no especificada en varios países. 2004. 228 | |
| Gráfico 65. | Prevalencia de sobrepeso en Colombia 2005..... | 230 |
| Gráfico 66. | Prevalencia de sobrepeso en Colombia 2005..... | 230 |
| Gráfico 67. | Prevalencia de sobrepeso entre adultos (18-69 años), por regiones del país. 2007 | 230 |
| Gráfico 68. | Adultos con sobrepeso IMC (> = 25,0) en el varios países del mundo..... | 231 |
| Gráfico 69. | Mortalidad por Cáncer gástrico Colombia 1998-2007..... | 234 |
| Gráfico 70. | Tasa de mortalidad por cáncer de estómago por sexo, en varios años y diversos países... 235 | |
| Gráfico 71. | Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón Colombia por sexo, 1998-2007 | 236 |
| Gráfico 72. | Tasa de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (C33-C34) según sexo, diferentes años (ultimo reporte) y diversos países. | 238 |
| Gráfico 73. | Tendencia del Indicador Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino..... | 241 |
| Gráfico 74. | Frecuencia con la que se realiza la citología vaginal mujeres de 18 a 69 años. 2005 | 241 |
| Gráfico 75. | Porcentaje de mujeres a quienes les han realizado citología vaginal, diversos países. 2003. 243 | |
| Gráfico 76. | Comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia, año 1998 a 2007 | 245 |
| Gráfico 77. | Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el mundo en varios años y diversos países..... | 246 |
| Gráfico 78. | Comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de seno en Colombia, 1998 a 2007.... | 248 |
| Gráfico 79. | Tasa de mortalidad por cáncer de mama en varios años y diversos países del mundo..... | 249 |
| Gráfico 80. | Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados. 2006II-2009I | 251 |
| Gráfico 81. | Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, IPS períodos 2006II-2009I | 253 |
| Gráfico 82. | Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, por tamaño de IPS períodos 2006II-2009I | 253 |
| Gráfico 83. | Infección del torrente sanguíneo asociado a CVC comparativo internacional miembros de INICC. 2002 – 2005..... | 258 |

| | |
|--|-----|
| Gráfico 84. Neumonía asociada a ventilador comparativo internacional miembros de INICC. | 261 |
| Gráfico 85. Infección Urinaria asociada a catéter comparativo internacional países miembros de INICC. 2002-2005..... | 267 |
| Gráfico 86. Proporción de endometritis, Bogotá D.C 2007 | 269 |
| Gráfico 87. Tendencia del Indicador Índice Global de Infección Intrahospitalaria. Períodos 2006II-2009I | 272 |
| Gráfico 88. IIH según diagnósticos, Bogotá D.C 2007 | 273 |
| Gráfico 89. Tendencia Indicador Proporción de vigilancia de eventos Adversos. Períodos 2006II-2009I | 280 |
| Gráfico 90. Prevalencia de Eventos Adversos | 282 |
| Gráfico 91. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica general, reportada por la IPS. Períodos 2006II-2009I | 288 |
| Gráfico 92. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica general, reportada por la EAPB. Períodos 2006II-2009I..... | 289 |
| Gráfico 93. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en la consulta médica especializada. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I | 290 |
| Gráfico 94. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica especializada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 291 |
| Gráfico 95. Tendencia del indicador proporción de cancelación de cirugía programada. Períodos 2006I-2009II | 293 |
| Gráfico 96. Tendencia indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I..... | 295 |
| Gráfico 97. Tendencia Indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II- 2009I | 296 |
| Gráfico 98. Tendencia Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I..... | 298 |
| Gráfico 99. Tendencia Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 299 |
| Gráfico 100. Tendencia del indicador oportunidad de atención en consulta de urgencias. Períodos 2006II-2009I | 302 |
| Gráfico 101. Tendencia del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I..... | 304 |
| Gráfico 102. Tendencia del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología general. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 305 |
| Gráfico 103. Tendencia del indicador oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 307 |
| Gráfico 104. Tendencia del indicador oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS. Períodos 2006II-2009I..... | 309 |
| Gráfico 105. Tendencia del indicador número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S | 315 |
| Gráfico 106. Tendencia indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Períodos 2006II-2009I | 316 |
| Gráfico 107. Tendencia del indicador tasa global de traslados desde la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 318 |
| Gráfico 108. Tiempo de espera para ser atendido. | 323 |
| Gráfico 109. Percepción del tiempo de espera por los usuarios para ser atendidos en la IPS. | 324 |
| Gráfico 110. Percepción del trámite realizado por los usuarios para ser atendidos en la IPS. | 328 |
| Gráfico 111. Percepción del pago realizado por los usuarios para ser atendidos en la IPS | 331 |
| Gráfico 112. Percepción del trato recibido por el personal asistencial..... | 334 |
| Gráfico 113. Percepción del trato recibido por el personal administrativo. | 335 |
| Gráfico 114. Percepción de los usuarios respecto a las respuestas del personal a sus preguntas e inquietudes. | 337 |
| Gráfico 115. Percepción de la orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de salud en casa..... | 340 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico 116. Percepción de los usuarios respecto al aseo de la institución. | 343 |
| Gráfico 117. Percepción del estado de la planta física. | 345 |
| Gráfico 118. Percepción de la dotación física de la institución | 346 |
| Gráfico 119. Percepción de la solución dada a la necesidad de salud en la institución | 352 |
| Gráfico 120. Percepción de la capacidad de los profesionales de la IPS para solucionar los problemas de salud de los usuarios | 353 |
| Gráfico 121. Tendencia indicador tasa de satisfacción global captada por la EAPB. Períodos 2006II-2009I | 356 |
| Gráfico 122. Tendencia Indicador tasa de satisfacción global captada por la IPS. Períodos 2006II-2009I | 357 |
| Gráfico 123. Percepción grado de satisfacción con el servicio recibido | 358 |
| Gráfico 124. Percepción de la calidad del servicio recibido | 361 |
| Gráfico 125. Percepción de la calidad de la atención recibida según ENDS 2000 | 363 |
| Gráfico 126. Razones de no uso de servicios médicos. Según ENDS 2000 -2005..... | 366 |

Índice de ilustraciones

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Resumen de los resultados, en cada paso de la fase de búsqueda | 45 |
| Ilustración 2. Secuencia de conceptos para definir las mediciones de la calidad en salud en Colombia.... | 60 |
| Ilustración 3. Campo de fuerzas de la salud. Blum, 1981 | 62 |
| Ilustración 4. Modelo epidemiológico de Dever, 1976..... | 62 |
| Ilustración 5. Marco conceptual de los determinantes de salud de las poblaciones y sus vínculos | 63 |
| Ilustración 6. Relaciones entre funciones y objetivos de los sistemas de salud, OMS..... | 65 |
| Ilustración 7. Sistema de salud en Colombia según el “pluralismo estructurado” | 66 |
| Ilustración 8. Relación entre funciones de los sistemas de salud y el modelo de operación de competencia regulada..... | 68 |
| Ilustración 9. Atributos fundamentales de los servicios que ofrecen los sistemas de salud..... | 70 |
| Ilustración 10. Atributos extrínsecos e intrínsecos de la calidad de los servicios de los sistemas de salud .. | 72 |
| Ilustración 11. Relaciones entre los fines y los atributos de los sistemas de salud | 73 |
| Ilustración 12. Relaciones entre las finalidades de un sistema de salud, los atributos extrínsecos e intrínsecos de la calidad de provisión de servicios de salud | 74 |
| Ilustración 13. Modelo de relaciones de balance en los procesos de atención en salud | 77 |
| Ilustración 14. Procesos de atención en salud y dimensiones de la calidad..... | 78 |
| Ilustración 15. Intereses personales sobre la calidad de la atención en salud, en un modelo de necesidades vs. Satisfactores | 80 |
| Ilustración 16. Matriz de componentes de la calidad de la atención en salud y perspectiva de calidad de los consumidores..... | 81 |
| Ilustración 17. Marco conceptual propuesto proyecto indicadores de calidad de la atención OCDE... 83 | |
| Ilustración 18. Procesos de producción en los sistemas de salud e identificación de sus atributos intrínsecos de tipo técnico y funcional | 85 |
| Ilustración 19. Mentefacto del concepto: Calidad en la prestación de servicios de atención en salud.. | 90 |
| Ilustración 20. Evaluación de la calidad de la atención en salud..... | 92 |
| Ilustración 21. Lugar de la evaluación en los procesos de producción de servicios de atención en salud | 93 |
| Ilustración 22. Encuestas percepción de calidad en el SGSSS..... | 96 |
| Ilustración 23. Mapa conceptual para medir la calidad de los servicios de salud percibida por los usuarios | 98 |
| Ilustración 24. Mapa conceptual para medir la calidad de los servicios de salud percibida por los usuarios (continuación)..... | 99 |
| Ilustración 25. Identificación de determinantes de las expectativas de los usuarios | 100 |
| Ilustración 26. Identificación de determinantes de las expectativas de los proveedores | 101 |
| Ilustración 27. Mapa conceptual percepción calidad en salud y el modelo SERVQUAL de discrepancias .. | 102 |
| Ilustración 28. Flujograma de la metodología empleada | 113 |

Lista de acrónimos

| | |
|-------|--|
| SGSSS | Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| SOGC | Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. |
| MPS | Ministerio de la Protección Social. |
| SNS | Superintendencia Nacional de Salud. |
| EAPB | Entidades administradoras de planes de beneficios. |
| EPS | Empresa Promotora de Salud. |
| IPS | Institución Prestadora de Servicios. |
| POS | Plan Obligatorio de Salud. |
| UPC | Unidad de pago por capitación. |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| WHO | World Health Organization |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| PAHO | Pan American Health Organization |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OECD | Organization for Economic Cooperation and Development |
| AHRQ | Agencia de Investigación en Atención en Salud y Calidad Agency of Healthcare Research and Quality |
| DANE | Departamento Nacional de Estadística |
| CMS | Centers of Medicare and Medicaid Services |

Presentación

Información para mejorar la calidad de la atención en salud en Colombia

En el marco de los lineamientos definidos en la política nacional de prestación de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social ha venido implementando y desarrollando en los últimos años un conjunto intenso de acciones para poner en marcha, consolidar y legitimar los componentes básicos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud – SOGC, que incluye el Sistema de Información para la Calidad.

Con el objeto de generar los mecanismos que permitan a los colombianos disponer de la información y el conocimiento necesarios para que cada vez más personas puedan ejercer sus opciones de libre elección de EAPB y/o IPS en el SGSSS en razón de sus necesidades y expectativas de atención y de poder hacer uso con mayor plenitud tanto los derechos que le otorga el sistema así como el cumplimiento de sus deberes, el Ministerio de la Protección Social ha venido adelantando acciones para diseñar y poner en funcionamiento el Sistema de Información para la Calidad. La información que se genere y divulgue en este marco, deberá permitir que las EAPB e IPS puedan desarrollar su capacidad competitiva basada en prestigio por calidad, a partir de ejercicios de referenciación y que sea posible monitorear y evaluar los resultados en calidad de la atención en salud provista por las agencias del sistema.

Estas acciones contemplan la elaboración, difusión y publicación periódica de resultados de la calidad de la atención en salud, mediante la determinación de diferentes estrategias: “los indicadores del nivel de monitoria del sistema, el análisis del comportamiento de los indicadores, el Informe Nacional de Calidad, el ordenamiento de IPS y EAPB basados en criterios de calidad y el Observatorio de calidad”.

En este contexto, se desarrolla entonces el primer INFORME NACIONAL DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD para Colombia “INCAS Colombia 2009” –y el primero en América Latina–, que deberá convertirse en el instrumento que permitirá la realización de una valoración de la situación de la calidad de los servicios de salud en el país, a través de la identificación y selección de un conjunto de mediciones de fuentes secundarias consideradas de la mayor validez y confiabilidad, de los atributos propios de la calidad de los servicios y que de manera periódica den cuenta del grado de logro de las metas del SGSSS y de los efectos que sobre la calidad ha tenido el despliegue del SOGC.

El Informe Nacional de Calidad deberá permitir a los ciudadanos y a los diversos actores del sistema de salud, tener una visión de conjunto y hacer una valoración integral del grado en el que el sistema de salud va evolucionando en el mejoramiento continuo de la calidad con la que se proveen los servicios de salud en Colombia, constituyéndose en herramienta de primer orden para monitorear el comportamiento y grado de avance de nuestras metas en materia de efectividad, seguridad y experiencia de atención en salud de los colombianos.

Este primer informe define el grupo de mediciones que se deben seguir obteniendo de forma periódica en informes posteriores, por medio de un paquete consistente de indicadores, que deberá actualizarse en la misma forma en la que haya otras medidas disponibles y se ofrezcan nuevos datos. Hacia el futuro se constituye en un reto continuar con el proceso de desarrollo y madurez de las mediciones

y en lograr que los diferentes actores del SGSSS concurren en su desarrollo y retroalimentación, en razón de su compromiso con la salud de las personas.

Por último, conviene destacar la importancia de este tipo de informes en el momento actual de desarrollo y dinámica del SOGC y del mismo SGSSS, como una herramienta que incentive el control y mejoramiento en el desempeño de los actores del sistema y como guía para definir políticas y cursos de acción y de manera especial, para promover conductas en beneficio del usuario y en forma general de la salud de los colombianos.

Diego Palacio Betancourt

Ministro de la Protección Social

Introducción

Gestión de calidad en salud basada en hechos y datos

El SGSSS incorporó la CALIDAD como principio fundamental del servicio público de la salud. Siempre ha sido claro que ningún sistema de salud lograría alcanzar sus aspiraciones en el mejoramiento del estado de salud de la población, sin que haya una intención deliberada para garantizar que todas las personas puedan ACCEDER a la atención en salud, no sólo en las condiciones de EQUIDAD tan deseadas, sino también haciendo que los servicios que se provean satisfagan las expectativas de CALIDAD que esperan recibir las personas.

Lo que ‘espera la gente’ del sistema de salud, no es sólo recuperar la salud o recibir apoyo ante una necesidad de atención o que el sistema sea capaz de brindarle protección financiera frente a una enfermedad o discapacidad, sino también que el sistema le pueda ofrecer una atención ‘de calidad’; es decir, que logre utilizar los servicios cuando los necesitan de manera oportuna a dicha necesidad, que la atención sea rápida, que el sistema le permita acceder al conjunto de atenciones que debe recibir, incluidas las atenciones para cuidar y mejorar la salud aun cuando no esté enfermo, que el dinero no sea un factor que impida la provisión, que sea tratado con respeto y amabilidad, en unas instalaciones y tecnologías apropiadas, con personas con vocación de servicio, que se le brinde información apropiada al paciente y a su familia y que la atención que reciba sea segura, es decir, que pueda confiar en que los procedimientos o los medicamentos por ejemplo no le van a ocasionar daño adicional.

Sin embargo, este conjunto de aspiraciones se convierten en todo un desafío para el sistema de salud de cualquier

país del mundo en la actualidad. Cumplirlas a cabalidad se torna en un reto de mejora continua sin tregua, que involucra a todos los actores del sistema, incluidos de manera central los ciudadanos y los usuarios del mismo. Dentro de las restricciones presupuestarias, los países conforman sistemas de salud con los arreglos institucionales que consideran más apropiados para lograr estos propósitos, alcanzando legitimidad social. Sin embargo y sin lugar a dudas, todos enfrentan dificultades para conseguirlo. En Colombia, a pesar de los grandes avances del sistema, no es difícil advertirlo en las manifestaciones de disconformidad: por el trato que reciben los ciudadanos en algunas entidades, por las restricciones al acceso de algunas personas, por la falta de oportunidad en la recepción de los servicios, o por las reclamaciones debidas a las discrepancias entre los requerimientos individuales y la capacidad del SGSSS para financiarlos, entre otros.

Al reconocer esta necesidad, Colombia decide en 1996 iniciar la realización de los estudios necesarios para formular el diseño de un sistema de calidad en salud, a través del programa de apoyo a la reforma, que condujeron a la proposición de un conjunto de acciones integradas para mejorar la calidad de la atención en salud en el país y que concluye con la aparición de un “sistema obligatorio de garantía de la calidad – SOGC” través de un acto legislativo: Ley 715 de 2001.

En el 2002, el SOGC inicia una fase de implementación, que se ha venido validando y refinando de forma continua y cuyos resultados de impacto sobre la salud de los colombianos, deberán observarse en el mediano y largo plazo.

Por ello, es imperativo que durante este periodo de puesta en marcha, se estén implementando sistemas de medición de la calidad de la atención que permitan monitorear su comportamiento y realizar evaluaciones sistemáticas de sus efectos.

Lograr el mayor nivel posible de satisfacción en las expectativas de atención en salud de los colombianos, en condiciones de efectividad técnica y seguridad de los servicios provistos, dentro de un SGSSS socialmente legítimo, que garantice el acceso equitativo a las atenciones en salud en un marco de eficiencia, es la definición del concepto de CALIDAD de la atención en salud que se habría de medir en este informe.

Garantizar que sea posible lograr un nivel de calidad óptimo en las atenciones que brinda el SGSSS, depende de manera fundamental de la forma como podamos controlar dicha calidad, a través de su medición y valoración, lo que se traduce en los mecanismos a través de los cuales se logra tener la información que da cuenta de su situación, del grado de logro y/o de las deficiencias sobre las que han de focalizarse las acciones. Este es justo el propósito de un proceso de medición sistemático que se inicia con este primer informe nacional de calidad de la atención en salud en el país “INCAS Colombia 2009”.

Con la expedición del Decreto 1011 de 2006 y la Resolución reglamentaria No. 1446 del mismo año, se formalizaron las bases del sistema de información para la calidad, que junto con los componentes de habilitación, auditoría y acreditación integran el SOGC. Los objetivos básicos de

este componente, que estaba previsto desde los estudios de concepción del sistema se resumen en dos aspectos: (i) estimular y potenciar la capacidad de los ciudadanos usuarios del sistema de salud, para tomar decisiones suficientemente informadas al momento de elegir por calidad el prestador de servicios o el asegurador en salud, permitiéndoles ejercer con mayor capacidad y plenitud sus derechos y la utilización de los servicios (ii) estimular la competencia entre las agencias del sistema tomando como base la CALIDAD de los servicios que ofrecen.

Los objetivos específicos del sistema de información para la calidad en salud están claramente descritos en la reglamentación citada:

- Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGC.
- Orientar el comportamiento de la población para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las IPS.
- Apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Dentro del conjunto de estrategias que han sido desarrolladas por diversos sistemas para la generación de un sistema de información para la calidad en salud, se consideran

acciones como la medición de Ranking u ordenamientos periódicos de instituciones, así como la estrategia de Observatorio para la calidad en salud, la generación de Sistemas de Evaluación del Desempeño basados en regímenes de estímulos y sanciones o la implementación de Sistemas de Monitoreo para la calidad.

Acompañando estas acciones, se ha gestado en la última década en diversos países del mundo un énfasis particular en la elaboración de INFORMES NACIONALES DE CALIDAD EN SALUD que dan cuenta de manera sistemática y periódica de los resultados de la calidad de la atención a partir de conjuntos específicos de mediciones, adaptadas a la realidad de cada país.

El presente informe consta de dos partes. La primera corresponde al diseño metodológico para la producción del INCAS Colombia 2009 y está integrada en tres capítulos, a saber: (i) una revisión de las mejores prácticas internacionales de informes nacionales de calidad de la atención en salud, (ii) la formulación de un marco conceptual de referencia, base para la elaboración del informe y (iii) la formulación de la metodología propiamente dicha, describiendo sus etapas y pasos componentes y su desarrollo práctico. La segunda parte corresponde a la presentación de cada una de las mediciones, agrupadas en los dominios de la calidad en salud, definidos en el marco conceptual, y que se organizan en cuatro capítulos: (iv) indicadores de Efectividad de la atención en salud, (v) indicadores de Seguridad de la atención a los pacientes e (vi) indicadores de Experiencia de atención de los usuarios. De éste último, se presentan de manera

separada las mediciones basadas en la Percepción de los usuarios, en el capítulo (vii).

El diseño metodológico requirió dos elaboraciones previas fundamentales. Una, la revisión de las mejores prácticas que en el ámbito internacional se desarrollan en la actualidad respecto de informes nacionales de calidad en salud, que permitiera identificar enseñanzas clave para la elaboración del informe colombiano; y la otra, la elaboración de un marco conceptual de referencia que permita elaborar una comprensión del concepto de calidad de la atención en salud reconociendo cuáles son los atributos que lo componen y que deberían ser medidos. Con esta información, se desarrolló una metodología que permitió identificar el conjunto general de mediciones que habrían de proponerse para el país, y seleccionar dentro de ellas, las mediciones específicas a incorporar en “INCAS Colombia 2009”.

Así, se identificaron y formularon un conjunto de 205 indicadores que se denominaron el “conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud” y cuya estructura y contenidos, se espera seguir evolucionando de manera dinámica y permanente. Dado que estos indicadores no son un conjunto estático de mediciones, sino que por el contrario corresponden a mecanismos dinámicos de monitoreo de la realidad, se deben adaptar permanentemente a los avances del conocimiento científico, a los cambios de realidad en el perfil de estado de salud o a las nuevas fuentes de datos y avances en los mecanismos de consenso con el involucramiento de los actores del sistema en su uso, análisis e interpretación.

Por razones de disponibilidad de información válida en el país, principalmente, se seleccionaron un conjunto de 65 mediciones específicas para integrar el “INCAS Colombia 2009”, de las cuales 30 corresponden a indicadores de la EFECTIVIDAD con la que se proveen atenciones en el país, siete corresponden a indicadores de SEGURIDAD DEL PACIENTE y 28 a indicadores de medición de la EXPERIENCIA DE ATENCIÓN de las personas en su interacción con el SGSSS (12 de las cuales corresponden a mediciones de percepción de los usuarios).

El desafío principal en la elaboración del informe lo constituyó la identificación y validación de las fuentes de datos disponibles en Colombia, para poder alimentar cada una de las mediciones del conjunto nacional. Existe gran deficiencia en la generación de los datos y de manera particular en las mediciones de seguridad del paciente y de la percepción de la experiencia de atención. Ambos asuntos corresponden a desarrollos conceptuales y operativos que apenas se inician en Colombia y que deberán ser parte de las políticas futuras de continuidad en el desarrollo de estas acciones, como ocurre con la gestión clínica y de eventos adversos y las mediciones nacionales de calidad percibida por los usuarios. No obstante, también existen deficiencias en la generación de mediciones de efectividad de la atención y en particular cuando se trata de indicadores clínicos de prevención, tratamiento y cuidado de patologías, por lo que fue necesario incorporar un conjunto amplio de indicadores tradicionalmente utilizados en salud pública cuyos resultados tienen relación directa con la atención en salud como determinante.

De la misma manera, vale la pena precisar que las mediciones dan cuenta del desempeño de los actores del sistema, en algunos casos de manera específica relacionada con su capacidad individual de respuesta: de los prestadores en proveer atenciones en salud con calidad (una atención quirúrgica por ejemplo), o la capacidad de una EAPB (una autorización oportuna de un servicio) o de una DTS (una atención sobre el medio ambiente en el caso de enfermedades transmitidas por vectores por ejemplo). En otros casos relacionados con la responsabilidad simultánea de estos actores, lo que se presenta en multiplicidad de mediciones, como ocurre por ejemplo con los indicadores de bajo peso al nacer, mortalidad materna o mortalidad infantil, cuyos resultados dependen de la capacidad simultánea de IPS, profesionales de la salud, EAPB Y DTS, para brindar atención integral de calidad en razón de la responsabilidad que le corresponde a cada cual en el sistema.

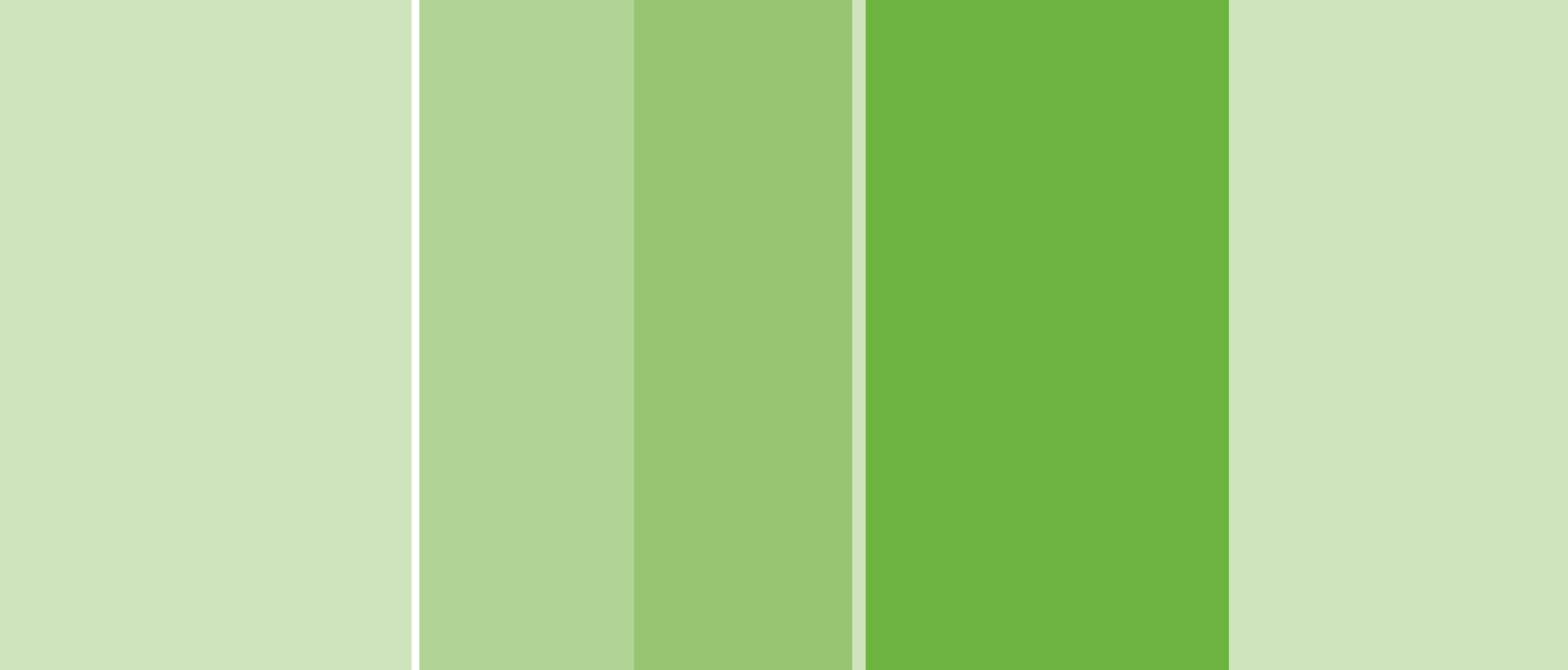
El informe contiene en cada uno de los indicadores desarrollados, un conjunto de apéndices que estarán disponibles en el sitio web del MPS, en la sección de calidad. Estos apéndices corresponden a la elaboración de una nota técnica para cada uno de los indicadores considerados en el informe –Apéndice– y a la presentación de cada una de las tablas con los datos que dan origen a las mediciones –Apéndice 2.

Aún es prematuro establecer si existe una asociación entre los resultados de las diversas mediciones y los efectos que sobre la calidad de la atención en salud ha producido el SOGC en Colombia, dado su corto periodo de implementación en el que podrían esperarse resultados derivados

más de efectos de regulación sobre elementos estructurales que sobre aspectos de proceso y resultado¹. De hecho, debe considerarse que muchos de los resultados observados en la calidad de la atención en salud que se observarán en el informe corresponden no sólo a acciones deliberadas y sistemáticas que inducen de forma proactiva el mejoramiento, sino también a la presencia de otros factores que lo generan de manera colateral, como la introducción de nuevas tecnologías biomédicas, la modernización de estructuras físicas o la mejor formación del recurso humano.

Con relación a los resultados identificados en las diversas mediciones, es importante anotar que éstas corresponden en su mayoría a agregados de los diversos territorios e instituciones que reportan los datos, encontrando que a este nivel existen marcadas diferencias que determinan el resultado global nacional y que vale la pena tener presentes, dado que al momento del análisis y toma de decisiones para intervenir, deben focalizarse acciones sobre territorios y entidades específicas. De hecho, avances en lugares específicos, determinan mejoras en el indicador nacional. De igual forma sucede con desagregaciones de la información por condición social y económica: malos resultados ligados a condición de baja educación y pobreza, por ejemplo.

1. No obstante que se advierte ya la presencia de un conjunto importante de IPS que son ejemplo de resultados en mejora de la calidad en Colombia y el mundo, ya acreditadas y de otro conjunto de IPS involucradas en procesos de certificación, acreditación y mejoramiento continuo, a más de los avances sobre la gestión de calidad en EAPB, en autoridades territoriales de salud y su influencia sobre el perfil profesional del recurso humano para la salud.



Esta situación también significa que aunque algunos indicadores pueden tener un resultado global superior a los valores ideales de referencia o de los valores reportados en otros países, al desagregarlo, es posible encontrar algunas poblaciones con situaciones similares a las de los peores lugares del mundo y en contraste, otras poblaciones con situación similar a los países con mejores resultados.

La colección de información realizada para “INCAS Colombia 2009” corresponde a todas las diversas fuentes secundarias encontradas en Colombia y corresponden a trabajos que se realizan con diferentes finalidades, con diversos métodos y en diferentes tiempos. Siendo así, el lector no podrá encontrar una homogeneidad en el perfil de la información que conforma el conjunto de mediciones, ni en su método, ni en sus periodos de tiempo observado.

Para poder tener un criterio de referenciación adicional a los datos propios del país, se hizo una exploración de información internacional, para capturar valoraciones similares que pudiesen servir de datos indicativos. Se encontraron varias fuentes valiosas de información, como la base mundial de datos de salud de OMS, entre otras importantes. Sin embargo, muchos de los datos que se coleccionaron y que se presentan en el informe, corresponden al último valor reportado por cada país y que en muchas ocasiones corresponden a años diferentes, a razón por la cual en estos casos no serían técnicamente comprobables y sólo tendrán un alcance de valor de referenciación. Incluso, se puede advertir que el dato de Colombia registrado

en la base, puede tener diferencia con el dato presentado para el mismo año en el país, o encontrar que los países reportados pueden ser diferentes para cada indicador.

Por último, debe indicarse que las mediciones coleccionadas corresponden apenas al grupo inicial que sirve de línea de base para los futuros INCAS, pero es imperativo continuar agregando mediciones específicas relevantes. Así, INCAS no es una colección estática de indicadores sino un mecanismo dinámico de mediciones de la atención en salud que evolucionan, se desarrollan y adaptan a los cambios en cada momento.

Síntesis de resultados

Panorama de la calidad de la atención en salud en Colombia

Las observaciones derivadas de esta primera revisión nos muestran los retos presentes y los grandes desafíos que tiene el país hacia el futuro, tanto en el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que el SGSSS brinda a los colombianos, como en la sostenibilidad y maduración de un sistema integral de mediciones, evaluación y monitoreo de dicha calidad.

Los datos coleccionados en el 1er. INCAS Colombia 2009 muestran un panorama diverso:

En efectividad de la atención hay, de un lado, resultados visibles de logro y mejora en algunas mediciones que invitan a continuar avanzando hacia referentes óptimos de desempeño, y de otro, signos visibles de alarma sobre comportamientos inapropiados y que obligan a reaccionar con contundencia para corregirlos. En ambos casos, se advierte una brecha importante como oportunidad de mejora entre los resultados observados y los referentes óptimos de desempeño de la atención en salud, en especial, al compararlos con los países que han logrado los mejores niveles de calidad de la atención en el mundo.

En seguridad de la atención de los pacientes se apreció un proceso que apenas empieza en el país y sobre el que no existe información disponible con las mediciones necesarias para valorar la situación de la seguridad con la que se proveen los servicios de salud en Colombia. Sin embargo es notoria la respuesta positiva de las IPS a la estrategia de desarrollo de este componente y el grado de conciencia sobre la imperativa necesidad de intervenir y controlar los resultados en seguridad de la atención en salud.

Frente a en la experiencia de la atención de los usuarios, las mediciones coleccionadas muestran un panorama también diverso de resultados, en donde es evidente la diferencia y superioridad que existe entre las IPS que han alcanzado su certificación como entes acreditados, y las IPS que no lo están (de hecho sus resultados se empiezan a convertir en los nuevos parámetros de referencia para el país). Se aprecia mal desempeño, en los indicadores relacionados con el derecho a la libre elección tanto de EAPB como de IPS o de médicos, incluso medidas desde diferentes fuentes. En general, las EAPB generan índices menores de satisfacción que las IPS, así como el acceso y tiempos de oportunidad son las variables que generan menor satisfacción.

Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la efectividad de la atención de la salud en Colombia

En calidad de las atenciones de salud materno-infantil, se aprecia una mejora sostenida en sus resultados globales, visibles en la mortalidad materna (EF1.7.2) e infantil (EF1.7.4) en las últimas décadas; frente a un amplio número de países en vías de desarrollo en el mundo y la región, Colombia tiene una razón de mortalidad inferior, sin embargo frente a los países de mayor desarrollo se advierte una brecha aún muy amplia de mejora. Aunque este par de indicadores no son específicos y exclusivos de la medición de la calidad de la atención en salud, es también claro que corresponden a mediciones de “mortalidad evitable” asociadas fuertemente a las intervenciones preventivas y de tratamiento de atención en salud y por ende a la calidad de las mismas.

A esta mejora han contribuido (i) la cobertura cada vez mayor de control prenatal (EF1.1.1), con mayor volumen e inicio temprano de las visitas y un volumen mayor de partos institucionales atendidos por profesionales de la salud, médicos y enfermeras, (EF1.2.1), (ii) un incremento en el tiempo de lactancia materna exclusiva y tiempo total de duración de la lactancia (EF1.5.1), (iii) una cobertura elevada y sostenida de vacunación (EF2.1.1 y EF2.2.1) y (iv) unas tasas de mortalidad por IRA y EDA en infantes, que han disminuido de manera sostenida (EF1.6.1) - (EF1.6.2), lo que habla en conjunto de una mejora en las condiciones de calidad de la atención de servicios preventivos en la captación de gestantes, vacunación, educación para la lactancia y de los servicios de atención del parto y de algunas de las patologías prevalentes en la infancia. La calidad de la acción preventiva institucional también se refleja en un incremento del tamizaje de factores de riesgo en recién nacido como ocurre con la búsqueda de hipotiroidismo neonatal (EF1.4.3).

Simultáneamente, se hacen visibles deficiencias en la calidad de la atención materno infantil, evidentes a través de las siguientes mediciones: (i) mortalidad perinatal (EF1.7.3) y en específico, las correspondientes a la mortalidad fetal tardía (28-42 semanas de embarazo), que tienen una tendencia al incremento en los últimos años y que debe activar las alarmas en la calidad de los controles y manejo al final del periodo de gestación, (ii) la valoración de bajo peso al nacer -menor de 2500 g- (EF1.1.4) que mostró una tendencia al incremento sostenido en el periodo observado, principalmente asociados a partos pretérmino, embarazos en adolescentes y tabaquismo en el embarazo, lo que cuestiona la efecti-

vidad de las atenciones en salud individuales y colectivas destinadas a promover comportamientos apropiados en salud sexual y reproductiva (iii) al fenómeno de parto institucional se ha agregado la situación de crecimiento sostenido del número de partos por cesárea frente al total de partos vaginales (EF1.2.2), suponiendo un probable uso inapropiado de la alternativa quirúrgica por parte de médicos e IPS y el no sometimiento a la aplicación de las guías de práctica clínica correspondiente, (iv) una medición que resulta preocupante y que tiene relación directa con problemas de calidad en la atención prenatal en el segmento de mujeres que aún no ingresan a estos programas o lo hacen de manera inapropiada, es la incidencia de sífilis congénita (EF4.2.1), que muestra una tendencia sostenida al aumento, lo que se concibe como inapropiado dada la posibilidad de control directo del fenómeno, cuestionando la calidad del diagnóstico de la madre infectadas y del tratamiento correspondiente.

Las mediciones para valorar la calidad de los servicios en VIH-SIDA y enfermedades de transmisión sexual muestran (de manera similar al fenómeno mundial), un incremento paulatino de detección de casos nuevos, pero la prevalencia de la enfermedad se mantiene por debajo de los objetivos del milenio (EF4.1.4). Se valora la apropiada calidad de la atención de la patología en el país, en el trabajo activo de control de contagio vertical que se traduce en muy baja transmisión por esta vía luego de la detección de la enfermedad durante el embarazo y su tratamiento preventivo consecuente (EF4.1.2).

El comportamiento de las enfermedades crónicas transmisibles en el país medido a través de indicadores de atención en TBC, muestra un franco descenso en la incidencia de la enfermedad (EF5.1.2), con un alto nivel de efectividad en el tratamiento acortado supervisado -DOTS- (EF5.1.1) y con un volumen cada vez mayor de casos de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (EF5.1.3).

En enfermedades crónicas no transmisibles, la valoración muestra en general una tendencia al incremento sostenido que va de la mano con el proceso de transición demográfica y epidemiológica del país, ligado al envejecimiento de la población y la exposición a las condiciones de vida urbana, entre otros factores, como ocurre de manera específica con la presencia de la diabetes mellitus en el país, cuya mortalidad se ha duplicado en las dos últimas décadas (EF10.1.1). Si bien es una condición similar al comportamiento mundial y que se asocia en gran medida al proceso de transición ya mencionado,

La efectividad de la atención sobre los problemas prioritarios de salud en el país muestra un panorama diverso: unos resultados visibles de logro y mejora sostenida, al tiempo que otros de alarma y deterioro.

también es cierto que hay deficiencias en la calidad de las atenciones en salud relacionadas con la prevención y control de los factores de riesgo asociados ya bien conocidos y en especial con su manejo integral y el nivel en el que se limitan y reducen las complicaciones renales y de otros órganos. Sobre este ítem es necesario incorporar mediciones específicas adicionales, concentradas principalmente en la efectividad de las acciones de prevención y en el tratamiento suministrado a los pacientes y manejo de cuidados crónicos.

La malnutrición corresponde a uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. El sobrepeso, la obesidad y la obesidad mórbida, tienen una prevalencia que va en incremento sostenido abarcando un volumen cada vez mayor de la población que, comparada con varios países del mundo, muestran una de las proporciones más elevadas (EF12.1.1). A juzgar por este resultado, debe hablarse de poca efectividad en las atenciones colectivas e individuales en salud de promoción y prevención frente a este riesgo.

Las enfermedades cardio-cerebro-vasculares tienen una presencia de primer orden en el perfil de morbi mortalidad en Colombia. La evaluación de la calidad de la atención en este amplio conjunto de patologías adolece de suficiente información disponible en el país. La valoración de enfermedad hipertensiva muestra una prevalencia elevada pero con una tendencia a disminuir en el tiempo (EF8.3.2), en especial en el segmento de población entre 45 y 65 años, en los que ha habido una disminución de más del 50% de los casos de muerte entre 1990 y 2005. La proporción de pacientes hipertensos controlados tiene un desempeño regular pero se mantiene estable en tiempo (EF8.3.1). Es imperativo poner en marcha el conjunto de mediciones para prevención y tratamiento de enfermedad coronaria y otras afecciones cardíacas y vasculares,

tanto de manejo en urgencias como de cuidados crónicos. Los análisis de mortalidad evitable, sitúan este grupo de patologías como especialmente susceptibles de reducción con intervención médica.

Para cáncer, la calidad de la atención en salud se valora de acuerdo con los diferentes tipos de carcinoma que tiene mayor prevalencia en el perfil de mortalidad del país. Así, los resultados en prevención y tratamiento de cáncer de cuello uterino (EF13.4.3) son satisfactorios, mostrando no sólo un incremento en las coberturas de detección temprana y una disminución leve pero sostenida en la tasa de mortalidad (EF13.4.2). El cáncer gástrico muestra una tendencia elevada y oscilatoria pero estable en el tiempo, sin embargo las atenciones de detección precoz no reflejan que estén modificando el comportamiento de la enfermedad (EF13.1.3). Lo mismo sucede con cáncer de pulmón, aunque su presencia es menos significativa (EF13.2.3). La mortalidad por cáncer de mama, se observa incremental y sostenida y genera una alarma en el perfil de mortalidad por cáncer en el país. Las atenciones en salud para prevenir la mortalidad en cáncer de mama (EF13.5.3), tampoco están modificando la presencia de la enfermedad. En la valoración de la calidad de la atención de los enfermos con cáncer en Colombia es necesario iniciar la captura de registros sobre efectividad del tamizaje, de los tratamientos y de la supervivencia.

Una valoración global de la efectividad en la atención en salud, se midió a partir de dos indicadores: proporción de reingreso de pacientes hospitalizados (EF15.1.1) y tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas (EF15.3.1), los cuales están directamente ligados a la capacidad institucional de aquellas entidades con servicios de hospitalización para resolver adecuadamente los problemas de salud. La proporción de reingresos medida en Colombia en los últimos cinco años muestra un valor bajo con una tendencia estable en el tiempo, sin diferencia significativa ente IPS públicas y privadas. De otro lado, la mortalidad intra-hospitalaria post 48 horas tiene un comportamiento elevado pero razonable en hospitales de gran tamaño, en razón de la presencia de unidades especiales de cuidado hospitalario como UCI y unidades de quemados. Los valores en hospitales de medio y bajo tamaño muestran cifras muy elevadas para su complejidad. Tanto unas como otras cifras, se mantienen constantes y sin diferencia real entre hospitales públicos y privados. En ambos indicadores, globales, hay aún un espacio importante para la mejora de la calidad de la atención.

Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la seguridad de la atención del paciente en Colombia

Esta dimensión de la calidad de la atención en salud en Colombia es relativamente nueva, tanto en el reconocimiento de su importancia en el día a día de la prestación de los servicios de salud, como en la aparición de normas, reglas de juego institucional e instrumentos que han permitido ponerla de relieve en el escenario de la vida de las IPS y de los profesionales de la salud en Colombia, y por tanto como un elemento clave para monitorear y medir dentro del SOGC.

Por esta razón, dado su reciente abordaje y visibilidad en el marco operacional de la prestación de servicios, no es posible encontrar información apropiada y suficiente sobre los diversos subdominios descritos en este ítem que permitan hacer una valoración integral de sus resultados en el país. A excepción de las consideraciones relacionadas con la sensibilidad profesional y social que genera el tema y que demandan iniciar el proceso de recolección de información sobre “actuaciones no seguras”.

En este escenario, la búsqueda de información dio cuenta de la medición sobre el comportamiento de los reportes de eventos adversos que se ha iniciado en el país, bajo la tutela e incentivo del Ministerio de la Protección Social, en donde se monitorea el grado de avance del país en materia de recolección de información en las IPS públicas y privadas. Más allá, sólo fue posible encontrar información que superara los criterios de validez y confiabilidad de la información, sobre “infección intrahospitalaria”, también medido hace varios años por el MPS y sobre índices específicos de infección en la red de IPS de Bogotá, coleccionados por la Secretaria de Salud del Distrito Capital.

El volumen de IPS que han iniciado el proceso de reporte de eventos adversos, ha venido en aumento en los últimos cinco años, hasta alcanzar una proporción del 14,56% del total de IPS de todo el país (13.780) al final de 2009 (SG13.1.1).

En estas entidades, el volumen de eventos adversos que se han reportado, se han comportado de forma oscilatoria en los últimos cinco años, con un “pico” de eventos gestionados en el 2007. Exceptuando este “pico”, la proporción de eventos gestionados fluctuó entre 5 y 12%.

Es bastante notorio el efecto que tiene sobre el desempeño en seguridad del paciente una IPS acreditada, de otra que

El país aún no está en capacidad de conocer la magnitud, tendencia y efectos de los problemas de seguridad en la atención en salud, pero que se sabe están presentes, obligando a intensificar el esfuerzo iniciado en los últimos años.

no lo está, en donde el volumen de reporte y de gestión de eventos adversos está ampliamente superado.

Un ejercicio de comparación internacional (IBEAS, 2009), mostró una capacidad de gestión de eventos adversos en las IPS involucradas, en Colombia, la prevalencia de eventos tiene un comportamiento cercano a la media. En este estudio los eventos adversos más comunes encontrados fueron los asociados a infecciones ligadas a la atención (37,14%).

En Colombia, el sistema de información para la calidad del MPS, lleva un registro de infecciones intrahospitalarias (IIH), entre el año 2006 al 2009, que muestra una proporción de infección que ha fluctuado entre 1,3 y 1,8 del total de egresos, manteniendo una tendencia casi “plana” dentro de este rango. (SG3.9.1).

El estudio internacional de IIH realizado por OMS -INICC- (2002 y 2005 en 55 UCI en 46 hospitales de 8 países en desarrollo: Argentina, Brasil, Colombia, La India, Marruecos, México, Perú y Turquía) mostró a Colombia con las mediciones de mejor desempeño entre el conjunto.

Colombia, en el estudio INICC, mostró un comportamiento en la tasa de neumonía asociada a ventilador en UCI (SG3.2.2), de 10 por cada 1000 días ventilador, el más bajo de los 8 países. Los hospitales públicos de Bogotá con UCI, presentaron unas tasas que fluctuaron entre 11,6 y 11,8 en UCI adultos y neonatos respectivamente y 5,7 en UCI pediátrica, que resultan estar dentro del promedio del país.

Las infecciones en sangre asociadas a catéter central (SG3.1.1), representan otra de las causas más comunes

de infección intrahospitalaria. En los hospitales de III nivel de Bogotá, en el 2007, estas infecciones tuvieron una tasa de 9,6 por cada 1000 días de catéter en UCI neonatal, frente a 8 en adultos y 4,5 en UCI pediátrica. Esto contrastado con el estudio INICC, que reporta una tasa para Colombia de 11,3 (un desempeño promedio apenas aceptable) muestra que Colombia estuvo en un rango intermedio entre el conjunto de países estudiados.

En relación a la presencia de infección de vías urinarias (SG3.5.1) asociada a sonda vesical, se observa un comportamiento en hospitales de Bogotá 2007, con una tasa que fluctúa entre 4,6 y 8,7 por cada 1000 días de catéter, que se encuentra por encima de la tasa promedio encontrada en el estudio INICC para Colombia de 2,5, una de las más bajas de todos los países del estudio.

Una causa adicional de infección nosocomial corresponde a las infecciones de sitio operatorio (SG3.3.1) y a las endometritis infecciosas (SG3.6.1). Llama la atención en la revisión de caso de hospitales públicos de Bogotá, el alto volumen que presentan estas últimas en los hospitales de 1er nivel donde se atienden partos.

En el desarrollo de las mediciones de este dominio, hay aún mucho camino por recorrer en Colombia, y debe ser sujeto directo y sostenido de la política de prestación de servicios de salud en el país.

Las mediciones de seguridad de la atención de los pacientes, dejaron advertir la existencia de riesgos presentes en el proceso de atención en IPS, a juzgar por los hallazgos de problemas de seguridad que detectan las IPS acreditadas, los estudios de caso sobre IPS específicas, el reporte de infección intrahospitalaria existente, o la identificación y gestión de eventos adversos que se han empezado a reportar. Se interpreta que el país aún no está en capacidad de conocer la magnitud, la tendencia ni los efectos de los problemas de seguridad propios de la atención en salud, aunque están presentes. Esta argumentación indica la necesidad de continuar e intensificar el esfuerzo iniciado en el país hace pocos años, para introducir el tema de la seguridad en la vida cotidiana del sistema, a través de la generación de las herramientas de conocimiento y los mecanismos de capacitación y divulgación que se han venido desarrollando. No sobra aclarar que en el mundo los procesos de seguridad del paciente son de reciente aparición (menos de una década) dentro de las políticas públicas nacionales en salud de diversos países, con importante incentivo de la OMS.

Frente a la **experiencia de atención de los usuarios, es evidente la diferencia y superioridad que existe entre las IPS que han alcanzado la acreditación y las IPS que no.**

Resultados de la calidad, desde la perspectiva de la experiencia de atención de los usuarios en Colombia

La mayor parte de manifestaciones de disconformidad con el sistema de salud que hacen los usuarios a través de diversos canales, tienen su representación en este dominio de la calidad de la atención en salud. La intención de este conjunto de medidas, es poder hacer una aproximación al conjunto de atributos que los usuarios/consumidores de servicios de salud identifican con una experiencia de atención que sea capaz de lograr la satisfacción de sus expectativas. En este sentido, las fuentes de información identificadas, dan cuenta de datos de carácter objetivo, realizando mediciones propias de la vivencia de atención, al igual que de cómo las personas perciben la experiencia de atención que recibieron y lo traducen en una escala de valoración, usualmente a través de encuestas específicas.

Oportunidad de la atención en salud

La experiencia de los usuarios de servicios de atención en salud en el país en relación con la oportunidad con la que logran utilizar los servicios cuando los necesitan, se valoró mediante medidas objetivas principalmente, que corresponden a los datos de tiempos de respuesta y prontitud en la atención en diversos servicios de las IPS a las que acuden.

El tiempo de espera encontrado en el período 2006-2009, para la asignación de una cita con el médico general (EXP1.1.1) en una IPS es de 2,6 días.

Este tiempo es notoriamente menor en las IPS acreditadas que en las que no lo están (1 y 2,6 días promedio respectivamente), es menor en las entidades públicas que en las privadas (2 y 3 días respectivamente) y es un poco menor

en afiliados del régimen subsidiado que en el contributivo (2,5 vs. 3,1 días respectivamente).

Para la obtención de una cita con médico especialista (EXP1.1.2), el fenómeno observado en el mismo período, tiene un comportamiento diferente. El tiempo de espera promedio para la asignación de una cita en una IPS, es de 8,2 días.

No existe diferencia en días para asignar la cita con el especialista, entre IPS acreditadas o no (8,1 vs. 8,2 respectivamente), el tiempo es mayor en una IPS pública que en una privada (9,6 y 7,8 días respectivamente) y es menor para afiliados a medicina prepagada (2,4 días), luego para subsidiados (4,3 días) y por último para contributivos (9,5 días).

En la encuesta nacional de salud 2007 se encontró que las citas que se dan el mismo día en IPS públicas son oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, periodoncia y vacunación y en las IPS privadas cirugía pediátrica, ortopedia infantil y dermatología.

También se observó que los servicios que más tiempo promedio hacen esperar a los usuarios en las IPS públicas son gastroenterología y/o endoscopia digestiva con 62 días, cardiología con 37 días, endocrinología con 27, geriatría con 19 y ortodoncia con 19 días, mientras en las privadas son neumología 37 días, neurología con 25 días, oftalmología con 20, endocrinología con 18 y cirugía neurología con 16.

Todos los comportamientos dentro del periodo observado 2006-2009 se mantienen estables, con pequeñas oscilaciones, es decir, no hay tendencia hacia una mayor oportunidad en los tiempos. La tendencia en este tiempo, del volumen de reporte de datos, es permanentemente incremental y en el caso de las EAPB llegan a un 65% del universo en Colombia para 2009.

El tiempo de espera en odontología (EXP1.6.1) es de 4,5 días en promedio general en el período, pero si es en una IPS acreditada, el tiempo se reduce a 1,6 días y si es afiliado al régimen subsidiado es de 3 días. Para públicas o privadas, o para régimen contributivo y prepagadas el tiempo es igual al promedio general.

En urgencias (EXP1.5.1), el tiempo promedio de espera corresponde a 27 minutos y se mantiene estable en el período 2006-2009. No hay diferencia alguna en las variables. En la Encuesta Nacional de salud 2007 se evaluó

el tiempo promedio para ser atendido y los tiempos de espera para la atención en urgencias, siendo estos de 37,7 minutos en afiliados al régimen contributivo, 46,6 en afiliados a regímenes especiales, 36,8 entre usuarios sin afiliación, 44,1 minutos en afiliados al régimen subsidiado y no especificado 32,1.

Para la realización de cirugías programadas (EXP1.3.1), los colombianos debieron esperar entre 2006 y 2009, un promedio de 12,2 días, reduciéndose a 7 días en IPS acreditadas y a 7 días también si era afiliado al régimen subsidiado. Si es afiliado a medicina prepagada, el tiempo se reduce a 3,9 días y si está afiliado al régimen contributivo deberá esperar 27,3 días. Entre IPS públicas y privadas hay una diferencia de 3 días (14 y 11 días respectivamente).

El 8% de las cirugías programadas fue cancelado, en promedio, entre 2006 y 2009. Este porcentaje se redujo a 6% si la IPS estaba acreditada. En IPS pública se ubicó en 8% y en IPS privada en 7%.

En el momento en el que los pacientes presentaron la receta médica por primera vez, pudieron reclamar el 91% de los medicamentos que les formularon. Cuando las personas están afiliadas al régimen subsidiado, el porcentaje aumenta al 95%, si es contributivo permanece en 91%.

El tiempo en horas que transcurrió entre la solicitud de referencia de una paciente entre una IPS y otra y el momento de la autorización de traslado por parte de las EAPB, fue de 3,5 horas en promedio, durante el período observado. A diferencia de los resultados anteriores, en el caso de los afiliados al régimen subsidiado, este tiempo aumentó a 4,1 horas, mientras que el del contributivo se ubicó en 3,2 horas y para los de medicina prepagada se redujo a 3,2 horas.

A partir de la información de la encuesta aplicada a una muestra de 48 IPS públicas, por la Universidad de Antioquia mediante el instrumento PECASUSS, en 2006 y 2008, se encontró que el 29% de las personas que llegaron al hospital fueron atendidos en menos de 10 minutos, el 33% en menos de 30 minutos y el 18% en menos de una hora, y que en suma, el 79% fue atendido en menos de una hora.

El 36% de las personas, tuvieron la percepción (EXP1.11.1) de que el tiempo de atención fue corto y el 10% que el tiempo fue muy corto y para el 24% no fue ni corto, ni largo, acumulando dentro de estas percepciones el 70%. Para el 17% el tiempo de espera fue largo y para el 13% fue demasiado largo.

Acceso a los servicios de atención en salud.

La mayoría de los afiliados al SGSSS en Colombia ejerce la libre elección de asegurador a que tiene derecho en el sistema: 80% en el régimen contributivo, y 67% en el régimen subsidiado, considerando de cualquier forma que esta valoración debería estar cercana al 100%. Según ENS 2007, el 58% de las personas en el país no eligen la IPS donde serán atendidos, el 69% no elige el profesional que debe brindarle la atención consulta externa, y el 95% no lo elige en hospitalización, independientemente del régimen al que pertenezca (EXP2.2.1).

El 62% de los pacientes en 2006 y el 73% en 2008 en la muestra de 48 hospitales públicos en donde se aplicó PECASUSS, dijeron haber percibido los trámites para ser atendidos en el hospital, como sencillos o muy sencillos. A 19% en 2006 y 12,3% en el 2008, el trámite les pareció muy complicado y complicado (EXP2.3.1).

Al 9% de la población, tanto en 2006 como en 2008, los servicios prestados les parecieron caros o muy caros (EXP2.3.2).

Trato e información recibida y participación durante la atención en salud.

El trato recibido en el hospital fue calificado como bueno o muy bueno por el 82% en 2006 y 84% en 2008 (EXP4.2.1).

El 83% de la población encuestada tanto en 2006 como en 2008 percibió que la información que le suministraron fue apropiada o muy apropiada (EXP5.1.1). Un porcentaje similar de población percibió que la información recibida para el cuidado en casa fue suficiente o muy suficiente (EXP5.4.1).

Al 28% de las personas no se les solicitó ningún tipo de autorización, para poder realizarle los procedimientos en consulta externa y al 31% en hospitalización (EX8.3.1).

Elementos tangibles de la atención en salud.

El 72% de la población encuestada en 2006 y 80% en 2008 manifestó que el aseo era bueno o muy bueno (EXP7.2.1); frente al cuidado de la planta física, el 64% y el 73% encuestado manifestó percepción de cuidado o mucho cuidado, en 2006 y 2008 respectivamente (EXP7.3.1).

Expresión de disconformidad frente a la atención.

Para garantizar la prestación de los servicios por parte de las EAPB relacionadas con los servicios incluidos en el POS, los pacientes han instaurado tutelas de forma recurrente, (EXP9.1.1) siendo numerosas en especial para el régimen subsidiado, donde en los años 2007 y 2008 se presentaron

59 y 296 mil tutelas, respectivamente). En el contributivo el promedio del periodo fue de 5000 tutelas.

Frente a las quejas de los usuarios, en los informes de las EAPB se reporta que un 20% de ellas no se están resolviendo antes de 15 días (EXP9.2.3), tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo.

Satisfacción global frente a la atención.

La percepción global, que tienen los usuarios de la atención en salud provista en las IPS, alcanza un 87% de satisfacción, de acuerdo con lo reportado por las propias IPS a la SNS de manera semestral entre 2006 y 2009 y analizado por el MPS en el sistema de información para la calidad. Si la atención se recibió en alguna de las 14 IPS acreditadas del país, el índice de satisfacción se incrementa a un 95%. (EXP11.4.1). La diferencia entre IPS públicas y privadas es de apenas de 3 puntos (85 a 88%).

Otra valoración de percepción global de satisfacción realizada en 2006 y 2008 con la aplicación de la encuesta PECASUSS en 48 IPS públicas muestra que los pacientes calificaron con 79 y 85 % el grado de satisfacción en cada año respectivo (satisfecho y muy satisfecho), alcanzando el mayor nivel de 88% en hospitales de III nivel. No hay diferencias por régimen.

Frente a la satisfacción global que perciben los usuarios frente a su entidad aseguradora (EXP11.3.1), en el período 2006-2009, las EAPB reportaron un índice promedio general de 81%. Si es del régimen subsidiado la satisfacción se incrementa hasta el 89% y si tiene medicina prepagada se incrementa hasta el 90%. En el contributivo sigue en 81%.

La tendencia de los valores de satisfacción en IPS y EAPB se mantiene estable en el periodo evaluado y con poca variabilidad.

El estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2005 mostró una proporción de satisfacción con las EAPB del 84%, con contributivo en un nivel de 83% y subsidiado en 87%.

De otro lado, el nivel de percepción de los usuarios sobre la calidad global de la atención (EXP11.5.1) mostró un índice de 96% de percepción de calidad perfecta, muy buena y buena, en la valoración de PECASUSS en 2006 y 2008. Esta percepción es mayor cuando se trata de hospitales del III nivel, incrementándose a un 99%. Cuando se evalúa la percepción por tipo de servicio, el valor disminuye a un 94% con la atención recibida en los servicios de

Las mediciones de calidad de la atención en salud disponibles en el país dan cuenta de un conjunto restringido de indicadores. Es imperativo estimular la generación de nueva información.

urgencias. No se observó diferencia entre regímenes o en la atención de población no asegurada.

Por último, la percepción global que tuvieron los pacientes sobre la efectividad de la atención recibida, mostró en PECASUSS 2006 y 2008 unos valores de 81 y 84% de satisfechos y muy satisfechos (EXP11.2.1).

Valoración final de la atención.

La valoración final que hacen los usuarios sobre la IPS en la que recibieron la atención en salud (EXP12.1.5), se expresó en PECASUSS en una medición de adherencia del 97,1% en 2006 y el 95,2% en 2008, en donde los pacientes encuestados manifestaron su intención de regresar a la entidad en caso de requerir los servicios.

A su vez, la valoración final que hacen los usuarios sobre la entidad aseguradora a la que están afiliados se manifiesta tanto en su intención de considerar su traslado de EAPB, como en los traslados efectivos realizados. Con relación a este último, existe un reporte de las EAPB entre los años 2006 y 2009 que hace parte del sistema de información para la calidad del MPS, sobre la proporción de traslados efectivos realizados sobre el total de afiliados, que muestra un porcentaje de muy poca variación y con tendencia estable y que fue de 2,5% en 2009, con una mayor proporción en el régimen subsidiado donde alcanza el 4,7%, frente al contributivo con el 2,5% (EXP12.1.1). Esta situación contrasta con la información sobre experiencia de atención descrita, en donde hay una mejor valoración por parte de los usuarios sobre las EAPB del régimen subsidiado, que en el contributivo. Esto lleva a considerar la necesidad de hacer mediciones sobre percepción de intención de traslado, aunque no se haya hecho efectivo.

Hay una manifiesta diferencia, entre la condición de ser o no una IPS con acreditación, que determina una experiencia de atención francamente superior en las entidades que están acreditadas.

¿Qué decir de la calidad de la atención en salud observada, con las mediciones disponibles en Incas Colombia 2009?

Las mediciones coleccionadas para el informe están determinadas por la disponibilidad de información y fuentes secundarias y corresponden en todo caso a un conjunto limitado, frente al global de mediciones posibles.

Información para medir la calidad de la atención en salud:

Las mediciones de calidad de la atención en salud disponibles en el país, dan cuenta especialmente de indicadores de efectividad de la atención, en menor grado de experiencia de atención y mínima de seguridad del paciente, siendo imperativo continuar estimulando la generación de la información necesaria para crear mediciones o para lograr una mayor especificidad de las que se hacen hoy.

Es necesario afinar las medidas de efectividad, generando información específica, como ocurre con las acciones de prevención, tratamiento y cuidado de patologías crónicas no transmisibles, de tipo cardiovascular, respiratorias y diabetes, entre otras muchas.

Las mediciones de experiencia de atención basadas en percepción de la calidad por parte de los ciudadanos, requieren la realización periódica (bienio), de encuestas nacionales con representación nacional de percepción de calidad en salud, tanto de IPS como de EAPB.

Se deben utilizar los mecanismos reglamentarios, como la Resolución 1446/06, para que se incorporen los requerimientos de información faltantes en el sistema, vía SNS, para hacer mediciones de calidad identificadas en el conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, en este "INCAS Colombia 2009".

Los resultados sobre valoración de la calidad, en el informe, se hacen más valiosos para el país en la medida en la que es posible hacer un seguimiento permanente en el tiempo.

Cada informe debe acumular los nuevos datos sobre la información ya existente y prolongar y mantener la observación sobre las variaciones, para poder determinar la magnitud y las tendencias de cada indicador en el tiempo.

Acerca del desarrollo futuro del INCAS.

El desarrollo de las mediciones de efectividad, en relación con cada grupo de problemas clínicos que hacen parte del perfil de salud, debe continuarse hacia el futuro involucrando las asociaciones científicas médicas colombianas, con el propósito de legitimarlas en los espacios de práctica institucional en el país e involucrarlas en la producción de nuevos indicadores específicos. Deberán involucrarse también las demás profesiones de la salud asociadas a la atención específica de las patologías.

El desarrollo de cada indicador de efectividad, significa, que sea posible asociar la información basada en la evidencia disponible al momento del análisis, que permita mantener la vigencia de cada medición. El desarrollo del nivel científico de cada indicador, dependerá de cada grupo clínico especializado.

Para el caso de Colombia, el desarrollo de las futuras guías de práctica clínica, deberán estar en sintonía con los indicadores de calidad de la atención, de tal manera que correspondan unos con otros, así, los indicadores que den cuenta de la calidad de la atención en dichas guías, deberán ser incorporados en el conjunto nacional de indicadores de calidad y en los futuros INCAS.

De igual forma, se requiere un ejercicio similar, de desarrollo constante de revisión y actualización de indicadores de seguridad del paciente.

Para garantizar la sostenibilidad de estos procesos es necesario que este proyecto, esté en manos de un ente que lo gobierne. En este caso para Colombia, se reconoce como ente legítimo al MPS en su Dirección General de Calidad, en donde podría acoplarse a la estrategia de Observatorio de la calidad, dentro de la sala temática de indicadores, creando la mesa de INCAS.

La mesa de INCAS tendría entonces, tantos comités como áreas clínicas en el dominio de efectividad, además del comité de seguridad y del comité de experiencia de atención. Cada comité deberá tener un responsable temático, un responsable de revisión sistemática de literatura y un responsable de llevar las actas y publicarlas.

El conjunto nacional de indicadores de calidad para Colombia, estará disponible en la red. Deberá estar asociado al observatorio, para dar difusión permanente y aprovechar los mecanismos de interacción vía web para promover el desarrollo y funcionamiento de los comités.

La evolución del registro de las mediciones deberá incluir datos adicionales de cada indicador, relacionados con las desigualdades potenciales del sistema, como ocurre con las diferencias de atención no sólo por diferencias entre territorios, sino diferencias por capacidad económica, por discriminación étnica, de género u otras.

Es clave que el MPS continúe liderando el desarrollo de las encuestas nacionales de percepción de calidad de la atención en salud, tanto para afiliados a EAPB, como para usuarios en las I.P.S.



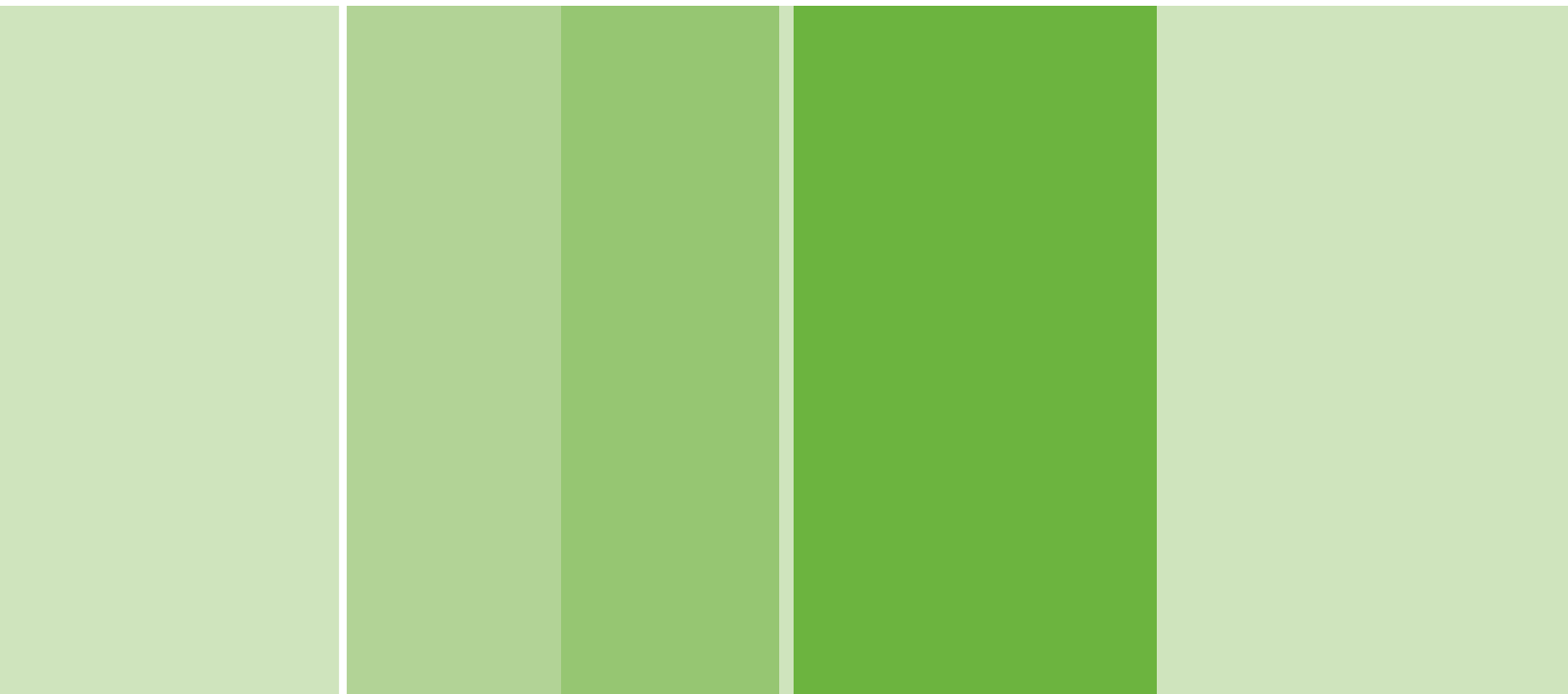
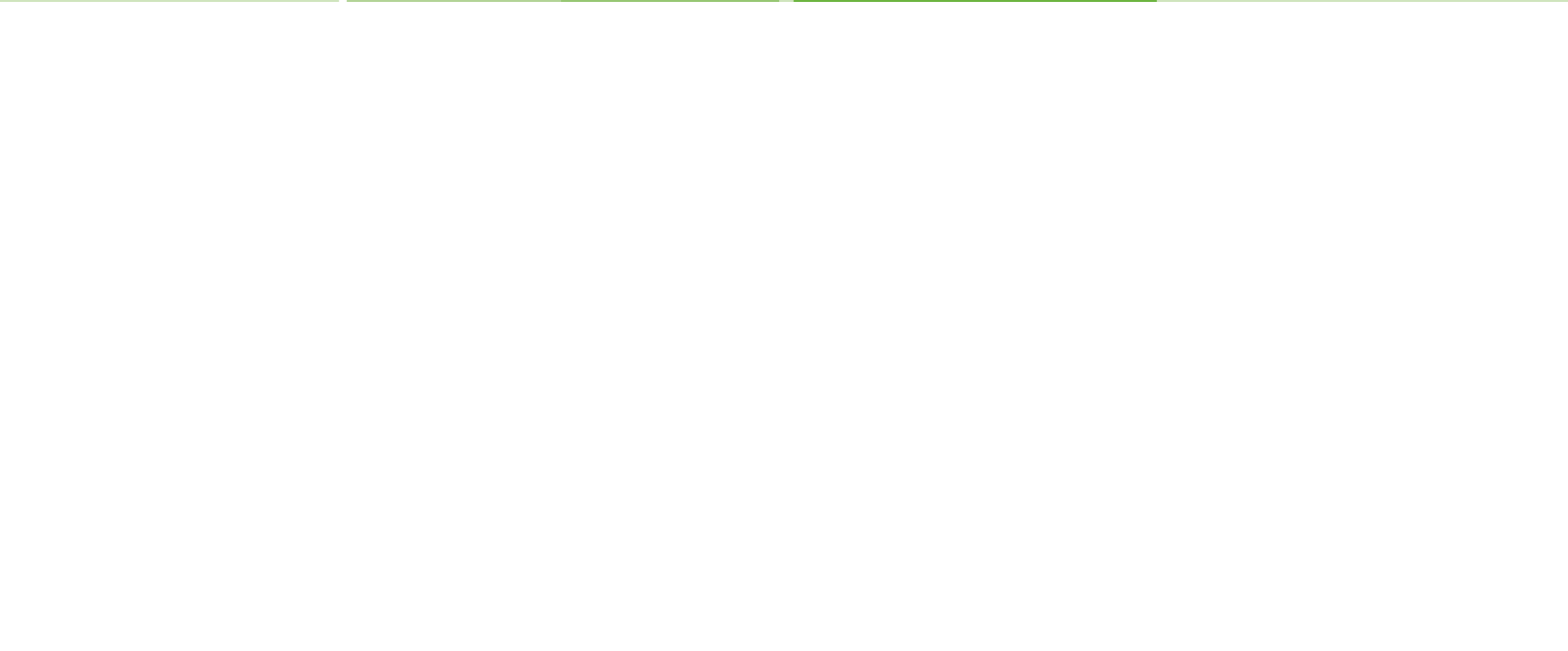
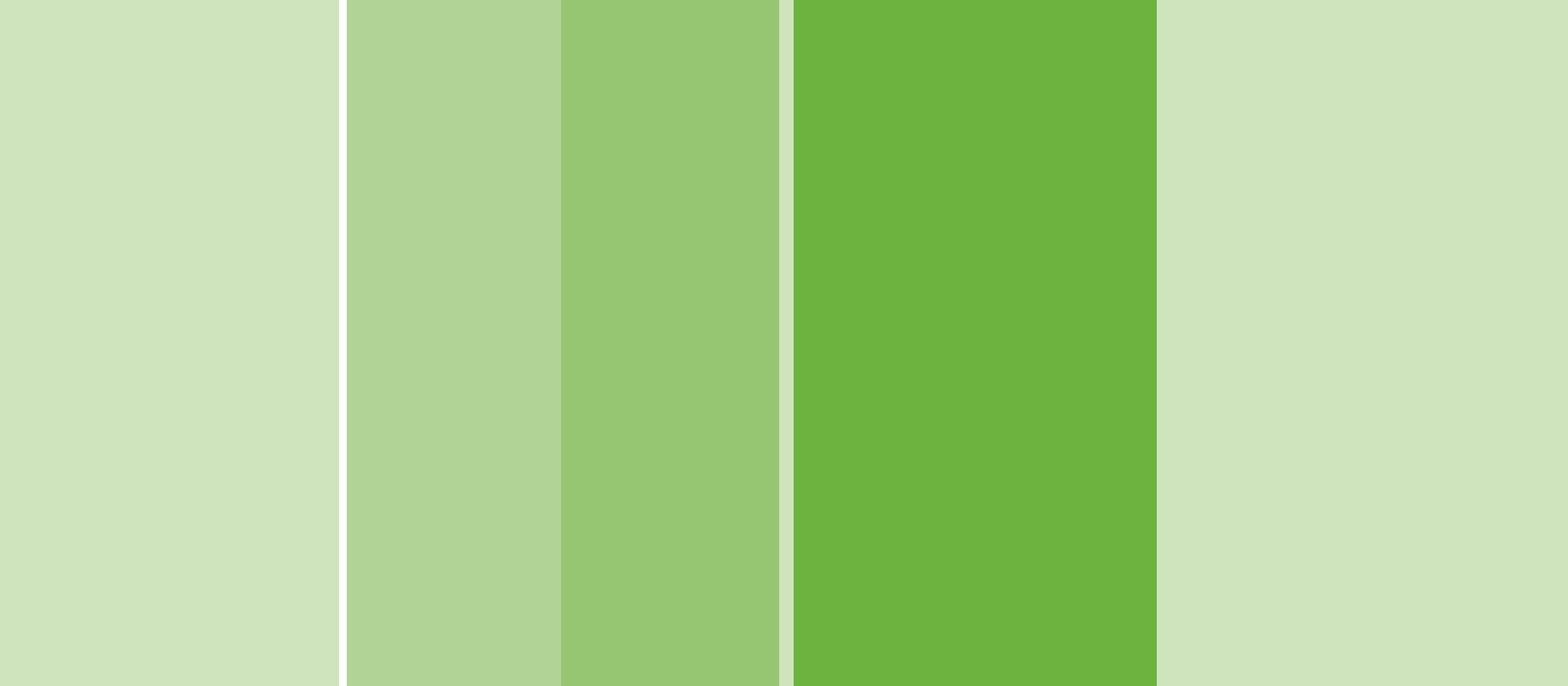
“Casi todos estaríamos de acuerdo en que el propósito de los sistemas de atención en salud, en su núcleo y a través de sus numerosas partes, es proporcionar el más alto nivel de calidad al menor costo, de la manera más equitativa y al mayor número de personas.”

A. Donabedian, 1986

PARTE I

Metodología del informe

La formulación de la metodología para elaborar el 1er Informe Nacional de la Calidad de la Atención en Salud, INCAS Colombia 2009, se ordenó en 11 pasos que inician con la identificación y definición de las dimensiones de la calidad en la atención en salud, a ser medidas y evaluadas, y terminan con la elaboración y divulgación del informe final. Sin embargo, para dar cuenta de la elección de las dimensiones así como de todo el diseño metodológico, se llevó a cabo –primero– una revisión internacional de experiencias de informes nacionales de calidad de la atención en salud y –segundo– se elaboró un marco conceptual de referencia, que permitió modelar el concepto de calidad de la atención en salud y definir los mecanismos para abordar su medición. Por último, en un paso adicional en la secuencia metodológica, se formulan y recomiendan los mecanismos de desarrollo y consolidación de posteriores informes bienales. En esta primera parte del Informe, el primer capítulo corresponde a la revisión y análisis de las experiencias de otros países en la elaboración de informes de calidad en la atención en salud; y el segundo capítulo corresponde al marco conceptual mediante el cual se elabora –de manera original y novedosa– la noción de calidad de la atención en salud, que se desarrolla en INCAS Colombia 2009. Una vez presentada la discusión teórica, el tercer capítulo describe con detalle la secuencia metodológica de la investigación que condujo a la elaboración de este Informe.





Capítulo 1

Revisión internacional de informes nacionales de calidad de la atención en salud

Este primer capítulo tiene como propósito identificar y hacer una revisión analítica de los informes nacionales de calidad de la atención en salud que se han desarrollado en diversos países del mundo, con la finalidad de explorar la contribución que estas experiencias puedan tener en el direccionamiento del diseño del Primer Informe Nacional de Calidad en Salud en Colombia, utilizando como instrumento principal de abordaje, el método vigente para revisión sistemática de literatura científica (Centre for Reviews and Dissemination, 2008).

De manera específica, este tipo de revisión sistemática se realizó en busca de información pertinente que permitiera hacer recomendaciones acerca del diseño de la metodología, los contenidos y organización de los informes, las medidas e indicadores seleccionados, las fuentes de información y la forma de divulgación, entre otras.

El método general de trabajo, para la revisión sistemática, incluyó tres fases:

- Fase 1: Preliminar (Preguntas de estudio, objetivo y diseño de estrategia de búsqueda).
- Fase 2: Estrategia de búsqueda
- Fase 3: Análisis de los informes nacionales de calidad en salud encontrados.

1.1. Fase 1. Preliminar

Preguntas de estudio: ¿Existen informes nacionales de calidad en salud en otros países el mundo? Y si es así, ¿Cuáles son las metodologías empleadas? ¿Qué podremos aprender de ellas para un informe nacional de calidad en Colombia?

La revisión internacional pretende conocer la existencia de informes nacionales de calidad en el mundo y aprender de ellas para el primer informe en Colombia.

Objetivos: Obtener, mediante la mejor evidencia disponible, las metodologías empleadas en el desarrollo de informes de calidad de alcance nacional, de países con sistemas de salud cuya estructura sea similar a la de Colombia.

Estrategia de búsqueda - criterios de depuración: Se definió un conjunto de 7 criterios sobre los cuales se realizó la depuración para la selección final dentro del proceso de búsqueda:

- El tema central del informe es la calidad en el cuidado de la salud.
- El propósito central del informe es la divulgación e información a la sociedad general.
- El informe tiene un alcance nacional en cada país.
- El informe presenta un paquete de medidas/indicadores con representatividad nacional.
- El informe presenta un marco conceptual que define las dimensiones de la calidad, sus mediciones y los criterios de inclusión.
- El informe se publica regularmente.

- El informe define e identifica las fuentes de información, y tiene un modelo de análisis de los datos encontrados.

1.2. Fase 2. Estrategia de la búsqueda

A partir de las preguntas de estudio y la definición del objetivo, se propuso una búsqueda sistemática, progresiva y escalonada en bases de datos y con descriptores seleccionados, que se fueron depurando a partir de una secuencia de criterios predefinidos, ordenados en cinco pasos que se describen a continuación.

Paso 1. Búsqueda inicial de publicaciones

- Bases de datos iniciales:
PUBMED y LILACS
- Fechas límite:
1956 a 31 de octubre de 2009
- Numeración de descriptores:

#2 Quality of Health Care, #3 Quality of Healthcare, #4 Quality of Health Services, #5 Quality Indicators, #6 National Health, #7 National Health Service, #8 National Healthcare, #9 Quality Assurance and Health Care, #10 Management Quality, #11 Quality Control, #12 Outcome Assessment and Health Care, #13 Health Care Evaluation Mechanisms, #14 Report, #15 Measures.

- Estrategia utilizada:

((#2 OR #3 OR #4) AND (#5 OR #15[All Fields]) AND (#6 OR #7 [All Fields] AND #8 OR #9) OR (#10[All Fields] OR # 12) OR #13 OR #14).

- Restricciones:
No se aplicaron restricciones de lenguaje, ni geográficas.
- Referencias cruzadas:
Datos de otras publicaciones y otras bases de datos:

EMBASE, DARE, CDSR Cochrane Database of Systematic Reviews, NICE, HTA Health Technology Assessment, Campbell Collaboration, EPPI The Evidence for Policy and Practice Information and Coordinating Centre NGC, National Guideline Clearinghouse, NHS Centre for Reviews and Dissemination(NHS CRD), SIGN The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, National Health and Medical Research Council (NHMRC), National Centre for Health Outcomes Development (UK), Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), los recursos electrónicos de los Ministerios de salud de países de interés aplicando la misma estrategia descrita.

- Límites:
Literatura aplicada a seres humanos.
- Publicaciones encontradas:
168.786.
Ver Tabla 1.

Paso 2. Priorización por países

De los resultados de la búsqueda inicial se realizó una priorización de las publicaciones que procedieran de los países de interés concertados, con sistemas de salud cuya estructura sea similar a la de Colombia. Posteriormente, se realizó una selección de países de interés y un análisis comparativo de los sistemas de salud de cada uno de ellos.

Este análisis comparativo se puede consultar en la página Web: MPS-SOGC-INCAS.

En esta etapa se disminuyó en un 27% aproximadamente el grupo de publicaciones seleccionadas en el Paso 1. Ver Tabla 2.

- Número de publicaciones descartadas: 45.237
- Número de publicaciones duplicadas: 428
- Número final de publicaciones: 123.121

La revisión sistemática concentró su esfuerzo en una primera aproximación de búsqueda sobre los países de interés en los que se verificó la existencia o no de informes nacionales de calidad. Estos países corresponden a aquellos que pudieran ser comparables con la estructura de nuestro sistema, esto es, países con sistemas de salud con regímenes de aseguramiento donde converjan o compitan actores públicos

y privados en su operación, y en segundo lugar, países que aunque tengan estructuras diferentes, presentan evidencia de tener algún tipo de desarrollo en materia de informes nacionales de calidad en salud. Se hizo una primera exploración por continentes, basada en la selección de países con mejores resultados en el desempeño de sus sistemas de salud, tomando como referencia la calificación del índice de la Organización Mundial de la Salud, OMS, para medir el “logro global del sistema de salud”² (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000). Se seleccionaron los países con un índice superior a 90 puntos. En el caso europeo, dado el número elevado de países que tienen una calificación superior a 90, se agregó una selección por subregiones, y se escogió un grupo específico de países, a partir de la información sobre desarrollos específicos de calidad en sus sistemas de salud (Paso1). Ver Tabla 3.

2. El desempeño global de los sistemas de salud se midió estableciendo una relación entre el logro global y el gasto de los sistemas de salud. La medida compuesta de la meta máxima alcanzable se calculó usando un modelo de producción de frontera que estableció una relación entre el logro global del sistema de salud y el gasto de salud y otros factores determinantes ajenos al sistema de salud, representados en este caso por el nivel de instrucción. Los resultados de este análisis en gran parte fueron invariantes con relación a la especificación del modelo usado.

Tabla 1. Síntesis de los hallazgos búsqueda inicial en bases de datos

| Bases de datos | PUBMED | LILACS | EMBASE | DARE | CDSR | NICE | OTROS | TOTAL |
|----------------|---------|--------|--------|-------|------|------|-------|---------|
| | 159.976 | 2.847 | 448 | 1.426 | 521 | 268 | 3.300 | 168.786 |

Tabla 2 – Distribución de documentos excluidos por países

| País | % de exclusión |
|-------------------|----------------|
| Rusia | 8,5 |
| Cuba | 9,3 |
| Nicaragua | 2 |
| Nigeria | 9,7 |
| Antigua y Barbuda | 7,2 |
| Austria | 9,2 |
| Costa Rica | 11,4 |
| Panamá | 8,6 |
| Sudáfrica | 9,2 |
| Venezuela | 11,7 |
| Otros | 13,2 |

Tabla 3. Selección de países según índice global de desempeño de los sistemas de salud, ranking OMS 2000.

| Continentes / Subregión | Estado miembro ONU | Ranking mundial | Logro global en el sistema de salud | Conjunto selección |
|-------------------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------|--------------------|
| Oceanía | Australia | 12 | 91,33 | Sí |
| Oceanía | New Zelanda | 26 | 90,11 | Sí |
| Europa Oeste | Andorra | 17 | 91,01 | |
| Europa Oeste | España | 19 | 90,96 | Sí |
| Europa Noroeste | Reino Unido | 9 | 91,61 | Sí |
| Europa Noroeste | Irlanda | 25 | 90,23 | |
| Europa Nórdica | Noruega | 3 | 92,20 | |
| Europa Nórdica | Suecia | 4 | 92,01 | Sí |
| Europa Nórdica | Islandia | 16 | 91,02 | |
| Europa Nórdica | Dinamarca | 20 | 90,86 | Sí |
| Europa Nórdica | Finlandia | 22 | 90,78 | |
| Europa Central | Suiza | 2 | 92,25 | Sí |
| Europa Central | Luxemburgo | 5 | 92,00 | |
| Europa Central | Países Bajos | 8 | 91,62 | Sí |
| Europa Central | Francia | 6 | 91,93 | |
| Europa Central | Austria | 10 | 91,47 | |
| Europa Central | Bélgica | 13 | 91,29 | |
| Europa Central | Alemania | 14 | 91,28 | Sí |
| Europa Mediterránea | Italia | 11 | 91,35 | |
| Europa Mediterránea | Mónaco | 18 | 91,00 | |
| Europa Mediterránea | San Marino | 21 | 91,00 | |
| Europa del Este | Grecia | 23 | 90,52 | |
| Asia | Japón | 1 | 93,45 | Sí |
| Asia | Israel | 24 | 90,50 | Sí |
| América Norte | Canadá | 7 | 91,71 | Sí |
| América Norte | Estados Unidos | 15 | 91,07 | Sí |
| América Central | Cuba | 40 | 84,25 | |
| América Central | Costa Rica | 45 | 82,53 | |
| América Central | México | 51 | 81,08 | Sí |
| América Central | República Dominicana | 66 | 78,14 | |
| América Caribe | NO | | | |
| América del Sur | Chile | 33 | 85,99 | Sí |
| América del Sur | Colombia | 41 | 83,78 | Sí |
| América del Sur | Argentina | 49 | 81,56 | Sí |
| América del Sur | Uruguay | 50 | 81,23 | |
| América del Sur | Brasil | 125 | 68,90 | Sí |
| África | NO | | | |

Tabla 4. Perfil socioeconómico y demográfico del conjunto de países seleccionados comparados con Colombia

| País | Año | América del Norte | | | | | | | | | | América Latina | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------------|---------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------|------------|-------------|------------|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|----------------|-------------|-------------|-------------|--|
| | | Oceania | | | | | Europa | | | | | Asia | | | | | América Latina | | | | |
| Indicador | Valor (año) | Australia | Nueva Zelanda | España | Reino Unido | Suecia | Países bajos | Dinamarca | Suiza | Alemania | Japón | Israel | Canadá | USA | Chile | Argentina | México | Costa Rica | Colombia | Brazil | |
| Población (en miles) total | | 20.530 | 4.140 | 43.887 | 60.512 | 9.078 | 16.379 | 5.430 | 7.455 | 82.641 | 127.953 | 6.810 | 32.577 | 302.841 | 16.465 | 39.134 | 105.342 | 4.399 | 45.558 | 189.323 | |
| Tasa de crecimiento demográfico anual (%) | | 1.1 | 1.0 | 1.1 | 0.4 | 0.4 | 0.3 | 0.2 | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 1.7 | 0.9 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.0 | 1.6 | 1.4 | 1.3 | |
| Población en áreas urbanas (%) | | 88.0 | 86.0 | 77.0 | 90.0 | 84.0 | 81.0 | 86.0 | 76.0 | 75.0 | 66.0 | 92.0 | 80.0 | 81.0 | 88.0 | 90.0 | 76.0 | 62.0 | 73.0 | 85.0 | |
| Población de edad media (años) | | 37 | 36 | 39 | 39 | 40 | 39 | 40 | 40 | 42 | 43 | 29 | 39 | 36 | 31 | 29 | 26 | 26 | 26 | 27 | |
| Proporción de la población mayor de 60 (%) | | 18.0 | 17.0 | 22.0 | 22.0 | 24.0 | 20.0 | 22.0 | 21.0 | 25.0 | 27.0 | 13.0 | 18.0 | 17.0 | 12.0 | 14.0 | 9.0 | 8.0 | 8.0 | 9.0 | |
| Proporción de la población menor de 15 (%) | | 19.0 | 21.0 | 14.0 | 18.0 | 17.0 | 18.0 | 19.0 | 16.0 | 14.0 | 14.0 | 28.0 | 17.0 | 21.0 | 24.0 | 26.0 | 30.0 | 28.0 | 30.0 | 28.0 | |
| Tasa de fecundidad de adolescentes (%) | | 16.0 (2003) | 27.0 (2004) | 10.0 (2002) | 27.0 (2002) | 7.0 (2002) | 7.0 (2003) | 6.0 (2004) | 5.0 (2002) | 11.0 (2004) | 6.0 (2004) | 15.0 (2004) | 14.0 (2003) | 43.0 (2002) | 49.0 (2003) | 62.0 (2001) | 94.0 (2000) | 77.0 (2003) | 92.0 (2003) | 71.0 (2000) | |
| Tasa global de fecundidad (por mujer) | | 1.8 | 2.0 | 1.4 | 1.8 | 1.8 | 1.7 | 1.8 | 1.4 | 1.4 | 1.3 | 2.8 | 1.5 | 2.1 | 1.9 | 2.3 | 2.3 | 2.1 | 2.3 | 2.3 | |
| Ingreso nacional bruto per capita (en USD) | | 34.060 | 27.220 | 28.030 | 35.560 | 35.070 | 37.580 | 36.460 | 40.930 | 31.830 | 33.150 | 21.760 (2000) | 34.610 | 44.260 | 11.270 | 15.390 | 11.410 | 10.770 | 7.620 | 8.800 | |
| Población que vive por debajo de la línea de pobreza | | | | | | | | | | | | | | | <2.0 (2000) | 6.6 (2004) | 3.0 (2004) | 3.3 (2003) | 7.0 (2003) | 7.5 (2004) | |
| Tasa neta de escolarización (%) mujeres | | 97.0 | 99.0 | 99.0 | 99.0 | 97.0 | 97.0 | 96.0 | 90.0 | 86.0 (1991) | 100.0 | 98.0 | 100.0 (2000) | 92.0 | 89.0 | 98.0 (2003) | 97.0 (1991) | 88.0 (2006) | 88.0 (2004) | | |
| Tasa neta de escolarización (%) hombres | | 96.0 | 99.0 | 100.0 | 99.0 | 97.0 | 99.0 | 95.0 | 90.0 | 83.0 (1991) | 100.0 | 97.0 | 99.0 (2000) | 91.0 | 90.0 | 99.0 (2003) | 98.0 (1991) | 87.0 (2006) | 94.0 (2004) | | |
| Tasa neta de alfabetización adultos (%) | | | | 96.5 (1991) | | | | | | | | | | 95.7 (2002) | 97.2 (2001) | 91.6 (2005) | 94.9 (2000) | 92.8 (2005) | 88.6 (2004) | | |

En América, sólo Canadá y Estados Unidos superan la calificación de 90 puntos. Sin embargo, se agregan aquellos países de puntaje similar al de Colombia, con 84 puntos; estos son: Chile, Argentina, México, Costa Rica y México. Se agregó Brasil a pesar de su baja calificación, por su importancia regional.

Los países seleccionados fueron finalmente: Australia, Nueva Zelanda, España, Reino Unido, Suecia, Países Bajos, Dinamarca, Suiza, Alemania, Japón, Israel, Canadá, Estados Unidos, México, Costa Rica, Chile, Argentina, Brasil y el grupo de países de la OCDE.

Posteriormente, se hizo una revisión breve del perfil de organización de los sistemas de salud de cada país, con el fin de contextualizar la búsqueda, valorando si poseen sistemas de aseguramiento donde converjan o compitan actores públicos y privados, y si cuentan con informes nacionales de calidad en salud y otras fuentes relacionadas. En la revisión de cada

país se utilizó como fuente principal los registros oficiales de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2007). En la Tabla 3, se presenta una comparación de los perfiles socio económico y demográfico, entre Colombia y los países seleccionados, con el propósito de visualizar los atributos básicos sobre los que se desempeñan los sistemas de salud y sus sistemas de calidad. Ver Tabla 4.

Paso 3. Selección de publicaciones con alcance nacional

Uno de los criterios claves de la búsqueda correspondió al alcance de las publicaciones, cuyos resultados y método de elaboración tuvieran un impacto del orden nacional en el respectivo país. De esta forma, se disminuyó el grupo seleccionado en el paso anterior, en un 99% aproximadamente. Ver Tabla 5.

- Número de publicaciones descartadas: 122.578
- Número final de publicaciones: 543

Tabla 5. Distribución de documentos excluidos

| Tipo de documentos | % de exclusión |
|--|----------------|
| Ensayo clínico | 29,8 |
| Ensayo clínico aleatorizado | 25,4 |
| Estudio multicéntrico | 12,9 |
| Webcasts | 8,7 |
| Guías clínicas | 5,7 |
| Guías de práctica clínica | 4,5 |
| Retractación de publicación | 3,44 |
| Ensayo clínico fase IV | 1,9 |
| Patient Education Handout | 1,5 |
| Reporte de caso | 1,4 |
| Conferencia clínica | 0,89 |
| Ensayo clínico fase I | 0,7 |
| Biografía | 0,5 |
| Revisión de integridad científica | 0,4 |
| In Vitro | 0,3 |
| Apoyo a la investigación. Sin recursos gobierno Estados Unidos | 0,29 |
| Ensayo clínico fase II | 0,2 |
| Casos legales | 0,2 |
| Periodical Index | 0,2 |
| Apoyo a la investigación, NIH., extramuros | 0,2 |
| Artículo de periódico | 0,14 |
| Tutorial interactivo | 0,12 |
| Apoyo a la investigación. Con recursos gobierno Estados Unidos | 0,12 |
| Ensayo clínico fase III | 0,1 |
| Conferencias | 0,1 |
| Otros | 0,3 |

Paso 4. Análisis de la calidad metodológica

Se realizó una revisión, por parte de pares expertos consultores del proyecto, de los documentos seleccionados, basada en los títulos y resúmenes. En este paso se analizó la descripción de la metodología de la publicación y se valoraron las fuentes de información, métodos de síntesis de datos, concordancia de los datos y si las conclusiones de los autores reflejan con precisión la evidencia que fue revisada. Un tercer revisor realizó un análisis aleatorizado del 30% de los artículos finales y de la concordancia de la revisión por par. La tasa de aceptación fue del 97.5%.

- Número de publicaciones excluidas: 478
- Número de publicaciones depuradas final: 65

El listado de publicaciones excluidas se puede revisar en la página Web: INCAS-SOGC-MPS.

Paso 5. Cumplimiento de requisitos de inclusión

En este paso se identificaron los documentos que cumplen con las anteriores características propias de un In-

Se seleccionaron 11 estudios provenientes de 9 países, junto con el informe de calidad de los países que integran la OCDE.

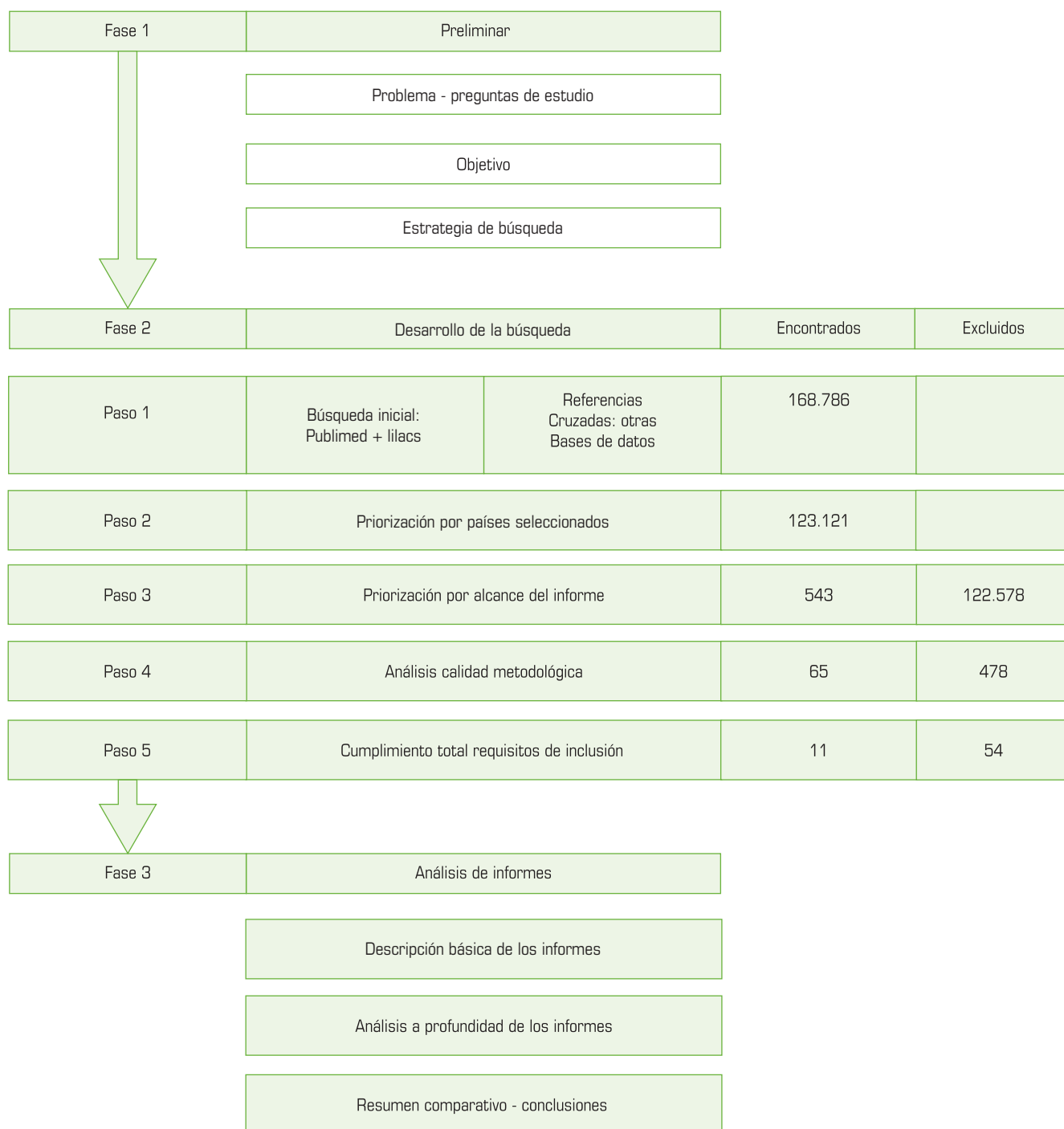
forme Nacional de Calidad, teniendo en cuenta el criterio de inclusión del Paso 4. Luego de este análisis, el grupo se redujo a 11 estudios considerados de gran relevancia, correspondientes a 9 países. Se agregó un estudio adicional, que corresponde a los informes de calidad generados por la OCDE donde se contrasta la información de sus países asociados, dada la relevancia de este proyecto y su potencial de aporte al proyecto INCAS. Los restantes 54 estudios se consideraron accesorios o complementarios para el análisis. Ver Tabla 6.

La Ilustración 1 resume el proceso de selección de las publicaciones.

Tabla 6. Informes Nacionales de Calidad en Salud identificados

| No. | Informes Nacionales de Calidad en Salud | Países |
|-----|---|----------------|
| 1 | "Charting the Safety and Quality of Healthcare in Australia" y "Towards National Indicators of Safety and Quality In Healthcare". | Australia |
| 2 | "The Quality Improvement Committee: First Report to the Minister of Health: February 2007 to June 2008". | Nueva Zelanda |
| 3 | "Nationella Kvalitetsindikatorer Inom Hälso- Och Sjukvården" ("Los Indicadores Nacionales de Calidad en Salud"). 2006. "Nationella Indikatorer För God Vård" 2009. ("Indicadores Nacionales de Buena Salud"). | Suecia |
| 4 | "The National Indicator Project". | Dinamarca |
| 5 | "The Annual Health Check". | Reino Unido |
| 6 | "Inclasns - Indicadores Clave del SNS 2007". | España |
| 7 | "Quality Indicators for Community Health Care in Israel Public Report 2005-07". | Israel |
| 8 | "Health Indicator 2009" | Canadá |
| 9 | NHQR – "National Health Quality Report" | Estados Unidos |
| 10 | NHDR – "National Health Disparities Report" | Estados Unidos |
| 11 | SOHCQ – "The State of Health Care Quality". | Estados Unidos |
| 12 | 2006 OCDE Paper ²² "Healthcare Quality Indicators Project Initial Report, that Was Based on Data Collected Between 2003 and 2005 and Released in 2006". | Países OCDE |
| | 2007 OCDE Paper ²⁹ Healthcare Quality Indicators Project 2006 Data Collection Update Report. | Países OCDE |

Ilustración 1. Resumen de los resultados, en cada paso de la fase de búsqueda



1.3. Fase 3. Selección e identificación

Se diseñó un instrumento llamado “matriz básica de identificación”, que describe la localización y selección específica de los 11 Informes Nacionales de Calidad encontrados y los documentos conexos no seleccionados.

La información se catalogó en dos segmentos: 1° Informes nacionales de calidad, que cumplen con los criterios de inclusión y 2° Otros informes y mediciones de calidad y salud, que sin cumplir todos los criterios, tienen información relevante para considerar en los análisis. El resultado se describe en la Tabla 7.

Tabla 7. Lista de Informes Nacionales de Calidad identificados (Matriz básica de identificación)

| Continente | No. | Países | Informes nacionales de calidad en salud | | | |
|------------|--|--|--|--|--------------------|--|
| | | | Nombre | Entidad que lo genera | Reportes | Dominios calidad |
| Oceanía | 1 | Australia | “Charting The Safety and Quality Of Healthcare In Australia”. | Australian Commission on Safety and Quality In Healthcare ACSQHC | 2004 | Seguridad (Safety), Efectividad (Effectiveness), Aceptabilidad- idoneidad (Appropriateness), Capacidad de respuesta centrada en el paciente (Responsiveness), Acceso (Accessibility) |
| | | | http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F3D3F3274D393DFCCA257483000D8461/\$File/chartbk.pdf | | | |
| | “Towards National Indicators of Safety and Quality In Healthcare”. | AIHW - Australian Institute for Health and Welfare | 2009 | Seguridad, Aceptabilidad- Idoneidad , Efectividad , Continuidad (Continuity), y Capacidad de respuesta centrada en el paciente | | |
| | 2 | Nueva Zelanda | The Quality Improvement Committee: First Report to the Minister of Health: February 2007 to June 2008. | The Quality Improvement Committee. Wellington | 2007-2008 | Seguridad del paciente, Centralizado en el paciente, Eficacia-costo |
| | | | http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/4B946D73F267065CCG2575270070E835 | | | |
| Europa | 3 | Suecia | “Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården” (“Indicadores nacionales de calidad en salud”). 2006. | “SOCIALSTYRELSEN”- Swedish National Board of Health and Welfare | 2006 y 2009. | Eficiencia, Oportunidad, Seguridad, Centralizado en el paciente, Eficacia y Equidad. |
| | | | “Nationella indikatorer för God vård” 2009. (“Indicadores nacionales de buena salud”). | | | |
| | | | | http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-107-13 http://www.socialstyrelsen.se/uppfoljning/indikatorer/godvard/Documents/lista%20indikatorer%20god%20v%C3%A5rd.pdf | | |
| | 4 | Países Bajos - Holanda | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 5 | Dinamarca | “The National Indicator Project”. | Ministry of Health and Prevention of Denmark. | 2008 - 2009 poster | Efectividad – Indicadores clínicos (Clinical Indicators) |
| | | | http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project http://www.sum.dk/publikationer/healthcare_in_dk_2008/kap06.htm | | | |

Continúa

Continuación

| | | | | | | |
|-------------------|-------------|---|--|---|---|--|
| Europa | 6 | Reino Unido | The Annual Health Check. http://www.ic.nhs.uk/services/measuring-for-quality-improvement | NHS - Commission for Healthcare Audit and Inspection. | 2007-08 Y 2008-09. | Seguridad, Efectividad + Experiencia del paciente |
| | 7 | Suiza | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 8 | Alemania | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 9 | España | "INCLASNS - Indicadores clave del SNS 2007". http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/inclasSNS_DB.htm#inicio | Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información | 2007 | Accesibilidad, Calidad y resultados de la atención (Calidad de la provisión, |
| Asia | 10 | Japón | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 11 | Israel | Quality Indicators for Community Health Care in Israel Public Report 2005-07. http://www.israelhpr.org.il/english/activity.php?aid=9a040032568018bbb50e53882cd9d968&did=43 | The Israeli National Quality Indicators Program. State of Israel. Ministry of Health / The Israel Institute for Health Policy and Health Services Research / Health Council | 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008. | Efectividad |
| América del Norte | 12 | Canadá | "Health indicator 2009". http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_152_E | CIHI - Canadian Institute for Health Information. | 2002 A 2009 | Aceptabilidad, Accesibilidad, Pertinencia, Competencia, Continuidad, Efectividad, Eficiencia, Seguridad. |
| | 13 | Estados Unidos | NHQR - National Health Quality Report + NHDR - National Health Disparities Report http://www.ahrq.gov/qual/qrd08.htm | Agency of Healthcare Research and Quality - (AHRQ) / US Department of Human and Health Services (HHS). | 2003 A 2008 | Seguridad, Efectividad, Oportunidad (Timeliness), Centralizado en el paciente + Eficiencia |
| | | | SOHCQ - The State of Health Care Quality. http://www.ncqa.org/tabid/836/Default.aspx | NCQA - The National Committee for Quality | 2000 A 2009 | Efectividad, Satisfacción de los Usuarios |
| América Latina | 14 | Chile | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 15 | Argentina | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 16 | Brasil | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 17 | Costa Rica | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| | 18 | México | No hay evidencia de informe específico que cumpla requisitos de inclusión. | | | |
| Otras Categorías | Países OCDE | 2006 OCDE paper22 "healthcare quality indicators project inicial report, that was based on data collected between 2003 and 2005 and released in 2006". http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf | OCDE | 2003-2005 | Seguridad, Efectividad, Capacidad de respuesta/ Centralizado en el paciente | |
| | | 2007 OCDE paper29 Healthcare quality indicators project 2006 data collection update report. http://www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf | OCDE | 2006 | | |

Revisión de informes internacionales

Luego de identificar los informes nacionales pertinentes para este Informe, se hizo una revisión más detallada al interior de cada uno de ellos. Para ello, se diseñó un instrumento que tiene tres componentes: (a) características básicas del informe, (b) metodología del informe y (c) resultados, con sus atributos específicos. Ver Tabla 8.

Para cada estudio incluido se recolectó información en relación a los objetivos, alcance, fuentes de datos, variables consideradas y motivos de inclusión, paquetes de indicadores y/o medidas evaluadas, instrumentos de recolección de información, metodología utilizada para la construcción del informe, resultados obtenidos, expectativas y/o recomendaciones. A continuación se desarrollan los contenidos de cada uno de los informes. Los contenidos completos de cada ficha pueden verse en los vínculos del sitio web, INCAS-SOGC-MPS.

1. National Health Quality Report (NHQR) - Estados Unidos

El desarrollo de los informes nacionales de calidad en la atención de salud de los Estados Unidos de América inicia con el mandato legislativo del congreso en 1999 para que el Gobierno federal presente un informe anual de la calidad de los servicios de salud en los Estados de la unión. Se encargó su desarrollo a la Agencia de Investigación en Atención en Salud y Calidad (Agency of Healthcare Research and Quality) que hace parte del Department of Human and Health Services (HHS). La AHRQ contrató el diseño del informe con el Instituto de Medicina (IOM), el cual quedó plasmado en el 2001 en el documento *Envisioning the National Health Care Report* (Hurtado, Swift, & Corrigan, 2001).

Para decidir cuáles medidas deberían ser contempladas en este informe, otro grupo intersectorial se encargó de consultar con las agencias federales relevantes y algunas del sector

Tabla 8. Matriz extendida de los atributos de cada informe nacional de calidad identificado

| Id. | Item | País 1 | País 2 | País n |
|-----|--|--------|--------|--------|
| 1 | Caracterización del informe | | | |
| 1.1 | Nacionalidad | | | |
| 1.2 | Nombre del informe | | | |
| 1.3 | Fecha del informe | | | |
| 1.4 | Periodicidad | | | |
| 1.5 | Autor | | | |
| 1.6 | Objetivo | | | |
| 1.7 | Alcance territorial | | | |
| 1.8 | Forma de presentación del informe | | | |
| 1.9 | Localización (web u otra) | | | |
| 2 | Metodología del informe | | | |
| 2.1 | Enfoque | | | |
| 2.2 | Marco conceptual (Dimensiones de la calidad) | | | |
| 2.3 | Organización del informe | | | |
| 2.4 | Método de elaboración del informe | | | |
| 2.5 | Mediciones e indicadores seleccionados | | | |
| 2.6 | Criterios de inclusión de mediciones e indicadores | | | |
| 2.7 | Fuentes de datos | | | |
| 2.8 | Principales variaciones entre informes | | | |
| 2.9 | Número de indicadores | | | |
| 3 | Resultados | | | |
| 3.1 | Presentación resultados | | | |
| 3.2 | Presentación conclusiones y recomendaciones | | | |

privado, qué medidas consideraban pertinentes. Unas 600 medidas/indicadores fueron sugeridas por estas agencias. La clasificación y evaluación se hizo a partir de los siguientes criterios (Hurtado et al., 2001):

- Importancia de la medida: Impacto de la medida, importancia del tema evaluado para directivas de la salud y usuarios.
- La solidez científica: Si el indicador refleja lo que se intenta medir, si representa una medida estable entre varios grupos poblacionales, y si existe evidencia científica que soporte esta medida.
- La viabilidad de la medida: ¿Está en uso la medida?, ¿Es posible recolectar los datos en la escala y tiempo que se requiere? ¿Qué costos tendrá la recolección de los datos necesarios? ¿Es posible el uso de esta medida para comparar diferentes grupos poblacionales?

Al aplicar estos criterios, las medidas se redujeron a 140 para el primer informe de calidad, que incluyen tanto medidas de proceso como medidas de resultados. Ver Tabla 9.

2. *National Healthcare Disparities Report (NHDR) – Estados Unidos.*

Muy cercano al reporte NHQR se encuentra el Reporte Nacional de Desigualdades en Atención en Salud (National Healthcare Disparities Report - NHDR), realizado por la misma agencia. A diferencia del NHQR, el marco conceptual del NHDR agrega una dimensión para presentar desigualdades raciales/étnicas y socioeconómicas: medidas del acceso a los servicios y cómo se perciben éstas dentro de subconjuntos de población. Ver Tabla 10.

Tabla 9. National Health Quality Report (NHQR) – Estados Unidos

| Caracterización del Informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Estados Unidos |
| Nombre del informe | National Health Quality Report (NHQR) |
| Fecha del informe | 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 |
| Periodicidad | Anual |
| Autor | Los reportes son elaborados por la "Agency for Healthcare Research and Quality" (AHRQ), que hace parte del Department of Health and Human Services (HHS). |
| Objetivo | El reporte apunta a resolver dos interrogantes: ¿Cuál es el estado de la calidad del cuidado médico en los Estados Unidos? y ¿Cómo la calidad del cuidado médico dado a los americanos ha ido cambiando con el tiempo? El informe muestra evidencias sobre mejoras en la calidad; así como también señala áreas específicas en las que se pueden llevar a cabo avances importantes. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Web + copias impresas (a manera de "chartbooks") |
| Localización | http://www.ahrq.gov/qual/measurix.htm |

Tabla 10. National Healthcare Disparities Report – Estados Unidos

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Estados Unidos |
| Nombre del informe | National Healthcare Disparities Report (NHDR) |
| Fecha del informe | 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 |
| Periodicidad | Anual |
| Autor | Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Department of Health and Human Services |
| Objetivo | Se concentra en las poblaciones prioritarias como mujeres, niños, ancianos, grupos raciales y étnicos, grupos de bajos ingresos, residentes de zonas rurales y personas con necesidades especiales de atención médica; especialmente niños, personas que requieren cuidados a largo plazo y pacientes de cuidados terminales. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Recursos electrónicos, copias impresas (a manera de "chartbook") |
| Localización (web u otra) | http://www.ahrq.gov/qual/measurix.htm |

3. *The State of Health Care Quality (SOHCQ) – Estados Unidos.*

El informe anual del estado de la calidad en los servicios de salud en Estados Unidos es realizado por el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance – NCQA). Este Comité, fundado en 1990, es una entidad privada, sin fines de lucro dedicada a mejorar la calidad de la atención de la salud. La principal contribución del NCQA es la de medir regularmente en forma estadística la calidad de la atención prestada por los planes de salud en Estados Unidos. El informe anual de resultados se ha convertido en un tema de interés para los medios de comunicación, los consumidores y los planes de salud, que utilizan estos resultados para definir la agenda de mejora para el año siguiente. Ver Tabla 11.

4. *Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia*

En Australia, antes del año 2004, el Comité Nacional de la Salud de Australia, presentaba datos del funcionamiento del sistema de salud, con poca información en relación al tema de calidad. Se desarrolló entonces una publicación con la esperanza de llenar este vacío, centrándose en los dominios cruciales de la calidad. Ver Tabla 12.

Tabla 11. *The State of Health Care Quality – Estados Unidos*

Caracterización del informe

| | |
|-----------------------------------|---|
| País | Estados Unidos |
| Nombre del informe | The State of Health Care Quality (SOHCQ). |
| Fecha del informe | 2000-2009 |
| Periodicidad | Anual |
| Autor | National Committee for Quality Assurance (NCQA) |
| Objetivo | Determinar cuál es el estado de calidad en relación al cuidado médico y cómo ha ido variando con el tiempo; y en relación con las disparidades en la atención |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Vía web, incluye videos con conferencia de prensa, copias impresas en formato PDF |
| Localización (web u otra) | http://www.ncqa.org/communications/SOMC/SOHC2004.pdf |

Tabla 12. *Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia*

Caracterización del informe

| | |
|-----------------------------------|--|
| País | Australia |
| Nombre del informe | Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia. |
| Fecha del informe | 2004 |
| Autor | Australia Commission on Safety and Quality in Healthcare |
| Objetivo | Determinar el grado en el cual el cuidado médico es eficaz, pertinente, seguro, accesible y responsable para proporcionar un mecanismo de discusión entre los proveedores del cuidado médico, legisladores, pacientes y la comunidad en general. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Vía Internet, copias impresas (a manera de "chartbook") |
| Localización | http://www.safetyandquality.gov.au/ |

5. Indicadores de calidad en salud – Canadá

En 1999 el Instituto Canadiense de Información y Estadísticas de Salud (Canadian Institute for Health Information and Statistics) inició un proyecto colaborativo para identificar indicadores que sirvieran para reportar el estado de salud de la población canadiense y el funcionamiento del sistema de salud. En el primer consenso participaron 81 expertos regionales, de las provincias y territorios, gobierno federal, asociaciones nacionales, investigadores, académicos, consumidores y otros grupos. De esta manera se establecieron prioridades de lo que debía ser evaluado y de lo que podía medirse con la información disponible. Se eligieron los indicadores potenciales y se sometieron a votación, aquellos con el 75% de los votos fueron confirmados, los que tuvieron menos del 70% se excluyeron y los que tuvieron entre 70 a 75% fueron revisados.

Además de establecer los indicadores que podían medirse en ese momento se propusieron indicadores que debían desarrollarse en el futuro. Posteriormente se realizó un nuevo consenso en 2005 donde se discutió la inclusión de nuevos indicadores y se revisó la permanencia de otros por medio del mismo sistema de votación. Como resultado de este proyecto existe en Canadá el informe “Health Indicators”. Ver Tabla 13.

6. Indicadores nacionales de calidad en la atención de la salud – Suecia

En Suecia antes del año 2000 se realizaron esfuerzos para desarrollar indicadores globales para describir la calidad de la atención sanitaria. En el año 2000, la Junta Nacional de gobierno ordenó un informe sobre el estado de los registros médicos, para desarrollar indicadores de la calidad de la atención de la salud y las propuestas de estos indicadores.

Tabla 13. Health Indicators 2009 – Canadá

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Canadá |
| Nombre del informe | Health Indicators |
| Fecha del informe | 2009 |
| Periodicidad | Anual |
| Autor | Canadian Institute for Health Information |
| Objetivo | Proveer información objetiva y actualizada para apoyar la toma de decisiones basadas en la evidencia tanto a nivel regional como nacional. |
| Alcance territorial | Se pretende establecer el estado de salud de los canadienses y el estado del sistema de salud. Los indicadores reflejan las necesidades de información de todos los actores de salud (tomadores de decisiones, directores de las entidades, profesionales de la salud y el público en general) a nivel nacional y regional. |
| Forma de presentación del informe | Documento PDF e impreso. |
| Localización (web u otra) | http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR_152_E |

Tabla 14. Indicadores nacionales de calidad de la atención en salud – Suecia

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Suecia |
| Nombre del informe | Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården (Indicadores nacionales de calidad en la atención de la salud) |
| Fecha del informe | 2006 |
| Autor | Socialstyrelsen (Junta Nacional de Salud) |
| Objetivo | Desarrollar y poner en práctica y la revisión de los indicadores de la calidad, que son un proceso continuo y una parte integral de todo un trabajo en calidad. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en forma PDF, vía Internet y forma impresa |
| Localización (web u otra) | www.socialstyrelsen.se |

En el año 2001, la ley favoreció el fortalecimiento y coordinación de la asistencia, la vigilancia, la transferencia de información y la gestión de la información en el cuidado de la salud, en un sistema global, dirigido a los ciudadanos para obtener información sobre el cuidado de la salud, y para aumentar la eficiencia. El informe (Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården) destaca la elaboración, aplicación y revisión de los indicadores de calidad como un proceso continuo y una parte integral de todo el trabajo de calidad. Ver Tabla 14.

7. Proyecto Nacional de indicadores de Dinamarca

En 2000, se estableció el Proyecto Nacional de Indicadores (NIP) en el sistema danés de atención de salud. Luego entre 2000 y 2002, las normas de calidad se desarrollaron con base en seis enfermedades: ECV (enfermedad cerebro vascular), fractura de cadera, esquizofrenia, cirugía gastrointestinal aguda, insuficiencia cardíaca y cáncer de pulmón. Es un principio básico del proyecto que el desarrollo de las normas de las enfermedades e indicadores siga un proceso claro y transparente, realizado por los médicos que trabajan diariamente con las enfermedades en la práctica clínica. El NIP estableció como una acción concertada entre el Ministerio de Salud, la Junta Nacional de Salud, los condados, la Asociación de Consejeros del

Condado, la Asociación Danesa de Medicina, la Asociación Danesa de Enfermería, las Sociedades científicas, la Asociación Danesa de los fisioterapeutas, y la Asociación Danesa de Terapeutas Ocupacionales. Estas organizaciones han dado prioridad a las seis enfermedades sobre la base de los valores del sistema danés de atención de salud en un proceso de consenso. El proyecto es avalado por la Asociación de Consejeros del condado y los 14 condados daneses. Ver Tabla 15.

8. Indicadores clave del sistema nacional de salud (INCLASNS) – España.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (SNS) aprobó en junio de 2005 la propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo que establecía la estrategia y actuaciones necesarias para el desarrollo del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (SI-SNS). La propuesta buscaba medir la efectividad, la eficiencia y la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud y dar a conocer al público un Banco de Datos del Sistema Nacional de Salud e Indicadores Sanitarios. Así, el Sistema Nacional de Salud podría contar con un Conjunto de Indicadores Clave del SNS, capaz de proporcionar, de manera integrada y sistemática, información fundamental para el sistema sanitario. Ver Tabla 16.

Tabla 15. Proyecto Nacional de Indicadores (NIP) – Dinamarca

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|--|
| País | Dinamarca |
| Nombre del informe | Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) |
| Fecha del informe | 2008 |
| Autor | Det Nationale Indikatorprojekt |
| Objetivo | Encontrar las áreas de la atención con calidad suficiente, así como las que necesitan ser mejoradas. Mejorar la calidad de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación Proveer información para diseñar las prioridades en salud. Dar a conocer la Información de la calidad en la atención en salud a los pacientes y los consumidores. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en forma PDF, vía Internet y forma impresa |
| Localización (web u otra) | http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project |

9. Primer reporte de calidad el Ministerio de Salud – Nueva Zelanda

En febrero de 2007 se creó en Nueva Zelanda un comité para facilitar y promover la mejora de la calidad junto a otros sectores de la salud y discapacidad. Desde la creación del comité se construyó un informe que recoge las iniciativas importantes que indicaran un cambio real en la mejora de la calidad destacando las actividades claves

logradas. Se aplicó una amplia definición de “calidad” que se asocia fuertemente con la seguridad, relación calidad-precio, la atención centrada en las personas otorgando alto rendimiento y mejores prácticas. La mejora de la calidad en la atención de la salud es vista como un proceso continuo que debe ser apoyado por el profesionalismo, tecnología, experiencia y la ética del cuidado médico. Ver Tabla 17.

Tabla 16. Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud 2007 (INCLASNS) – España

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|--|
| País | España |
| Nombre del informe | Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud 2007 (INCLASNS) |
| Fecha del informe | 2007 |
| Periodicidad | Única presentación |
| Autor | Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. |
| Objetivo | Disponer de un sistema de indicadores integrado por aquéllos acordados de forma común a escala europea, tanto en su definición como en la toma y uso de los datos. Conocer permanentemente la situación del sistema sanitario, sus avances y sus dificultades para llevar a cabo las responsabilidades encomendadas por la sociedad a la que sirve. El conocimiento emanado del Sistema de Información debe servir, en suma, para la mejora continua del SNS. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en forma PDF, vía Internet y forma impresa |
| Localización (web u otra) | http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec03_doc.htm http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/t01.htm |

Tabla 17. Primer reporte ministerial. Comité para el mejoramiento de la calidad – Nueva Zelanda

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | NUEVA ZELANDA |
| Nombre del informe | The Quality Improvement Committee. First Report to the Minister of Health February 2007 to June 2008. |
| Fecha del informe | 2007-2008 |
| Autor | Quality Improvement Committee – EpiQual. |
| Objetivo | <ul style="list-style-type: none"> • El desarrollo y la aplicación de un enfoque coherente a nivel nacional de la gestión de incidentes de salud • Mejorar la gestión de medicamentos a través de las organizaciones de salud y discapacidad • Mejorar la centralización en el paciente y el flujo de pacientes en el ámbito hospitalario • El desarrollo y la aplicación de un programa nacional sobre la protección y control de la infección • La provisión de educación y formación en métodos de mejora de la calidad a todos los profesionales de la salud • La aplicación de una estrategia para mejorar la participación de los consumidores en la salud y el sector de la discapacidad |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en forma PDF, vía Internet y forma impresa |
| Localización (web u otra) | http://www.qic.health.govt.nz |

10. Quality Indicators for Community Health Care (QIChC) – Israel

Indicadores de Calidad de Atención de Salud de la Comunidad de Israel es un informe anual emitido por el Programa Nacional de Indicadores de Calidad de Israel con la contribución activa de los cuatro fondos de salud israelíes. Sin una periodicidad regular, estos informes se han publicado desde 2004 hasta 2008, en los cuales se reflejan las tendencias entre 2001 y 2007. El informe presenta datos nacionales en seis áreas clínicas principales de la atención comunitaria de salud y se basa en datos proporcionados por los cuatro fondos de salud israelíes, para toda la pobla-

ción en Israel. Los datos fueron auditados y aprobados por un auditor de calidad certificada. El informe está dirigido a una variedad de lectores y por lo tanto distribuido en varios formatos. Ver Tabla 18.

11. Informes de revisión anual de la salud Reino Unido

El análisis se presenta en múltiples formas: a nivel nacional, por tipo de confianza, por la autoridad estratégica de Salud de la zona, por región sanitaria de la Comisión, así como por la confianza individual. Dentro de cada sección, también se incluyen aspectos que se consideran de interés específico. En

Tabla 18. Indicadores de calidad de atención en salud comunitaria en Israel

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|--|
| País | Israel |
| Nombre del informe | Quality Indicators for Community Health Care in Israel. Public Report 2005-07 (QIChC) |
| Fecha del informe | 2004 para las tendencias entre 2001 y 2003; 2005 para 2002-2004; 2006 para 2003-2005 y 2008 para 2005-2007. |
| Periodicidad | ANUAL |
| Autor | State of Israel - Ministry of Health and The Israel Institute for Policy and Health Services Research - Health Council |
| Objetivo | Observar las tendencias nacionales en la calidad de la atención de la salud. Sensibilizar a la población sobre la calidad de la atención de la salud en Israel. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en PDF, vía internet y en forma impresa |
| Localización (web u otra) | http://www.health.gov.il/ http://www.israelhpr.org.il/ |

Tabla 19. The Annual Health Check – State of Health Care – Reino Unido

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Reino Unido |
| Nombre del informe | The Annual Health Check – State of Healthcare |
| Fecha del informe | 2007-08 2008-09 |
| Periodicidad | Anual |
| Autor | NHS - Commission for Healthcare Audit and Inspection |
| Objetivo | Asegurar que las organizaciones de salud siempre busque la mejoría Llevar a cabo una evaluación más general de un área de servicio para identificar las acciones necesarias para la mejora a nivel nacional. Reunir información sobre el rendimiento de los servicios de salud y permitir que los pacientes, médicos, el personal público y del NHS conozcan esta información para tomar decisiones mejor informadas. Verificar el cumplimiento de los requisitos de la atención de salud, en áreas tales como la seguridad, la limpieza, la calidad de la atención clínica que reciben los pacientes, y si son tratados con dignidad y respeto. |
| Alcance territorial | Nacional |
| Forma de presentación del informe | Documento en PDF, vía internet y en forma impresa |
| Localización (web u otra) | http://www.cqc.org.uk www.healthcarecommission.org.uk |

cada uno de los tres años de evaluación, todos los médicos del sistema han recibido una clasificación en dos partes: la primera parte es una calificación de calidad de los servicios, y la segunda parte es una calificación para el uso de recursos. Ambas partes se califica en una escala de cuatro puntos de excelente, buena, regular, y débil. Ver Tabla 19.

12. Proyecto de indicadores de calidad en servicios de salud – OCDE

A partir de las reuniones de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) en Estados Unidos, 1999, y en Canadá, 1999-2000, se construyeron los marcos conceptuales para la formulación de indicadores, y desde entonces se han realizado esfuerzos individuales y colectivos para establecer modelos comparativos a nivel internacional de dimensiones e indicadores. Como resultado de esta iniciativa se publica actualmente el informe sobre Indicadores de Calidad en la atención de Salud de la OCDE. Sin embargo, cada país de forma individual ha aportado experiencias en el desarrollo de sus informes. Los primeros se centraron en la dimensión de efectividad, incluso Dinamarca sólo posee esta dimensión, y otros países como España han agregado otras consideraciones en las dimensiones propuestas. Ver Tabla 20.

Análisis de resultados de mejores prácticas

El objetivo común entre los informes es disponer y divulgar información objetiva sobre los resultados alcanzados en la calidad con la que se proveen los servicios de salud, en el respectivo sistema de salud, evaluando su comportamiento y evolución en el tiempo. Aunque su alcance es nacional, en la mayoría de los casos se presenta desagregación de información territorial regional, especialmente en los países de modelos federales de gobierno. Todos los informes seleccionados corresponden a desarrollos de la presente

Los informes nacionales de calidad de la atención en salud tienen como propósito disponer y divulgar información sobre la calidad con la que se proveen los servicios de salud, evaluando su comportamiento y evolución en el tiempo.

década, siendo el más antiguo el informe nacional en Estados Unidos, que tiene origen en el año 1999 y genera el primer informe en el año 2003.

De alguna manera, la necesidad de organizar la información acerca de la calidad con la que se proveen los servicios de salud en los diferentes países tuvo que ver con las dudas que surgieron al final de la década pasada sobre la efectividad de los servicios, en términos de sus resultados en mejora de la situación de salud y la seguridad en su provisión. En Estados Unidos, por ejemplo, algunos estudios mostraban una preocupante realidad, con estimaciones de daño y muerte causadas por los mismos servicios de salud.

Los motivos para generar este tipo de informes han sido más diversos: “Existe un aumento en el interés para medir la calidad de la atención en salud a nivel global debido, entre otras razones, al aumento de los costos de la atención, los avances tecnológicos, el envejecimiento de la población, las deficiencias del mercado de la salud, las variaciones en la práctica clínica, los errores médicos, la falta de rendición de cuentas y las desigualdades” (Mattke, Epstein & Leatherman, 2006).

Tabla 20. Health Care Quality Indicators Project Initial Indicators – OCDE

| Caracterización del informe | |
|-----------------------------------|---|
| País | Proyecto internacional de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. |
| Nombre del informe | Health Care Quality Indicators Project. Initial Indicators Report (A conceptual Framework) |
| Fecha del informe | 2006 |
| Autor | Organization for Economic Cooperation and Development – OECD: |
| Objetivo | Seleccionar los indicadores más apropiados para representar el desempeño de los sistemas de atención médica, de modo que permitan la comparación cuantitativa entre los países. |
| Alcance territorial | Aplicabilidad teórica internacional. Comparación internacional |
| Forma de presentación del informe | International Journal for Quality in Health Care; September 2006: pp. 5–13 |
| Localización (web u otra) | http://www.oecd.org/els/health/workingpapers |

Los informes se elaboran de manera periódica, presentando un conjunto de indicadores agrupados en un amplio y diverso grupo de dimensiones o dominios de la calidad.

Adicionalmente, las razones económicas también enfatizan la necesidad de un cambio en la calidad en la salud: “El gasto en salud entre los países industrializados, casi se duplicó en los últimos treinta años, sin embargo, esto no ha sido logrado un cambio con mejores resultados” (Arah, Westert, Hurst & Klazinga, 2006).

De igual manera, es el informe de Estados Unidos el único que preserva una rutina de producción anual, continua hasta la fecha.

En todos los casos, estos informes sirven para la divulgación de la situación de la calidad en los servicios prestados, dirigidos a los usuarios y consumidores, a los médicos y proveedores y a las agencias aseguradoras y tienen un fuerte interés político al mostrar el grado en que las políticas de gobierno de cada sistema logran resultados. De hecho, el origen de la mayoría de los informes es de tipo gubernamental, con iniciativas tanto de los órganos legislativos como ejecutivos.

Las agencias encargadas de elaborar los informes, en la mayoría de los casos, fueron entidades gubernamentales, que hacen parte de las estructuras de los Ministerios de Salud de cada país; en los demás casos se designaron comisiones o comités de expertos para tal fin (AHRQ en Estados Unidos, CIHI en Canadá, AIHW en Australia, la Junta Nacional de Salud en Suecia, Ministerio de Salud en España y en Israel, NHS en Reino Unido, o el NIP en Dinamarca). Sin embargo, en algunos casos, entidades no gubernamentales lideran la realización del informe, como la NCQA en Estados Unidos, que es una entidad sin ánimo de lucro que colecciona la información entregada de manera voluntaria por las agencias aseguradoras que proveen planes de salud. En otros casos, es un consejo de conformación público privada, como ocurre con EpiQual en Nueva Zelanda.

Todos los informes centran su atención en la calidad con la que los proveedores de servicios prestan la atención. Muy pocos lo hacen sobre la calidad con la que las agencias ase-

guradoras desempeñan su trabajo (NCQA-Estados Unidos, Israel). Todos los informes cuentan con mecanismos de divulgación a través de la web, donde están disponibles los informes y desarrollos técnicos realizados. En un buen número de casos existen mecanismos de divulgación como foros, conferencias, documentos impresos y en notas de prensa. Los informes están escritos en lenguaje no técnico, accesible a cualquier tipo de actor del sistema de salud y con alto contenido gráfico.

En cuanto a la metodología, los informes presentan un conjunto de indicadores de calidad en salud, agrupados dentro de unas dimensiones o dominios, descritos con base en marcos conceptuales de referencia. En el caso de Canadá, la conceptualización se hizo desde una perspectiva global, donde los indicadores se diseñaron para evaluar la situación de salud, los determinantes de la salud, las características de la comunidad y del sistema de salud y el desempeño del sistema, siendo en este último, donde se concentran los indicadores de calidad. En los demás países, en el marco conceptual se identificaron diversas dimensiones de la calidad.

Las dimensiones de la calidad más utilizadas son la seguridad, la oportunidad, el acceso, la eficiencia, centralización o foco en el paciente, equidad, satisfacción; sin embargo, ninguna es tan preponderante como la efectividad. Para la mayor parte de informes, la efectividad clínica significa el mayor componente del conjunto de sus indicadores. En algunos casos los resultados se presentan de manera exclusiva en función de las patologías de mayor relevancia, según el perfil del estado de salud del respectivo país. Esta dimensión se ha construido a partir de consensos con grupos médicos especializados, desde una perspectiva estadística de mayor fiabilidad científica, dado su carácter de información basada en evidencia.

Dentro de la dimensión de efectividad, usualmente se realizaron mediciones de patologías como: enfermedades crónicas no transmisibles (cardiovascular y diabetes), cáncer y enfermedades mentales. Dado el perfil de estos países, en ninguno se tienen mediciones de enfermedades infecciosas o transmisibles, y sólo en algunos se consideran indicadores de calidad en salud materno infantil. Adicionalmente, aparecen dimensiones asociadas a prevención, promoción, cuidados paliativos y de soporte.

Frente a la dimensión de seguridad del paciente, si bien es de interés en todos los países, no todos los informes la consideran, o fue desarrollada en reportes independientes.

Los **criterios de selección** de los indicadores, que se **observaron** se agrupan en: **relevancia, factibilidad, comprensión y comparabilidad.**

En el caso del Reino Unido, los reportes corresponden a una evaluación de resultados de un plan con metas anuales, dentro del cual se ha desarrollado un complejo sistema de indicadores que incorporan medidas de calidad en la atención, centradas en efectividad y seguridad del paciente.

En varios países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido), las dimensiones que reflejan la experiencia de atención de los usuarios, se realizan mediante un conjunto de encuestas periódicas (semestral, anual, bianual) que proveen información basada en la percepción de los usuarios, principalmente CAPS en Estados Unidos y Consumer Index en Europa.

El proceso de formulación y aplicación de estos indicadores ha generado unas importantes bases de datos de mediciones en todos los países, en las que se observa una formulación técnica y la evidencia que las respalda. Estas bases o banco de datos e indicadores se encuentran disponibles en los sitios web de las agencias respectivas en la mayoría de países.

En general, los criterios de inclusión de indicadores empleados en los informes fueron: (i) su relevancia para establecer metas de salud, (ii) que estuvieran basados en valores de referencia o guías, clínicamente importantes y científicamente razonables; especialmente en los de efectividad, (iii) que hayan sido recolectados usando métodos y definiciones estándar confiables, (iv) que sean susceptibles de medición viable y factible a nivel nacional y regional y en el tiempo.

Estos principios de inclusión, para considerar una medida/ indicador, se pueden agrupar en tres tipos de criterios:

(i) *Relevancia.* Esta característica plantea dos valoraciones, la relevancia de la medida dentro de la práctica clínica, y la relevancia política o de salud pública que implique la posibilidad de establecer metas de salud.

(ii) *Factibilidad.* Basada en la posibilidad de realizar la medición usando métodos confiables y definiciones estándar,

aplicable en distintas poblaciones; y en la posibilidad de comunicar los resultados de la misma.

(iii) *Comprensión:* La descripción del indicador debe ser fácilmente asimilable por los diferentes actores del sistema.

No obstante, es necesario incluir un nuevo criterio, (iv) *la comparabilidad*, que permite contrastar las diferencias a nivel internacional (Mattke, Kelley, Scherer, Hurst, & Gil, 2006).

Las fuentes de datos de todos los informes son en su mayoría fuentes secundarias, reportadas por grupos o entidades especializadas en el tema que se pretende medir, comprometidas de manera rutinaria en su reporte. Generalmente estas entidades han sido involucradas para participar en la definición y construcción de la nota técnica de cada indicador, de tal suerte que ellos serán también usuarios de los mismos. Hacen parte de estas fuentes las bases de datos específicas y las encuestas nacionales, entre otras.

Los conjuntos de indicadores de cada país, corresponden a unos volúmenes de más de 200 mediciones, que alimentan las bases de datos (AHRQ dispone de una base de 2966 mediciones). En general, los informes nacionales de calidad presentan entre un rango de 47-64 indicadores claves o trazadores para ser presentados en el reporte nacional. El número de medidas o indicadores es variable en el tiempo; los ajustes que se realizan se basan en las necesidades propias de cada país, y en los tipos de los criterios aceptados para la incorporación de un indicador.

La mayoría de los informes nacionales tienden a realizar un incremento en el número de indicadores, a medida que se da la factibilidad de medir nuevos hechos y que existe consenso sobre su importancia en cada país.

Consideraciones válidas para Incas Colombia 2009.

- Los informes nacionales de calidad en la prestación de los servicios de salud se han constituido en un poderoso instrumento para medir y divulgar la situación del desempeño y los resultados de la calidad de la atención en los sistemas de salud, en los países identificados.
- Estos informes son una referencia para la planificación de metas en los sistemas de salud y para monitorear los resultados de las políticas de provisión de servicios.
- Los resultados de los reportes nacionales son útiles en tanto permiten hacer comparaciones: (i) en el

tiempo, (ii) entre las regiones y (iii) contra los resultados nacionales de otros países.

- Los reportes anuales ofrecen mayor comparabilidad en el tiempo; aunque la periodicidad dependerá de la información actualizada disponible y del inicio del flujo de información para alimentar el reporte; aunque podría considerarse la opción de un reporte bienal.
- Los resultados de los reportes nacionales son útiles si cuentan con divulgación efectiva.
- Las mejores prácticas en la definición del conjunto nacional de mediciones de calidad se han basado en el consenso y en la estrategia de involucrar a los potenciales generadores de información requerida y/o usuarios de estos indicadores.
- La coherencia lógica en el diseño del conjunto de mediciones y la taxonomía de los mismos ha dependido de la existencia de un marco conceptual de referencia que lo sustenta.
- Los criterios de inclusión de una medición basados en (i) relevancia, (ii) factibilidad (iii) comprensión y (iv) comparabilidad son igualmente válidos para utilizarlos en Colombia.
- Los indicadores no son un conjunto estático e inmovible de mediciones; por el contrario, evolucionan y se consolidan, esto ofrece la posibilidad de eliminarlos o modificarlos, de acuerdo con las necesidades en cada país.
- La posibilidad efectiva, de lograr que se pueda generar un sistema de reporte continuo de indicadores para alimentar el reporte anual, involucrando los actores necesarios que proveerán información de manera permanente, depende de la existencia de un órgano socialmente legítimo a quien se le asigne dicha responsabilidad. Es necesario identificar dentro del Ministerio de la Protección Social, en la Dirección General de Calidad, el grupo responsable de convocar los actores, mantener un trabajo permanente de revisión y construcción de las mediciones, administrar los datos y auditarlos, que garantice la continuidad e institucionalización del proceso.
- El informe debe considerar la periodicidad y sistematicidad. Esto permitirá la evolución del reporte de acuerdo al periodo establecido, por la tanto debería mantenerse una discusión continua acerca de las medidas claves, de las nuevas medidas que podrían ser valiosas en el futuro y las que no.



Capítulo 2
Marco conceptual del informe
nacional de calidad en salud
INCAS Colombia

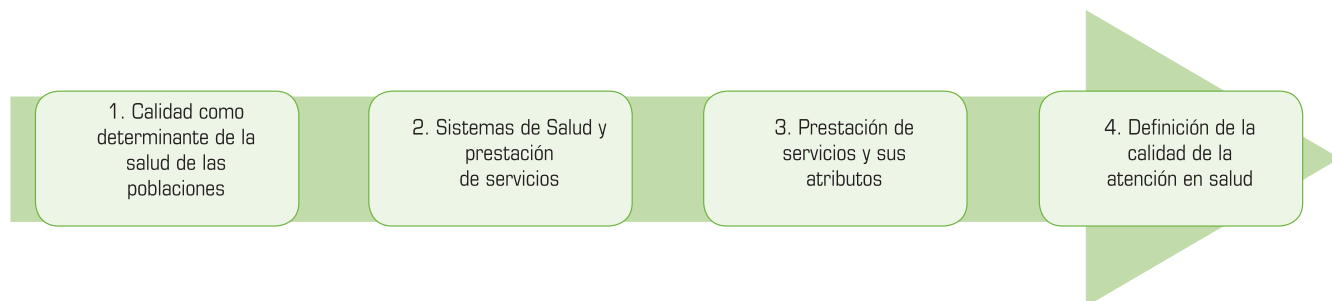
El diseño metodológico para elaborar un Informe Nacional de Calidad en Salud requiere de un referente conceptual que permita definir los contenidos y orientar las acciones a desarrollar. Este referente debe dar cuenta de la manera como se mide la calidad de la atención en salud, según las características propias del sistema de salud del país, el grado de desarrollo alcanzado tanto por los servicios de salud que se ofertan, como por su sistema de aseguramiento de la calidad en salud. Asimismo, este marco conceptual refleja los avances en conocimientos y experiencias en calidad en salud, que se han logrado en diversos lugares del mundo.

Este marco conceptual está estructurado a partir de una secuencia lógica de conceptos interrelacionados entre sí,

Fue necesario **elaborar un marco conceptual**, a partir del cual se pudiera **formular el diseño metodológico**.

y que se desagregan en un camino que permite decidir: ¿Cuál es la ubicación del concepto 'calidad' en el marco del concepto 'salud'? ¿Qué medir en calidad en salud? y ¿Cómo modelar las mediciones? La descripción va desde el concepto general de salud a los conceptos particulares de calidad y su medición. Ver Ilustración 2.

Ilustración 2. Secuencia de conceptos para definir las mediciones de la calidad en salud en Colombia



Como complemento de este marco conceptual, se desarrolla una revisión específica de la calidad de la atención en salud desde la óptica del usuario y de las mediciones de su percepción, dada la importancia que este componente tiene en una evaluación completa de la calidad. (Ver ítem 2.4).

2.1 La calidad de la atención como determinante de salud de las poblaciones

Las definiciones sobre la salud son múltiples y sin completo consenso. Desde la clásica definición de salud, de la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946: “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o discapacidad” (OMS, 2001), las definiciones han pasado por diversas variaciones al concepto original de la OMS, hasta definiciones en extremo elaboradas: “un concepto multidimensional que va mucho más allá de la ausencia de enfermedades o del concepto limitado a temas de estilo de vida y comportamiento, que incluye componentes tanto subjetivos como objetivos, elementos del ambiente, las políticas y componentes relacionados con el individuo, los cuales se deben evaluar en términos cualitativos y cuantitativos” (Frankish, Green, Ratner, Chomik & Larsen, 1996).

Por el contrario, un concepto que ha tenido pleno consenso y aún hoy tiene total vigencia, es el de Campo de salud, presentado en 1974 por Marck Lalonde, Ministro de salud del Canadá de la época. Este concepto fue desarrollado para proveer una adecuada comprensión de la situación de salud del país, y para hacer una formulación precisa de políticas. Según relata Lalonde en su informe “Se sintió

La base teórica del marco conceptual parte de la asociación entre el concepto de calidad y los conceptos de salud, sistemas de salud y atención en salud.

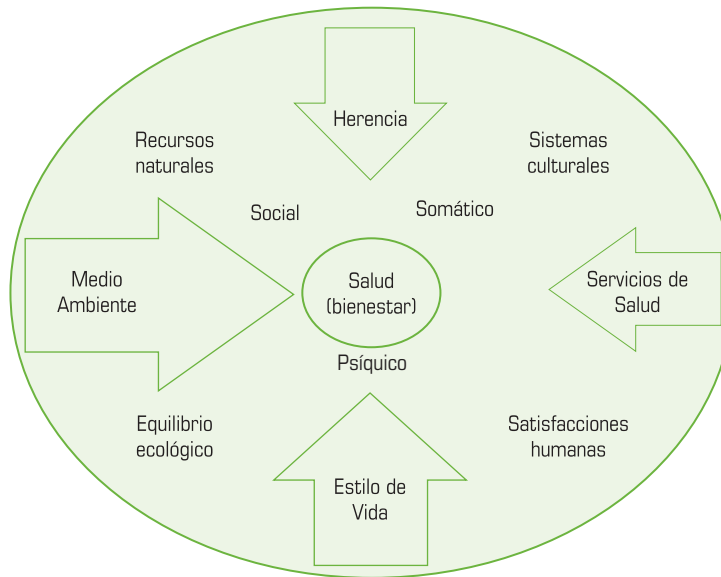
profundamente que había una necesidad de organizar miles de piezas en un patrón ordenado que fuera a la vez intelectualmente aceptable y suficientemente simple para permitir una rápida ubicación en dicho patrón, de casi cualquier idea, problema o actividad relacionada con la salud: una especie de mapa del territorio de la salud” (Lalonde, 1974). Este concepto de campo de salud presentado por Lalonde, había sido desarrollado en 1973 por Laframboise, uno de los integrantes del equipo de trabajo del Ministro, para quien el concepto de campo de salud: “puede dividirse en cuatro grandes elementos: (i) la biología humana, (ii) medio ambiente, (iii) estilo de vida y (iv)” la organización del cuidado de la salud (Laframboise, 1973). Estos elementos se identificaron luego de un examen de los factores subyacentes de la enfermedad y de la muerte en Canadá, y de una evaluación de los elementos que afectan el nivel de salud en Canadá.

Este concepto ha sido desarrollado y aplicado en todo el mundo, de diversas maneras. Un desarrollo clásico es

el de Henrik Blum que data de 1974, en el que elabora el “campo de causas y paradigmas de bienestar” (Blum, 1981) y el de Dever que presenta “un modelo epidemiológico para analizar políticas de salud” (Dever, 1976). El

desarrollo conceptual de Blum muestra la importancia relativa de cada uno de los cuatro factores, y cómo se relacionan entre sí, como fuerzas en equilibrio. Ver Ilustraciones 3 y 4.

Ilustración 3. Campo de fuerzas de la salud. Blum, 1981



Fuente: Blum (1981). *Planing for health.*

Ilustración 4. Modelo epidemiológico de Dever, 1976



Fuente: Dever (1976). *An epidemiological model for health policy analysis.*

Esta elaboración conceptual sigue siendo válida para analizar la situación de salud de una comunidad y para definir políticas de salud. Desde esta perspectiva, los resultados en salud dependen de la estructura y comportamiento de un conjunto de factores determinantes que interactúan dentro de este campo de fuerzas en salud, con diverso grado de influencia.

Una reciente publicación de la OPS promueve el desarrollo conceptual de los canadienses, en la que se desarrolla esta idea de los determinantes críticos para la salud a partir de la formulación de un conjunto de 12 factores que sirve de marco actual para comprender las instancias críticas a abordar para la mejora de la salud y enfatiza que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud (OPS, 2000). En esta reelaboración se pregunta de manera general ¿Qué hace que las poblaciones sean saludables? Estos determinantes son: Ingresos y nivel social, redes de apoyo social, educación, empleo/ condiciones de trabajo, entornos sociales, entornos físicos, prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación, desarrollo sano del niño, características biológicas y genéticas, servicios de salud, género y cultura. La Ilustración 5 muestra los determinantes y sus interacciones.

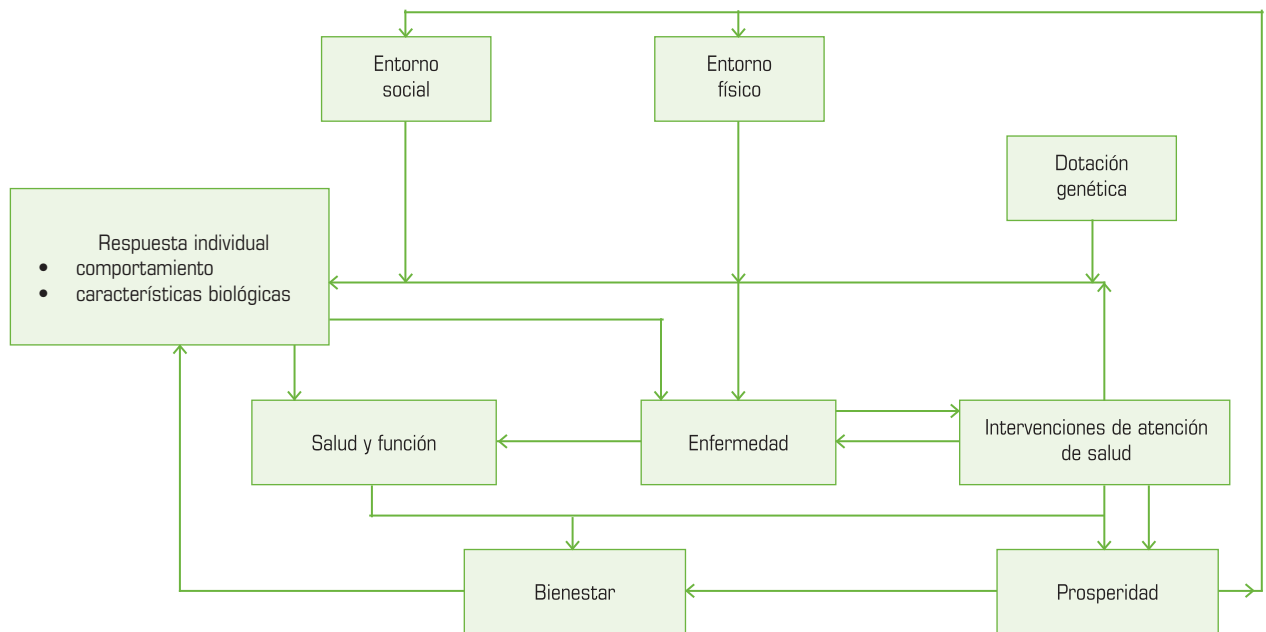
Como se observa en la Ilustración, la interacción de todo el conjunto de factores determina la situación de

salud-enfermedad y la búsqueda de los ideales de bienestar y prosperidad. En este conjunto se resalta que las intervenciones de atención en salud son sólo uno de los componentes determinantes de la salud. Esta lista incluye factores determinantes a nivel individual (prácticas de salud personales, características biológicas y dotación genética) y a nivel de la población (educación, empleo y disparidad en los ingresos, entre otros). Este enfoque de salud de la población muestra cómo los factores determinantes del nivel de salud de la población pueden influir en los factores determinantes a nivel individual generando una interacción entre influencias económicas, sociales y biológicas.

Los servicios de salud, que hoy se proveen en cada sociedad a través de sistemas de salud, corresponden a uno de los doce grupos de determinantes descritos y su papel dentro del conjunto –su contribución a la situación de salud de la población– es tan relevante como cualquiera de los demás factores. Aunque cada factor se presenta en diferentes grados de intensidad, todos contribuyen en la situación de salud y bienestar.

Dado que los sistemas y servicios de salud tienen como uno de sus atributos fundamentales a la calidad, es posible advertir que la calidad actúa en última instancia como

Ilustración 5. Marco conceptual de los determinantes de salud de las poblaciones y sus vínculos



Fuente: Health Canada. Salud de la Población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. Soc Sci Med. 1990.

condicionante de la salud de las poblaciones, dada su capacidad de determinar de manera crítica la contribución y resultados que los servicios deben generar. Así, un mal desempeño de la provisión de los servicios de salud, en términos de la calidad con la que éstos sean suministrados, contribuirá a determinar un mal resultado en la salud de la población. Esto afecta la efectividad en la entrega de servicios, el buen aprovechamiento del conocimiento científico y de las tecnologías disponibles, y aumenta el riesgo potencial que tienen los servicios de generar daño con atenciones inseguras, que puedan resultar negativas frente a los objetivos de salud, en términos de limitaciones al acceso, oportunidad inapropiada, mal trato, entre otros.

Así entonces, se hace evidente la existencia de un vínculo conceptual entre salud, servicios de salud y calidad, entendiendo que la calidad en dichos servicios constituye uno de los determinantes críticos del nivel de salud de las poblaciones. Por tanto, la medición de la calidad de la provisión de los servicios de salud, deberá considerar y dar cuenta de su impacto frente a los resultados generales en salud de la población.

2.2 La prestación de servicios en los sistemas de salud y calidad de la atención

Cuando se identifica el conjunto de factores determinantes de las condiciones de salud de una población, se hace evidente también que las acciones para abordarlos requieren de una organización compleja y de la participación de múltiples actores sociales que deberían intervenir. En la actualidad, la forma de organización que las sociedades han desarrollado para afrontar este reto, corresponde a los sistemas de salud, entendiendo son los encargados de garantizar la provisión de servicios de salud tanto individuales como colectivos y de liderar y coordinar las acciones con los demás sectores y actores sociales responsables de articular los determinantes de la salud identificados.

Conceptos básicos de los sistemas de salud: Finalidad y funciones

Una definición integral de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud fue presentada por la OMS en el 2000, describiendo tres finalidades específicas: “(i) Mejorar la salud de la población a la que sirven, (ii) responder a las expectativas de las personas y (iii) brindar protección financiera contra los costos de la mala salud” (OMS, 2000). En este sentido, la responsabilidad de los sistemas de salud va más allá de la oferta de servicios de salud, comprometiéndose también al trato digno de la personas y a ofrecerles protección contra las pérdidas financieras derivadas de la pérdida de la salud, a través de diversos mecanismos centrados en modelos de seguros y fondos mancomunados.

La calidad de la atención actúa en última instancia como determinante de la salud de las poblaciones.

No podría decirse hoy que existe algún modelo de sistema de salud mejor que otro, cuando incluso los sistemas más antiguos y los de mejor desempeño han entrado en procesos de reformas y adaptaciones, de los que aún se continúa aprendiendo. La mayoría de los países han experimentado cambios espectaculares en las tres últimas décadas que, en el caso de América latina, se han caracterizado por “procesos de democratización y la consolidación de la democracia, la redefinición del papel del Estado, la apertura económica y las reformas de los servicios de salud y sociales, incluida la expansión del sector privado hacia actividades que tradicionalmente eran propias del sector público” (OPS, 2007). Dentro de los propósitos que han llevado a los países a realizar las últimas reformas, puede observarse: “modernización del financiamiento de la atención de salud, transferir a las autoridades regionales las funciones de planificación e implementación y, más recientemente, mejorar la calidad de la atención y la equidad” (Infante, Mata & López-Acuña, 2000).

Como se aprecia en la Ilustración 6, los objetivos de los sistemas de salud se relacionan con cuatro funciones básicas: (i) rectoría, (ii) provisión de servicios, (iii) formación de recursos y (iv) financiamiento. De acuerdo con esto la valoración del desempeño de un sistema de salud se debe realizar sobre la evaluación del cumplimiento de sus tres finalidades fundamentales y sobre los resultados de sus cuatro funciones básicas. Esta evaluación debe estar centrada en medir la capacidad del sistema para proveer intervenciones efectivas y seguras en el logro de la mejora del estado de salud, y para responder a las expectativas de las personas proporcionando una experiencia de atención apropiada, en un marco de protección financiera frente a la enfermedad. Es aquí donde el concepto de calidad se aprecia fuertemente ligado al logro de los objetivos y resultados de los sistemas de salud, en tanto que de no existir una garantía de calidad apropiada, difícilmente se alcanzarían sus objetivos.

La importancia de la calidad para los sistemas de salud se aprecia en políticas internacionales como la formulada por OPS en la última década, en donde prioriza la seguridad

en la calidad de los servicios de salud como una de las 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública (entre éstas, la calidad corresponde a la número FESP9) que integra aspectos como: (i) La promoción de la implantación de sistemas de evaluación y el mejoramiento de su calidad; (ii) el fomento de la elaboración de normas sobre las características básicas que deben tener los sistemas de garantía y mejoramiento de la calidad y supervisión del cumplimiento de los proveedores de servicios que tengan esta obligación; (iii) la definición, explicación y garantía de los derechos de los usuarios; (iv) la existencia de un sistema de evaluación de las tecnologías de la salud que colabore en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud y que contribuya a mejorar su calidad; (v) la utilización de los métodos científicos para evaluar intervenciones de diverso grado de complejidad en materia de salud; (vi) la implantación de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de sus indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Atención en salud individual y colectiva en los sistemas de salud

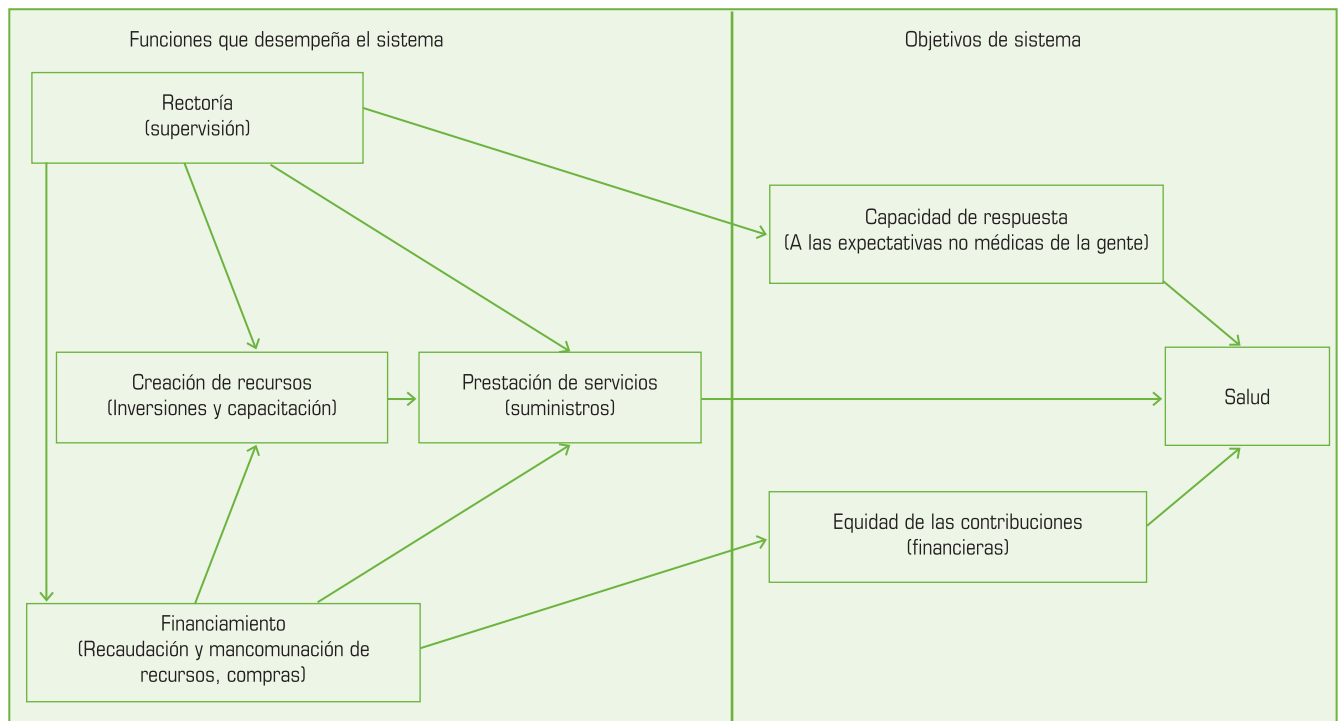
En el marco de los sistemas de salud, como uno de los determinantes claves de la salud de los individuos y las poblaciones, los servicios de salud se abordan desde dos esferas: (i) desde

Finalidades de los sistemas de salud: “(i) **Mejorar la salud de la población** a la que sirven, (ii) responder a las **expectativas** de las **personas** y (iii) brindar **protección financiera** contra los **costos** de la mala salud” (OMS, 2000).

la provisión de servicios individuales que son suministrados por las IPS y profesionales de la salud y (ii) desde la provisión de servicios colectivos. En ambos casos los servicios de salud buscan los mismos propósitos: Mejorar la situación de salud de las personas y las poblaciones, y responder a sus expectativas de atención. Los sistemas de salud proveen complementariamente servicios de aseguramiento destinados a cumplir con la finalidad de protección financiera.

Por medio de las atenciones colectivas se proveen servicios que benefician a la comunidad en su conjunto: Servicios comunitarios de saneamiento ambiental y control de otros factores de riesgo presentes en el ambiente, el agua, el aire, los alimentos, entre otros; servicios diseñados

Ilustración 6. Relaciones entre funciones y objetivos de los sistemas de salud, OMS



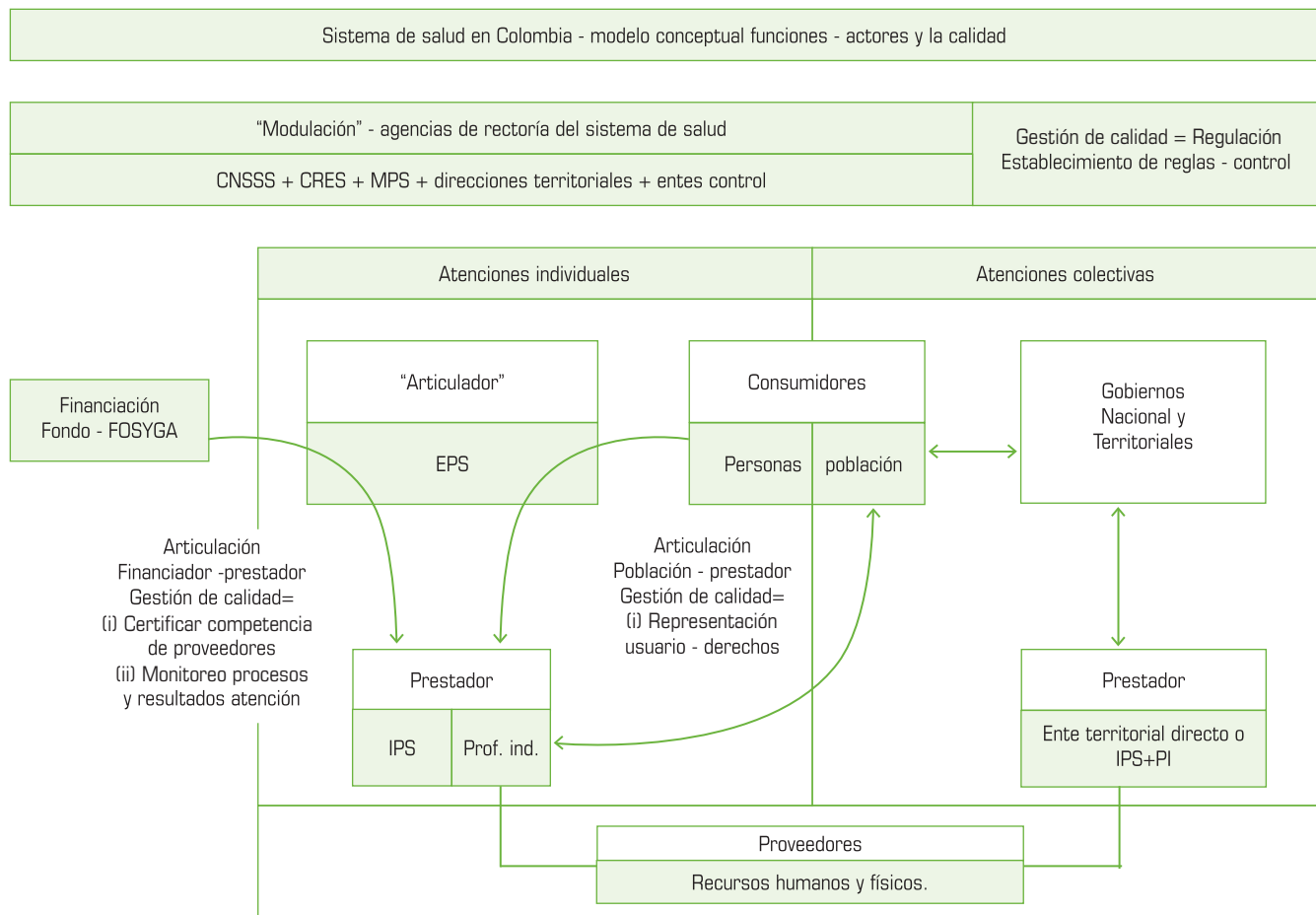
Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2000. OMS.

para mantener y promover la salud y prevenir enfermedades (por ejemplo, servicios colectivos de vacunación y tamizaje de enfermedades); y los servicios colectivos de educación a niños y adultos sobre los riesgos para la salud, y de promoción de hábitos saludables. Desde la perspectiva de las atenciones individuales se resuelven de manera específica los problemas de salud de manera personal. A este ámbito corresponden todos los servicios diseñados para promoción, detección precoz y protección específica de factores clínicos de riesgo de un individuo, como los de atención materna infantil (control prenatal, crecimiento y desarrollo del niño), adultos en riesgo de enfermedades cardiovasculares, entre otros; corresponden también los servicios diseñados para enfrentar enfermedades o las lesiones y restablecer la salud, en sus diversos grados de complejidad, los servicios destinados a ayudar a los ancianos, enfermos crónicos, discapacitados, cuidados paliativos, etc.

2.2.1 Sistemas de salud, el arreglo institucional Colombiano y la calidad

Los objetivos de mejorar la salud, garantizar protección financiera y satisfacer expectativas de la población, se buscan en el sistema de salud en Colombia bajo un arreglo institucional de aseguramiento en salud, con mecanismos cruzados de solidaridad y financiamiento para brindar protección financiera (Restrepo, 1997), participación pública y fuerte participación privada tanto en el aseguramiento, como en la provisión individual de los servicios de salud. El modelo teórico que mejor describe el fundamento conceptual del sistema de salud en Colombia corresponde al llamado modelo de pluralismo estructurado (Londoño & Frenk, 1997). En el sistema de nuestro país, la oferta de servicios colectivos de salud pública es provista directamente por el Estado a través de sus diferentes niveles de gobierno territorial bajo un esquema descentralizado.

Ilustración 7. Sistema de salud en Colombia según el "pluralismo estructurado"



Prof. ind.: Profesional independiente.

Fuente: Elaboración propia basada en Londoño y Frenk (1997)

Se encarga a los entes de rectoría (función de modulación) el papel de establecer reglas para generar incentivos que permitan influir, controlar y regular el comportamiento de los actores del sistema. La administración de la protección financiera, tiene como agencia principal a las EPS, desempeñando la función de articulación del sistema, generando dos enlaces claves entre: (i) las fuentes de financiamiento y los proveedores de servicios, por un lado; y (ii) los proveedores y la población, por el otro. Ver Ilustración 7.

Desde la perspectiva de la función articuladora entre las agencias de financiamiento y los prestadores de servicio, el modelo describe la canalización selectiva de los recursos de las primeras a los segundos. Esta mediación se lleva a cabo a través de tres subfunciones: el diseño de incentivos, el diseño de beneficios y la gestión de la calidad. A su vez, la gestión de calidad en la función de articulación se define como la necesidad de: certificar la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y de los resultados de la atención, descrito a su vez en dos perfiles, tanto en sus aspectos técnicos (por ejemplo, eficiencia y seguridad), como en la satisfacción del consumidor (experiencia de atención).

Desde la perspectiva del papel articulador entre poblaciones y proveedores, estas agencias tienen asignado en el modelo tres subfunciones:

(i) “la administración de riesgos: afiliación al seguro para reducir la incertidumbre financiera de las personas frente a la provisión, mediante el incentivo de capitación ajustada por riesgo –UPC– para controlar fallos en la competencia por precio

(ii) la administración del acceso: procedimientos para ingreso, salida y uso de servicios, paquete de servicio –POS– y organización de las redes de proveedores, y

(iii) la representación: un agente informado de los consumidores que representa sus intereses agregados así como aquéllos de la agencia financiera, operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre. Esta representación se traduce en la garantía de provisión de una red de proveedores de servicios de atención en salud.

La gestión de calidad dentro del sistema, aparece también descrita dentro de la función de modulación, según la cual a las agencias de rectoría del sistema les corresponde, entre otras funciones, realizar la regulación del sistema y la protección al consumidor. La regulación se refiere tanto al control sanitario, como a la regulación de la atención en salud. En esta última, según el modelo, su papel está en establecer

El arreglo estructural y funcional del sistema de salud en Colombia está fuertemente ligado a la calidad como incentivo esencial en su desempeño.

reglas mediante instrumentos que hacen parte del SOGC, para los profesionales independientes e IPS, las EPS y las entidades educativas; entre éstos están hoy: la habilitación “licenciamiento” y la acreditación, que son instrumentos de control para velar por una actuación confiable de las EPS frente a los consumidores y los fondos financieros –Fosyga–, entre otros. La protección al consumidor se refiere a diversos instrumentos para ofrecer información pública acerca del desempeño de aseguradores y prestadores.

El arreglo estructural y funcional del sistema de salud en Colombia está fuertemente ligado a la calidad como incentivo clave en su desempeño, donde resalta el papel que tienen las agencias aseguradoras y prestadoras en la aplicación y cumplimiento de las normas para la operación, y las agencias de rectoría en sus diversos niveles de autoridad sanitaria territorial para dictar dichas normas, realizar la evaluación permanente del desempeño y divulgar la información.

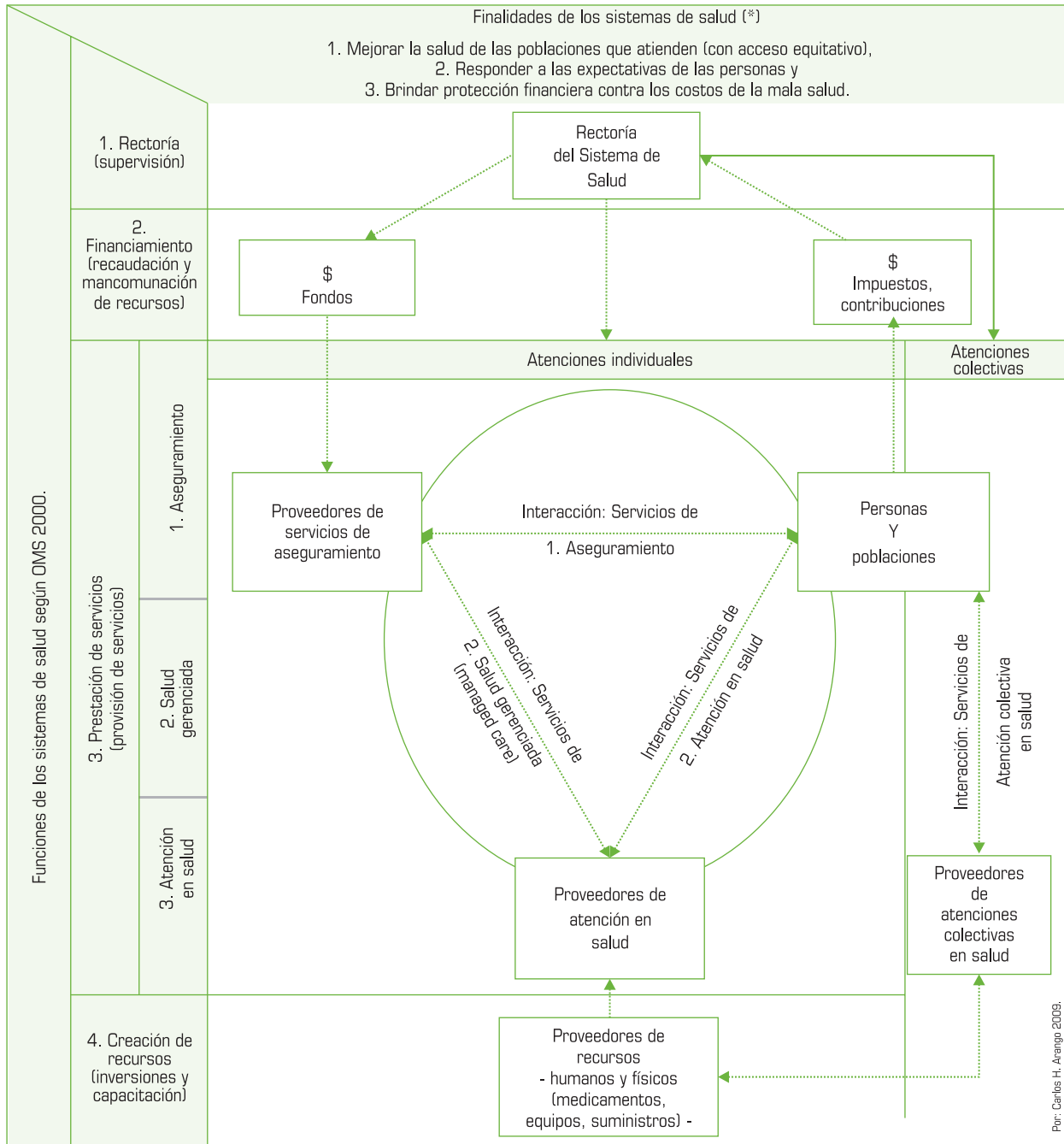
La introducción de las agencias articuladoras del sistema de salud (SGSSS) tiene efectos profundos sobre la calidad de la atención en salud, “dada la influencia que tienen de manera simultánea sobre pacientes y prestadores, en su obligación de mantener el equilibrio del sistema entre calidad de los servicios y consumos y costos de las atenciones” (Donabedian, 1976).

En suma, las agencias de rectoría, aseguramiento y provisión son en conjunto las responsables de garantizar la calidad en la prestación de servicios de salud dentro del sistema, correspondiendo a cada cual una responsabilidad específica:

(i) las agencias rectoras: Dictar normas e incentivos, regular mediante control y divulgar información sobre la calidad de los servicios.

(ii) las agencias aseguradoras: Garantizar una respuesta técnica (eficaz-efectiva-segura) e interpersonal (experiencia de atención) apropiada en representación de los consumidores-usuarios, tanto en su responsabilidad directa de cubrimiento de protección financiera en caso de enfermedad y/o discapacidad, como en la garantía de capacidad de respuesta

Ilustración 8. Relación entre funciones de los sistemas de salud y el modelo de operación de competencia regulada



Fuente: elaboración propia.

*El concepto de funciones de los sistemas de salud es de OMS 2000, el cual se modifica e incorpora.

óptima de las redes de proveedores de servicios de salud a las necesidades de atención en salud de la población afiliada, según estándares de calidad y a unos costos razonables, mediante el diseño de incentivos apropiados y la aplicación de mecanismos de evaluación permanente del desempeño.

(iii) las agencias de provisión de servicios de salud (IPS y profesionales independientes): Garantizar una respuesta técnica (eficaz-efectiva y segura) e interpersonal (experiencia de atención) apropiada, mediante el cumplimiento de las reglas de juego sobre calidad y estimuladas por los incentivos del sistema para mantener una vocación permanente de mejoramiento.

Integración de fines y funciones en la operación del Sistema en Colombia.

Luego de haber revisado, por un lado, los conceptos básicos que definen los fines y funciones de los sistemas de salud y, de otro, el modelo de operación del SGSSS y sus relaciones con la calidad, se presenta un marco de integración de ideas, que unifica los conceptos y el lenguaje de la operación del sistema de salud en Colombia que permite identificar los atributos y características que lo determinan, con el fin de precisar así la ubicación y el papel de la calidad como atributo esencial de la atención en salud.

En la Ilustración 8 se visualiza un modelo que integra las cuatro funciones del sistema de salud, con sus actores y relaciones. Se resalta ahí la función de prestación de servicios, que corresponde al juego de interacciones entre tres actores: (i) personas y poblaciones, (ii) agencias de aseguramiento y (iii) agencias proveedoras de atenciones en salud. Como se aprecia, existen tres tipos de interacción, que conforman en sí mismas los tres tipos de prestaciones de servicios en el SGSSS, que son: (i) servicios de aseguramiento, dada la naturaleza de incertidumbre que es propia de la condición de enfermedad, (ii) servicios de salud gestionada –*managed care*– y (iii) la atención en salud propiamente dicha. Cada una de estas interrelaciones corresponde a uno de los tres propósitos específicos, diferentes pero complementarios, de la prestación de servicios, a través de las cuales se logran los fines del sistema. Adicionalmente, aparecen las interacciones entre prestadores de atenciones de salud y proveedores de recursos y aquéllas que se dan entre las agencias rectoras y cualquiera de los agentes que operan el sistema.

En la Ilustración 8 se visualiza también cómo el concepto de prestación de servicios comprende tres fenómenos diferentes en razón de sus propósitos:

- Asegurar las personas

El acceso en los sistemas de salud, se expresa en la calidad con la que se ofrecen las atenciones en salud.

- Gerenciar las redes de servicios de salud
- Proveer atenciones en salud propiamente dichas.

De esta forma, en ésta elaboración teórica se enriquece el significado de la prestación de servicios, pues ésta provisión es el único propósito con el que la OMS interpreta el concepto. Adicionalmente se precisa la diferencia entre los conceptos de prestación de servicios y atención en salud que suelen usarse de manera indistinta. Y dado que cada una de estas tres interacciones genera los ‘productos’ específicos del sistema, especialmente en función de los usuarios, se puede entender que los procesos de ‘producción’ son objeto de valoración para determinar la calidad de los mismos. Así, podríamos teóricamente evaluar la calidad de los servicios de aseguramiento, la gerencia de la atención en salud –*managed care*– y de los servicios de atención en salud, que se producen en el sistema. La integración conceptual entre finalidades y funciones de un sistema de salud, las interacciones propias del SGSSS identificadas, y el conjunto de atributos que hace parte de las características propias de los sistemas de salud, que se desarrolla a continuación, permite ubicar y entender el papel y los elementos constitutivos de la calidad en el SGSSS.

2.2.2 Atributos de la prestación de servicios en los sistemas de salud y la calidad

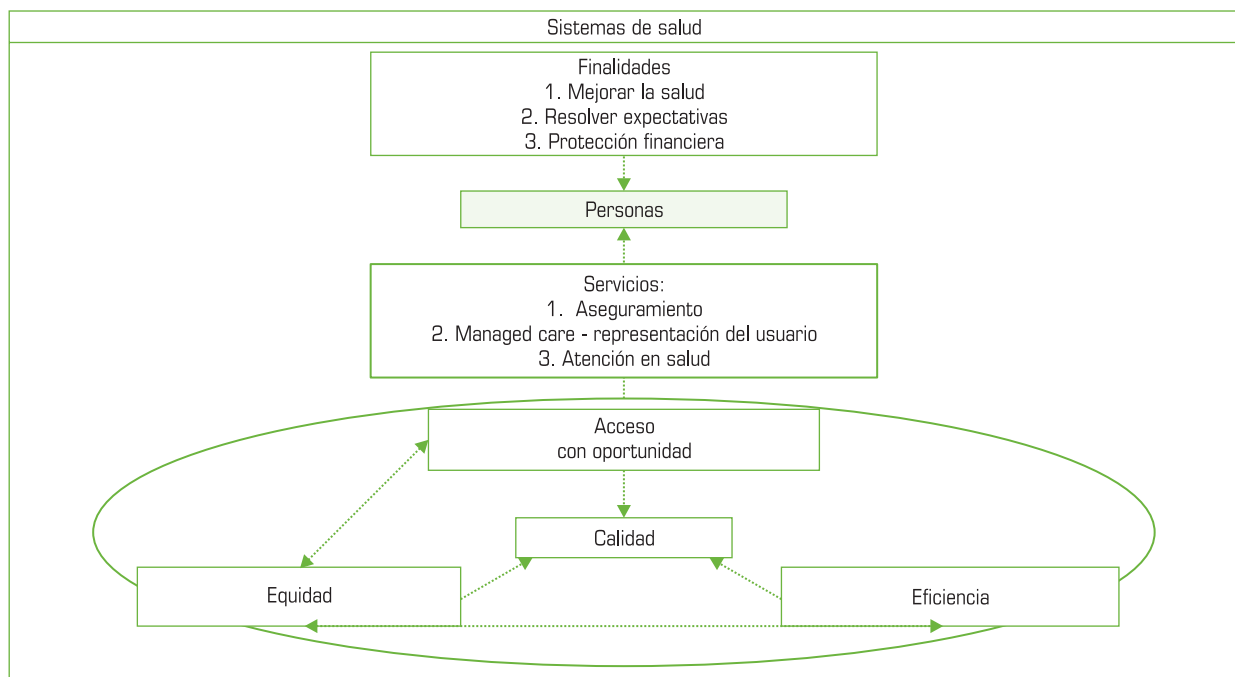
El diseñar un sistema de salud, de tal forma que a través de su estructura y funciones sea posible cumplir con sus tres finalidades básicas (lograr el mejor nivel de salud posible, responder a las expectativas y brindar protección financiera) permite definir desde su concepción las reglas de juego institucional fundamentales con las que operará el sistema. Entre los fundamentos comunes de los sistemas de salud aparece en primera instancia la garantía de *acceso*. En particular, el SGSSS tiene como objeto principal explícito “[...] crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio” público esencial de la salud (Ley 100 de 1993. Artículo 152). El *acceso* a los servicios de los sistemas de salud, como atributo básico, se entiende como “la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita” (OPS, 2007), y de contar con la protección financiera y la representación apropiada en la gestión de los servicios de salud, cuando se requiera dicha atención.

El *acceso* a la atención individual en salud frente a los médicos y prestadores se refiere a la capacidad de la oferta de servicios para permitir el uso directo de los servicios, tan pronto como las personas requieran contar con la atención, de acuerdo a su condición clínica. Los principales problemas de *acceso* frente a la intención de uso, por parte de los prestadores mismos, ocurren cuando hay una capacidad ofertada inferior a la demandada (atención urgente no inmediata, atención en servicios ambulatorios sin disponibilidad de cupos, citas a largo plazo) o cuando se tiene una disponibilidad inapropiada (horarios de atención que no corresponden a los tiempos de mayor concentración de demanda, por ejemplo). En este sentido, no se puede hablar de *acceso* sin oportunidad. Se podría decir que hubo *acceso* al servicio cuando el prestador otorga una cita, pero si ésta se concedió seis meses después del usuario haber manifestado la intención de uso, podría decirse con certeza que hay problemas de acceso. El *acceso* apropiado incorpora, a su vez, el concepto de *oportunidad* como atributo, entendiendo este último, como el balance entre la percepción sobre el tiempo que las personas consideran apropiado para ser atendido, luego de manifestar su intención de uso y la pertinencia clínica de la atención, derivada del tiempo apropiado en el que es posible preservar los beneficios sobre el riesgo clínico.

Adicionalmente, en la estructura de nuestro sistema de salud, con la introducción de la función articuladora, a través de las agencias que brindan la protección financiera y deben representar a los usuarios frente a los prestadores, se han incorporado elementos adicionales que influyen sobre el *acceso*, como ocurre con los mecanismos propios del aseguramiento de afiliación y pago, o con los mecanismos de la salud gerenciada, como ocurre con las autorizaciones para el uso de algunas atenciones, la realización de copagos o la inclusión de cuotas de pago para moderar y prevenir abusos de consumo. Estos elementos representan en la percepción de los usuarios mecanismos de restricción al uso de servicios, hasta tanto sean reconocidos como mecanismos legítimos en la cultura de uso de servicios por parte de la población.

Adicionalmente, otros factores condicionan las posibilidades de *acceso*, como la localización geográfica, medios de comunicación y transporte, capacidad funcional, o los relacionados con el comportamiento y cultura de las personas, que les previene de usar los servicios. En la actualidad, estos problemas se resuelven mediante movilización de la oferta de servicios hacia los hogares, comunidades o sitios de trabajo, o mediante soporte tecnológico (telemedicina, por ejemplo).

Ilustración 9. Atributos fundamentales de los servicios que ofrecen los sistemas de salud



Fuente: Elaboración propia.
El concepto de finalidades es de OMS 2000.

El **acceso** está determinado por la forma como los sistemas de salud diseñan los mecanismos para **corregir los fallos de equidad**, que eviten actuaciones discriminatorias o injustas.

A diferencia de la *oportunidad* que aparece como atributo integrado al concepto de *acceso*, aparecen dos reglas- atributos de los sistemas de salud que condicionan sus resultados: la *equidad* y la *eficiencia*.

La *equidad* es el primero de nueve principios fundamentales del servicio público esencial de la salud en Colombia: “El SGSSS proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa” (Ley 100 de 1993. Artículo 153).

El *acceso* está determinado por la forma como los sistemas de salud diseñan los mecanismos para corregir los fallos de *equidad*, que eviten actuaciones discriminatorias o injustas. Esta estrecha relación entre *acceso* y *equidad* se manifiesta con claridad en asuntos como la interacción del sistema con algunos grupos de población que por su condición étnica, socioeconómica, religiosa, orientación sexual, o procedencia, puedan sufrir restricciones discriminatorias de *acceso*.

La *accesibilidad* dentro del sistema de salud, corresponde tanto al *acceso* a la atención en salud de tipo individual, como a la atención colectiva. Usualmente las definiciones de *acceso* se orientan sólo al componente de atención médica individual. La diferencia está en que los servicios colectivos tienen un fuerte perfil de búsqueda activa por parte de los oferentes de servicios, dado que corresponden a acciones que en el comportamiento general de las personas no se realiza de manera activa, cuando no se percibe como una necesidad imperativa. No obstante, con la instauración de los programas específicos de promoción y prevención en las últimas décadas, las personas reconocen cada vez más la necesidad de buscar de manera activa servicios de prevención como la vacunación o tamizaje para cáncer de cuello uterino, etc. De otro lado, los servicios de atención indi-

vidual tienen ofertas de servicios con mayor saturación que los de atenciones colectivas y, por tanto, se hacen manifiestos con mayor contundencia los problemas de *acceso* en los primeros.

En condiciones de *equidad*, los demás principios del sistema de salud aparecen subordinados al *acceso*. Esto significa que el acceso es posible cuando hay protección financiera para todos, es decir, *universalidad* (Garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida), y cuando todos hacen contribuciones financieras de acuerdo con su capacidad y situación, es decir, *solidaridad* (Práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil) y cuando se da la *integralidad* (Cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población). Para este efecto “cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley” (Ley 100 de 1993. Artículo 2).

Acceso y *equidad* son principios vitales en la operación apropiada de los sistemas de salud, como lo advierte la OPS cuando definió el *acceso equitativo* a los servicios médicos como una función esencial de la salud pública (FESP7).

El concepto de equidad está fuertemente asociado a la idea de *justicia*. Al respecto A. Donabedian afirmaba que “la equidad es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población” y desagrega el concepto en cuatro ítems: “lo que los individuos consideran justo, lo que la sociedad considera justo, distribución del acceso a la atención y distribución de la calidad de la atención que sigue al acceso y sus consecuencias” (Donabedian, 1990).

De otro lado, se encuentra el principio de *eficiencia* como otro atributo-regla de los sistemas de salud que determina los resultados de *acceso* con *equidad*. La permanente tensión entre las ilimitadas necesidades de atención por parte de la población y los recursos siempre escasos para satisfacerlas determina que sólo en condiciones de *eficiencia* en el uso de dichos recursos, sea posible que los sistemas de salud logren la capacidad y sostenibilidad necesarias para garantizar el *acceso* apropiado. La *eficiencia* es “la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente” (Ley 100 de 1993. Artículo 2).

Tanto el *acceso*, como la *equidad* y la *eficiencia* son dimensiones que determinan la prestación de servicios de los sistemas de salud (aseguramiento, gerencia de la atención y atención en salud), y afectan el logro de los tres objetivos del sistema (mejora de la salud, respuesta a expectativas y protección financiera). Estos atributos son pilares de la prestación de servicios en los sistemas de salud, que incorporan principios básicos del SGSSS colombiano (universalidad, solidaridad, oportunidad e integralidad entre otros) y se comportan como reglas de juego de los sistemas de salud determinantes en el logro de los fines del sistema y que condicionan el perfil de sus productos, (servicios). En consecuencia, se puede establecer una asociación entre estos conceptos y el concepto de *calidad*, pues si el *acceso*, la *equidad* y la *eficiencia* son pilares de la prestación de servicios, y la *calidad* es un atributo propio de los servicios resultantes de dicha prestación, entonces estos atributos también son determinantes de la calidad. Ver Ilustración 9.

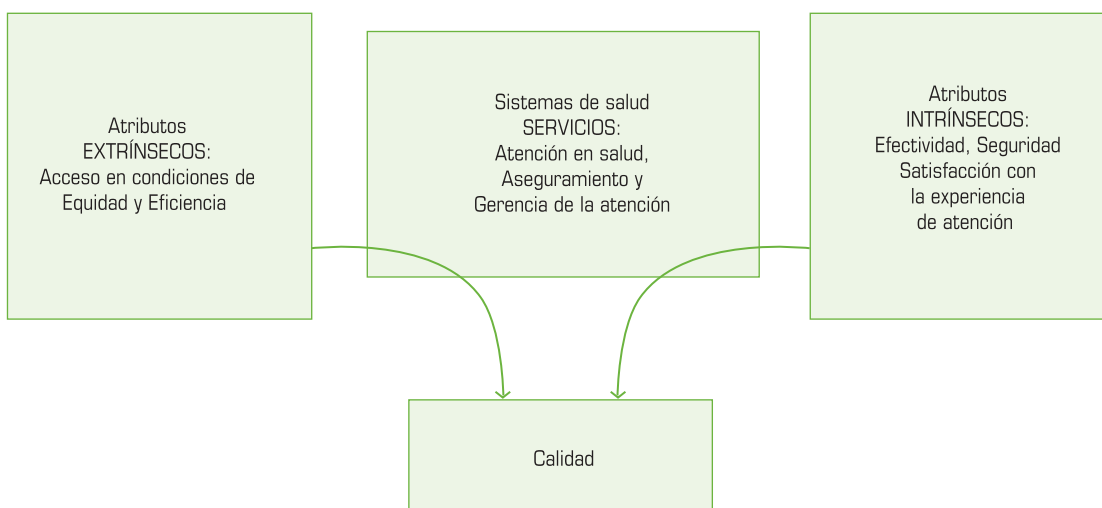
En este orden argumental, se introduce entonces el concepto de *calidad* como el modo de definir y evaluar el perfil de cualidades de los servicios comportándose como un valorador de la “estructura, proceso y resultados” de los procesos de producción del sistema y un determinante del logro de las finalidades del mismo.

La discusión acerca de si *accesibilidad*, la *equidad* y la *eficiencia* hace parte de *calidad* o son unos atributos independientes, no es un asunto concluido. De hecho, en la descripción de cada uno de estos atributos Donabedian los reconoce

El acceso, la equidad y la eficiencia son atributos básicos de los sistemas de salud y se expresan en la calidad con la que se proveen sus servicios. Son por ello atributos “extrínsecos” de la calidad de las atenciones en salud.

como pilares de la calidad y afirma que es imposible hablar de calidad sin incluirlos de alguna manera. Al respecto del acceso menciona “podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil y apropiada, es un factor importante de la calidad”. Frente a la equidad, señala “la equidad como atributo de la asistencia, es tan importante, que se merece figurar como un pilar parte de la calidad”. Finalmente, frente a la eficiencia formula un argumento de similar enfoque: “[...] No obstante podemos estar en desacuerdo sobre si el costo de la asistencia, es o no un aspecto de la calidad y uno de sus pilares [...] sin embargo, la atención innecesaria y la atención innecesariamente cara, aunque no interfieran en la consecución de las mejoras máximas de salud, muestran una clara ineptitud, negligencia

Ilustración 10. Atributos extrínsecos e intrínsecos de la calidad de los servicios de los sistemas de salud



Fuente: Elaboración propia

o irresponsabilidad social, lo que difícilmente puede asociarse con una buena calidad” (Donabedian, 1990).

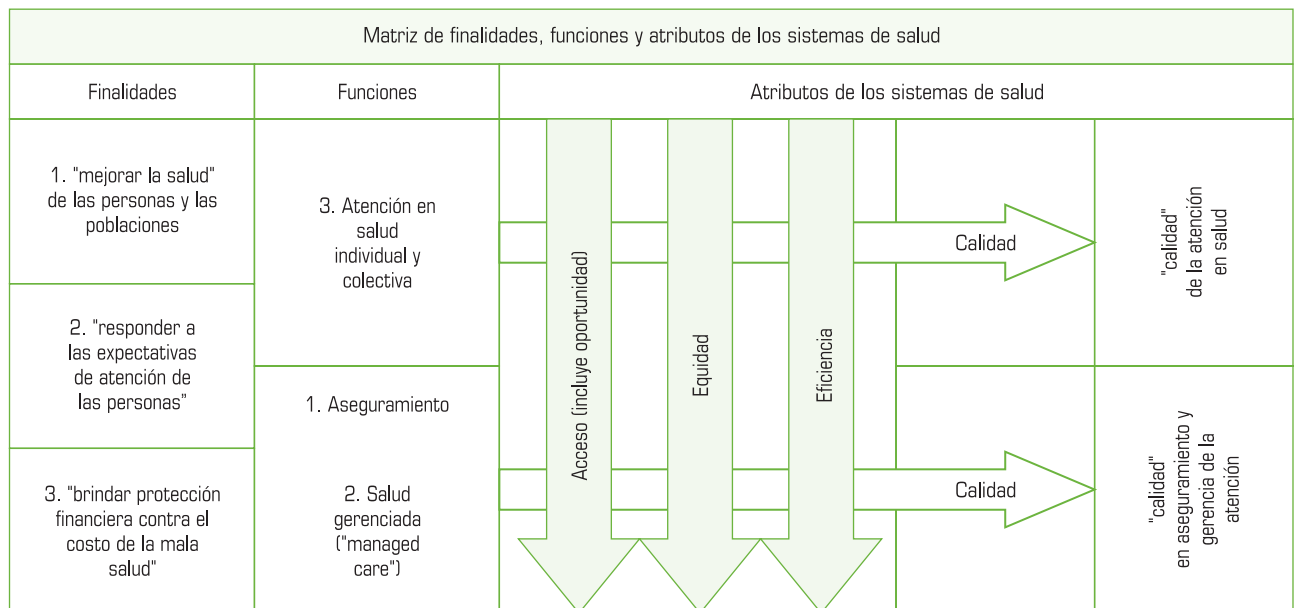
Equidad y calidad confluyen en un sistema de salud, cuando la calidad de las atenciones en salud se ven afectadas por la equidad del sistema: podrían existir sistemas con alta calidad de la atención en salud, que distribuyen de manera inequitativa dichas atenciones, permitiendo que se brinden niveles distintos de calidad. Si bien la *equidad* se entiende como un elemento estructural macro en el diseño de los sistemas de salud (la forma como se distribuyen las contribuciones financieras, relacionadas con la capacidad de aporte de las personas, por ejemplo), es cierto que en los escenarios micro de contacto entre el ciudadano y el prestador es donde aquélla se expresa de manera práctica. Así ocurre con la posibilidad de recibir igual trato o la misma prioridad de atención o hacer igual uso de los derechos que los sistemas otorgan a los ciudadanos y es ahí en donde es posible evaluar la *calidad* de la atención en salud en relación con la *equidad* de la misma.

De esta forma, el concepto de *calidad* incorpora como propios los atributos de los servicios producidos por los sistemas de salud (*acceso, equidad, eficiencia*) y se suman a los atributos que son inherentes a las cualidades de

los productos y servicios de salud que genera el sistema (efectividad, seguridad, satisfacción). Esto configura el conjunto completo de dimensiones que, permiten hacer una aproximación a la definición de *calidad*. Los primeros, por su naturaleza, se pueden considerar como atributos extrínsecos de la calidad de la atención en salud y a los segundos como atributos intrínsecos, como se aprecia en la Ilustración 10.

Si un sistema no garantiza un modelo de operación equitativo, accesible y eficiente, entonces no será posible la plena expresión de la calidad, como atributo integrador final de todos los demás. Siendo la calidad, un atributo que se expresa directamente relacionado de manera ‘lineal’ con cada uno de los productos (servicios) del sistema, la calidad es entonces un atributo que opera interactuando de forma ‘cruzada’ con la equidad, el acceso y la eficiencia y se convierte por ello en integrador de los resultados del desempeño de los sistemas de salud. En la misma medida en la que se logren alcanzar los fines del sistema en un marco de equidad, acceso y eficiencia, entonces se hace posible que estos resultados se reflejen integralmente en última instancia tanto en la calidad de la atención en salud como en la calidad de los servicios de aseguramiento y gerencia de la atención. Ver Ilustración 11.

Ilustración 11. Relaciones entre los fines y los atributos de los sistemas de salud



Fuente: Elaboración propia.

*Finalidades y funciones de los sistemas de salud según OMS 2000

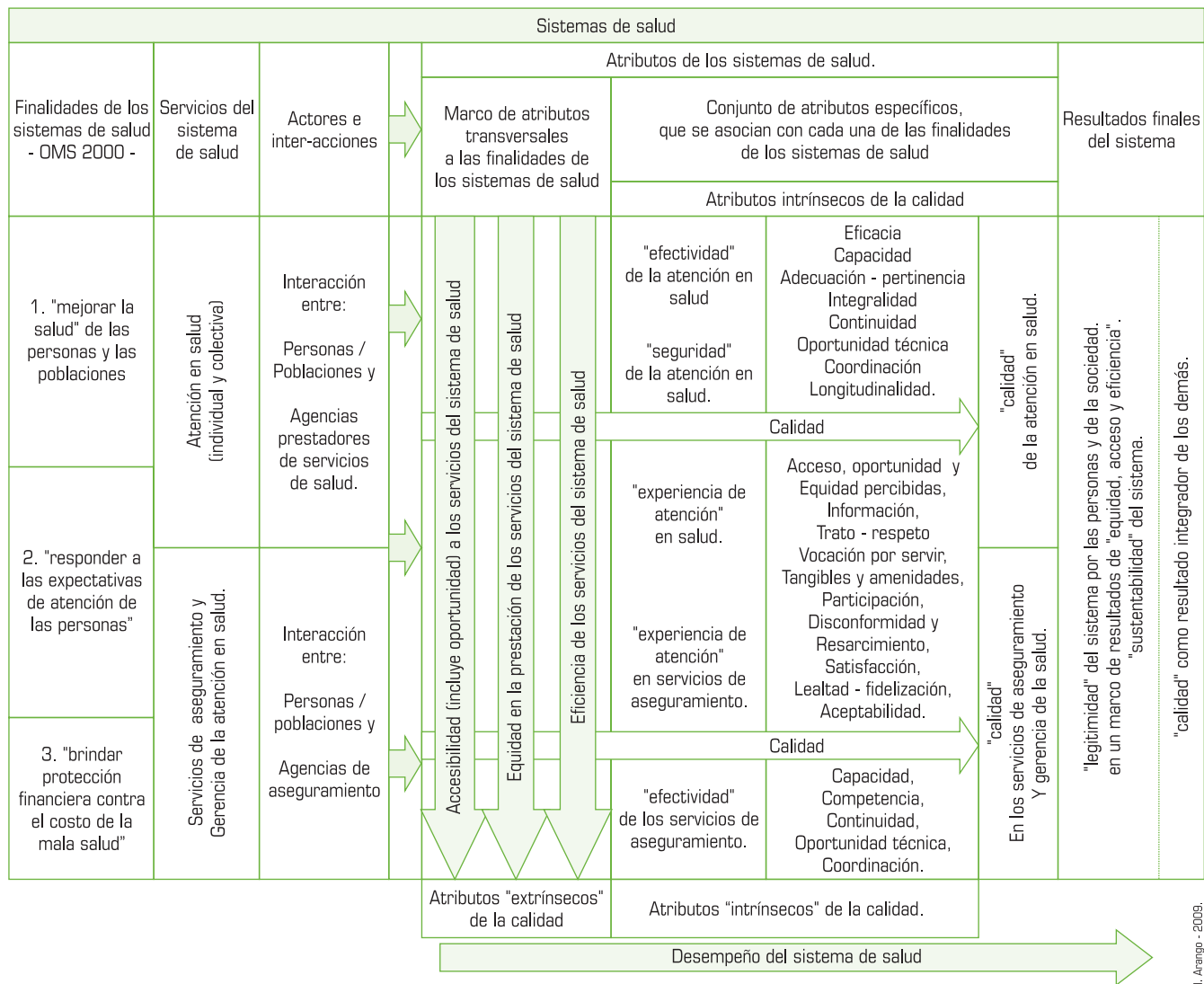
Por: Carlos H. Arango - 2009.

Si un sistema de salud es equitativo, accesible y eficiente, y la atención en salud es efectiva, segura y brinda una experiencia satisfactoria a las personas, entonces se podrá decir que éstos son los elementos constitutivos –extrínsecos e intrínsecos– de la calidad en un sistema de salud.

De esta forma, la calidad es un atributo integrador de los resultados de los sistemas de salud, que incluye también los atributos de *legitimidad* y *aceptabilidad*: si un sistema tiene un desempeño equitativo, accesible, eficiente y de la mejor

calidad posible, entonces la atención en salud será para las personas, socialmente aceptada y legítima. Al respecto, existe una disyuntiva fundamental entre lo que es legítimo para la sociedad y lo que es legítimo para los individuos. Esta disyuntiva radica en que la sociedad tiene una visión distinta a la de los individuos con respecto a los costos de la atención en salud, y puede ocurrir que las demandas de atención de un individuo excedan lo que la sociedad está dispuesta a financiarle. Aparece entonces una asociación entre legitimidad de la atención y calidad de la misma, de tal forma que

Ilustración 12. Relaciones entre las finalidades de un sistema de salud, los atributos extrínsecos e intrínsecos de la calidad de provisión de servicios de salud



Por: Carlos H. Arango -2009.

Fuente: Elaboración propia.

*Las Finalidades y funciones de los sistemas de salud según OMS 2000

lo que se considere de calidad es al mismo tiempo legítimo para los individuos y para la sociedad en general.

Por tanto, se deduce una definición de la finalidad de los sistemas de salud, desde la perspectiva de la calidad: Los sistemas de salud buscan el mayor beneficio posible para las personas y las poblaciones, en el mejoramiento de la salud –a través de una atención en salud individual y colectiva, efectiva y segura–, en la garantía del derecho de protección financiera frente a la enfermedad, y en la generación de experiencias memorables de atención dentro de un marco de condiciones apropiadas de equidad, acceso y eficiencia que garanticen sustentabilidad, legitimación y aceptabilidad del sistema, que permitan ofrecer la mejor calidad posible de servicios con los que se contribuye al bienestar y felicidad de la gente. Este resultado se muestra en la Ilustración 12.

2.3. La calidad en la prestación de servicios de los sistemas de salud.

Hasta aquí se ha abordado el concepto de *calidad*, en medio del escenario de los sistemas de salud, según el contexto del modelo colombiano. Para ello, en este marco conceptual (i) se elaboró una correlación entre la calidad y los fines, funciones y prestaciones de servicios de los sistemas de salud y (ii) se identificó una asociación entre calidad y los atributos básicos de acceso, equidad, eficiencia y oportunidad de los sistemas, finalmente interpretarlos como atributos propios de la calidad, de orden extrínseco. A continuación, se identifican los atributos propios o intrínsecos de la calidad, entonces completando el conjunto global de atributos que caracterizan el concepto de calidad en la atención en salud.

Una definición básica y general, es la del concepto de calidad como “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie” (Real Academia de la lengua española), o el “grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos” (Norma ISO 9000) o el “conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades manifiestas o implícitas” (Normas ISO UNE 29004-2). En general, las definiciones se refieren al hecho de que calidad es una medida de evaluación de una cualidad o atributo de una cosa, sujeto o proceso frente a un valor de referencia que establece su valor óptimo. En síntesis, se puede concluir que la calidad está referida a las cualidades de las cosas y a la valoración de dichas cualidades, en relación a un juicio sobre el resultado que se desea obtener, en términos de (i) la satisfacción de las expectativas de las personas involucradas y de (ii) la mejor práctica de acuerdo con el conocimiento disponible vigente.

Si un sistema de salud no garantiza un modelo de operación equitativo, accesible y eficiente, entonces no será posible la plena expresión de la calidad de las atenciones que produce. Así la calidad es un atributo de las atenciones en salud que integra los atributos macro del sistema.

La tarea de comprender el concepto de calidad aplicado a los servicios de salud ha sido un desafío durante varias décadas y un asunto difícil de precisar; incluso autores como Reerink consideraba a la calidad de la atención en salud como “algo real, capaz de ser percibido y apreciado, pero que no está sujeta a definición o medición” (1990). Por su parte, Donabedian señalaba que “la evaluación de la calidad debe soportarse en una definición conceptual y operativa de lo que significa la calidad de la atención médica. En este aspecto fundamental se presentan muchos problemas, pues la calidad de la atención es una idea extraordinariamente difícil de definir” (1966). Pese a señalar esta dificultad, él mismo formuló la definición de mayor aceptación en la literatura científica que describe a la calidad como “una propiedad del proceso de atención médica y se define como la capacidad de asistencia esperada para lograr el beneficio neto más alto posible de acuerdo con las valoraciones de los individuos y la sociedad” (Donabedian, 1966), de tal forma que la aplicación del conocimiento médico maximice los beneficios para la salud, sin aumentar los riesgos en forma proporcional. Por tanto, el grado de calidad es la medida en que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable entre los riesgos y los beneficios.

Una definición más reciente y de amplia utilización fue presentada por el Instituto de Medicina en Estados Unidos, según la cual la calidad es “el grado en el que los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados en salud, de manera coherente con el conocimiento profesional corriente” (Lorh, 1990). Esta definición advierte que la calidad no es idéntica a buenos resultados porque en ocasiones la enfermedad derrota los mejores esfuerzos de los profesionales de la salud. Igualmente, pone de relieve el vínculo entre el cuidado que se brinda y sus efectos sobre la salud.

En Colombia, la definición vigente corresponde a la indicada en el SOGC, en donde la calidad de la atención de salud se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006).

En general, estas elaboraciones conceptuales sobre la calidad, al ser contextualizadas en los servicios que proveen los sistemas de salud, en particular con los servicios de atención en salud, hacen manifiesta la necesidad de contar con un marco para juzgar la calidad de la atención en salud en Colombia. Para esto se requiere: (i) identificar las cualidades de estas atenciones; (ii) identificar el ‘deber ser’ de dichos atributos y (iii) identificar el método que permita una contrastación entre la realidad observada de las cualidades de una atención en salud y su deber ser (evaluación de la calidad).

Este concepto se puede aclarar utilizando la lógica básica de la teoría de sistemas, de la siguiente manera:

- (i) Las atenciones en salud son procesos prestados por los médicos y demás personal de la salud, por cuenta propia o a través de agencias de provisión de servicios (IPS en el caso colombiano). Es decir, son procesos aquellos sistemas sociales de producción a través de los cuales se cumple la finalidad de satisfacer una necesidad de un cliente (un usuario, un paciente, un consumidor, un beneficiario, otro proceso incluso, etc.), mediante la producción de un bien o servicio, que es resultado de un procedimiento de transformación de unos recursos (humanos, físicos, financieros y de información) mediante la aplicación de un conocimiento previo que se tiene acerca de una determinada manera de hacer las cosas (Know How).
- (ii) Cuando todos los involucrados en el proceso (clientes, el conjunto social de donde provienen esos clientes y las personas involucradas en la producción) están de acuerdo con todas las cualidades del servicio, expresadas en atributos de aceptabilidad y legitimidad, es cuando se puede identificar el deber ser de la atención.
- (iii) Estos procesos a través de los cuales se generan las atenciones en salud tienen cualidades, que determinan esta capacidad de satisfacción de la finalidad de la atención. Estas cualidades finales, están directa e intrínsecamente determinadas por las características propias de los componentes del proceso, lo que significa que

el resultado final de servicio o bien producido, frente al cliente, dependerá de: (a) La capacidad que tenga el conocimiento utilizado en el proceso de generar un resultado deseado (efectividad –que incorpora eficacia–) y la capacidad de aplicarlo de una manera que no sólo logre dicho resultado –beneficio– sino que a su vez no genere daño –riesgos– (seguridad del paciente), situaciones que están relacionadas con la utilización del mejor conocimiento acumulado aplicable por la humanidad sustentable con evidencia, (b) de las características de los recursos utilizados (disponibilidad, suficiencia, idoneidad, destreza, costo) y (c) del perfil de necesidades en salud que tienen los clientes (estar saludable, recuperar la salud frente a la aparición de la enfermedad, mantener la mejor salud y bienestar en problemas crónicos y recibir cuidado en el final de la vida) y de sus expectativas previas frente a la atención que recibirá (buen trato, respeto, prontitud, puntualidad, información apropiada, etc.).

- (iv) El balance entre las cualidades finales de las atenciones en salud generadas por el proceso y las cualidades de la atención recibidas y esperadas por los usuarios determina la calidad de dicha atención. Las cualidades finales de las atenciones prestadas están a su vez determinadas por el balance resultante entre el mayor beneficio a lograr y el menor riesgo a generar, derivado del conocimiento, la práctica y los recursos utilizados. Las cualidades de la atención esperadas por los usuarios dependen del conocimiento y experiencias previas que el usuario tiene frente al servicio. Los costos se deben introducir en este balance, dado que tienen el potencial de modificar las cualidades tanto de las atenciones prestadas como de las esperadas.

2.3.1 El deber ser de las cualidades:

Balance entre el ideal técnico y el de los usuarios

En 1978, Donabedian propuso abordar la calidad de la atención en salud referida de manera específica a la atención médica individual, distinguiendo dos aspectos: “uno es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente” (Donabedian, 1978). De esta forma hizo una diferenciación temprana de dos elementos que parecen excluyentes, aunque actúan de manera simultánea en un mismo concepto.

En los procesos de prestación de servicios de atención en salud hay una interacción permanente entre dos instancias, cuyo resultado es el balance entre ellas:

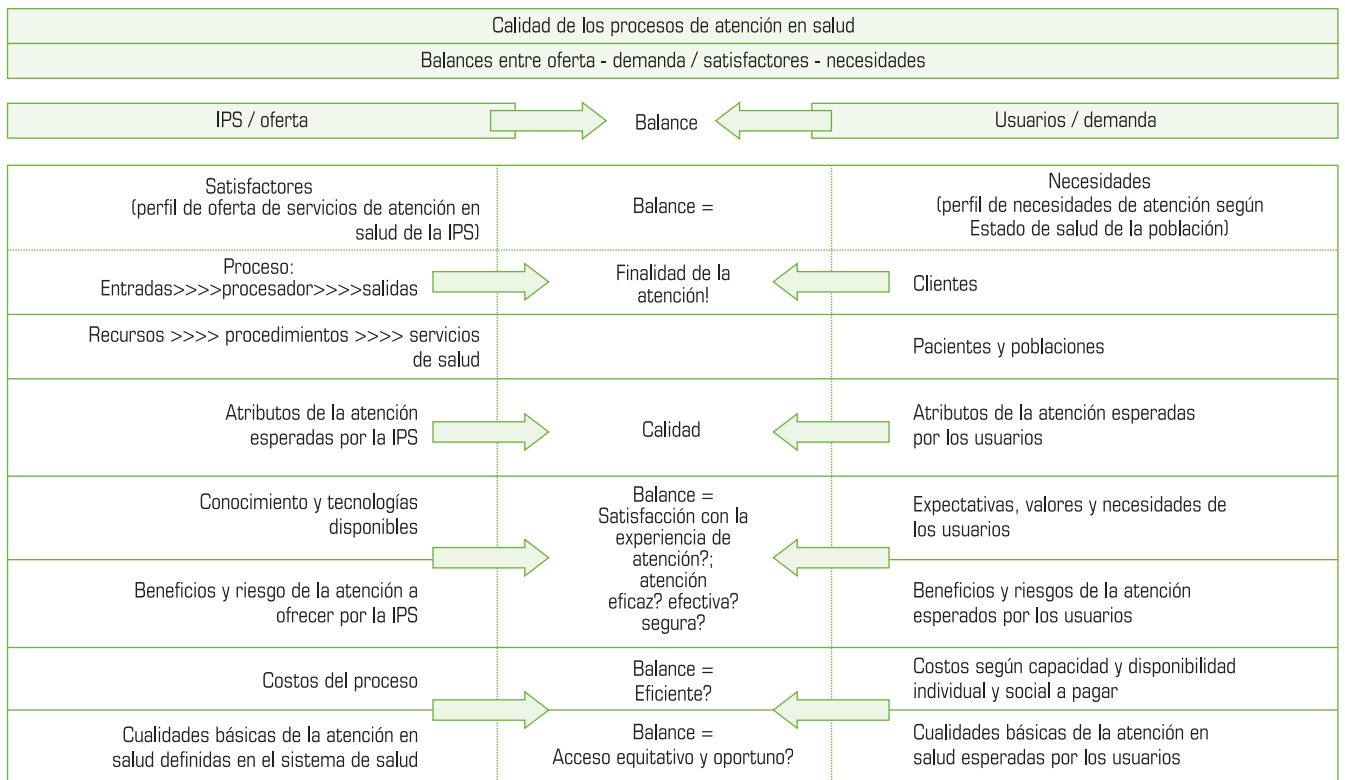
Necesidades (atenciones requeridas según situación de salud, de las personas y las poblaciones) versus satisfactores (oferta de servicios de los sistemas de salud, generada a partir del proceso sistémico entradas-procesador-salidas: recursos-procedimientos-servicios de salud)

- Mejora de la salud planificada sobre el conocimiento científico disponible y las valoraciones de la relación beneficios-riesgos de las prácticas médicas versus la mejora de la salud esperada por las personas y el juicio sobre beneficio-riesgo basado en la información y el conocimiento disponibles
- Costos del proceso de producción de servicios versus costos según capacidad y disponibilidad individual y social a pagar
- Las condiciones macro de acceso oportuno en condiciones de equidad y eficiencia reguladas por el sistema versus las condiciones reales de acceso micro frente al prestador de servicios (médicos o IPS).

Así, la calidad es resultante también de un balance entre estas fuerzas en donde se confrontan en última instancia la respuesta de los atributos extrínsecos e intrínsecos de la calidad versus lo que las personas esperan que sean dichas cualidades. Ver Ilustración 13.

Este balance revela dos aspectos fundamentales para entender cuál es el deber ser de las cualidades que determinan las cualidades intrínsecas de la calidad de un proceso de producción de servicios de atención en salud. Ver Ilustración 14. El primer estándar del ideal de una cualidad está determinado por el nivel actual de conocimiento científico, que nos dice cuál es la mejor acción o intervención posible. Esto se traduce, por ejemplo, en la definición de tecnologías descritas en las guías de práctica clínica. La medición de los resultados obtenidos con estas intervenciones nos habla del grado de éxito de una intervención, esto es, de su efectividad. En el rango entre lo que sucede con el estado de salud de una persona cuando no se hace nada y lo que sucedería si se aplica la mejor intervención conocida y probada por la ciencia (*eficacia*), se encuentra la *efectividad* de una intervención. Esta respuesta cambia según los factores

Ilustración 13. Modelo de relaciones de balance en los procesos de atención en salud



Fuente: Elaboración propia

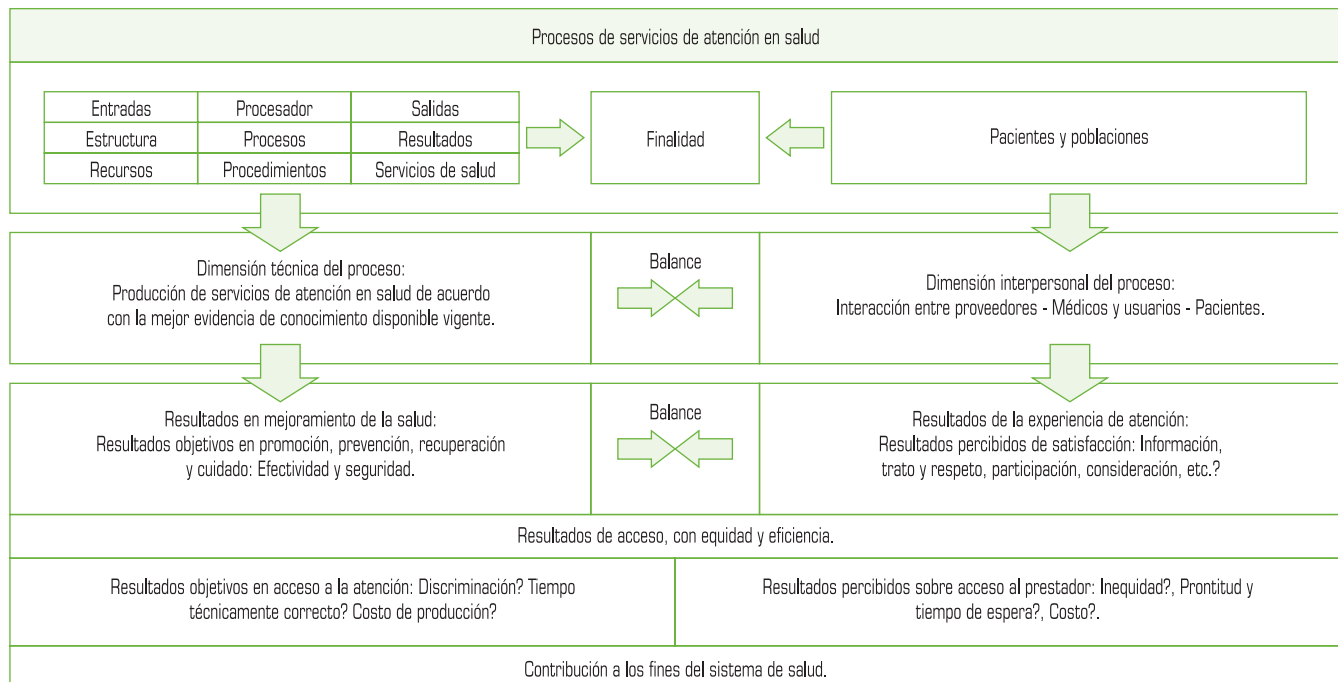
presentes en cada caso y el grado de variabilidad individual de respuesta, dando lugar a un margen de incertidumbre. Por tanto, la efectividad se deriva de la decisión previa a la intervención sobre el beneficio-riesgo de la misma e incluye las consideraciones sobre la seguridad del paciente.

El segundo estándar del ideal de las cualidades de los procesos de atención corresponde al definido por los usuarios (consumidores, beneficiarios, clientes, pacientes, etc.), por ser quienes tienen la intención de recibir atención, como satisfactor para resolver una necesidad. Los usuarios esperan que, además de percibir una mejora con las intervenciones realizadas frente a la necesidad de atención, todo el proceso de atención les brinde, desde el primer contacto con el proveedor (médico o IPS) y hasta el final de la interacción, una experiencia satisfactoria y gratificante, como parte del bienestar que esperan conseguir de la atención. La medición de los resultados obtenidos con estas intervenciones nos habla del grado de satisfacción logrado, el cual a su vez, integra un conjunto amplio de percepciones (trato, respecto, dignidad, confidencialidad, información, etc.). Esta valoración incluye reconocer que la atención debe ser sensible a las preferencias y los valores de los usuarios de servicios de atención de salud, especialmente los pacientes individuales, y que sus opiniones acerca de la atención es un indicador importante de su calidad (Blumenthal, 1996).

En suma, los estándares e ideales de los atributos de la calidad están dados tanto por su capacidad por resolver las necesidades de atención, como por su capacidad de interactuar para generar una experiencia de atención gratificante. Ambas dimensiones son indivisibles y complementarias, y su evaluación integra las visiones de la calidad tanto médico-científica como la de los usuarios, a manera de balance de su interacción. En el primer caso, la evaluación de la calidad debe hacerse a través de observaciones y mediciones de la realidad. En el segundo caso, sucede lo contrario, la principal forma de evaluación es a través de una colección de percepciones que tienen las personas sobre los resultados de la atención recibida y/o de las expectativas previas a la atención.

Adicionalmente, existe un desacuerdo entre las expectativas de los individuos y las de la sociedad en su conjunto, que se refiere a la discusión acerca de cómo los individuos esperan recibir atención de la más alta calidad, para lograr una determinada mejora en la situación de salud frente al riesgo que tendrían e independientemente del costo, frente a otras prioridades sociales. Sin embargo, estos costos pueden entrar en conflicto con la eficiencia de los sistemas de salud, en donde sería difícil una aceptación social del uso de los escasos recursos en intervenciones de poca efectividad y alto costo, en lugar de utilizarlos

Ilustración 14. Procesos de Atención y en salud y dimensiones de la calidad



Fuente: Elaboración propia

en intervenciones de mayor utilidad y menor costo que beneficiarían a una mayor población. Este desacuerdo puede generar un dilema moral porque “el médico que desea hacer lo mejor para cada paciente puede estar en conflicto con lo que la sociedad impone como lo mejor para todos” (Donabedian, 1979).

2.3.2 La calidad de la atención en salud y el modelo de necesidades vs. satisfactores

La provisión de servicios en su concepción más integral involucra tanto los servicios de salud individuales y colectivos, como los servicios de aseguramiento. Estos servicios se comportan como un conjunto de satisfactores que responden de manera sincrónica a un conjunto de necesidades. Según este modelo de análisis, las necesidades se reflejan en los objetivos de los sistemas de salud; estos son: (i) La mejora en la salud de las personas, (ii) la respuesta apropiada a las expectativas de las personas y (iii) la protección financiera contra los costos de la pérdida de la salud. De esta forma, un sistema de salud responde a sus dos primeros objetivos con la provisión de servicios de salud individual y colectiva, y con la provisión de servicios de aseguramiento al tercer objetivo. Ver Ilustración 15.

¿Cuáles son exactamente las necesidades de las personas frente a los servicios de salud y la calidad de los mismos? Este interrogante se pretende responder desde tres niveles de análisis, según conceptos adaptados de un conjunto de categorías y sub-categorías de información que hablan directamente de los intereses de los consumidores sobre la calidad de atención de salud:

Frente a la provisión individual de servicios de salud, por parte de las IPS y profesionales de la salud, las necesidades y expectativas son (FACCT 2001):

- Mantenerse sanas y evitar las enfermedades
- Sentirse mejor y recuperar la salud
- Vivir lo mejor posible con una enfermedad crónica o una discapacidad
- Recibir apoyo especial en el final de la vida

Frente a la provisión colectiva de servicios de salud, por parte de las autoridades sanitarias territoriales (DTS) y nacional (MPS y otros), las necesidades y expectativas son:

- Vigilar y controlar la aparición de enfermedades y epidemias
- Cuidar la salud y evitar la aparición de las enfermedades en la comunidad
- Tener un ambiente sano en donde vivir

Frente a la provisión de servicios de aseguramiento, por parte de las EPS, las necesidades y expectativas son:



- Acceder a unos servicios de salud en los que puedan confiar de manera fácil y rápida
- Que el asegurador cubra el costo de los servicios de salud recibidos
- Que pueda recibir ingresos mientras se encuentre sin capacidad de trabajar (enfermedad, embarazo, etc.)
- Que pueda confiar en que la entidad aseguradora está en capacidad de cumplir sus compromisos
- Que pueda afiliarse fácilmente y sin restricciones a un asegurador
- Que pague por el seguro un valor apropiado a la capacidad económica
- Que pueda recibir un apoyo del sistema de salud para pagar el seguro, si no tiene capacidad económica


Así, las entidades encargadas de la provisión de servicios de salud y aseguramiento deben estar en capacidad para responder de una manera apropiada a las necesidades y expectativas de las personas e interpretarlas de tal manera que puedan proveer atenciones centradas en los usuarios. En la Ilustración 15 se describe, del lado de la oferta, el conjunto de atenciones a proveer de acuerdo con cada necesidad y expectativa identificada.

2.3.3 Dimensiones de la calidad

A la agregación de las cualidades o atributos de los procesos de atención en salud se les ha denominado, en conjunto, dimensiones o dominios de la calidad. Una definición de las dimensiones de la calidad de la atención en salud propuesta en el Reino Unido, las agrupa en seis atributos: (i) *Acceso* a los servicios, (ii) *relevancia* de la necesidad, para toda la comunidad, (iii) *efectividad* para pacientes individuales, (iv) equidad –justicia–, (v) *aceptabilidad* social, (vi) *eficiencia* y economía (Maxwell, 1984). Por su parte, Palmer (Citado por Mira, Lorenzo, Rodríguez-Martín y Bull, 1999) define como elementos de la calidad: “(i) *Calidad técnico científica*: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente, (ii) *Accesibilidad*: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc., (iii) *Satisfacción o aceptabilidad*: grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario, (iv) *Efectividad*: grado con que la atención sanitaria consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales, (v) *Eficiencia*: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible

Ilustración 15. Intereses personales sobre la calidad de la atención en salud, en un modelo de necesidades vs. satisfactores

| Intereses y expectativas de las personas sobre la calidad de la atención en salud (aseguramiento y provisión individual y colectiva). | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| ¿Cuáles son las necesidades que tienen las personas? | | Objetivos de los sistemas de salud | ¿Cómo ayudan los servicios prestados con calidad, a las personas? | | |
| Demanda - Necesidades | | | Oferta de servicios - Satisfactores | | |
| Individuos |  | "mantenerse sano" * | 1. Mejorar la salud de las poblaciones | Ayudan a que las personas permanezcan saludables - se preocupan por promocionar su salud. | Prestación de servicios de salud individuales (IPS y Profesionales) |
| | | "sentirse mejor" * | | Ayudan a las personas a identificar y controlar los riesgos y a prevenir la aparición de enfermedades. | |
| | | "vivir con una enfermedad crónica" * | | Prestan servicios para recuperar la salud y controlar la enfermedad. | |
| | | "vivir con una discapacidad" * | | Brindan apoyo a personas con enfermedad crónica = a cuidar de sí mismos, controlar síntomas, evitar complicaciones, mantener actividades diarias. | |
| | | "afrontar el final de la vida" * | | Brindan apoyo en la discapacidad = a cuidar de sí mismos, evitar complicaciones, mantener actividades diarias. | |
| Población total |  | "vigilar y controlar la Aparición de enfermedades y epidemias" | 2. responder a las expectativas de las personas | Realizan acciones para vigilar y controlar a la aparición de enfermedades de interés para la salud pública. | Prestación de servicios de salud colectivos (MPS + DTS) |
| | | "cuidar la salud y evitar enfermedades en la comunidad" | | Realizan acciones colectivas para ayudar a las personas a promocionar la salud y permanecer sanos. | |
| | | "mantener un ambiente sano donde vivir" | | Realizan acciones colectivas de detección precoz de enfermedades y de protección específica por grupos de riesgo. | |
| | | | | Realizan vigilancia y control sobre factores ambientales que afectan la seguridad sanitaria y ambiental. | |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|---|
| Poblaciones aseguradas |  | "acceder a los servicios de salud confiables" | 3. protección financiera contra los costos de la "pérdida de la salud" | Organizan y disponen los servicios de salud y definen sus proveedores según las necesidades de las personas. | Prestación de servicios de aseguramiento (EPS). |
| | | "cubrir el costo de los servicios de salud recibidos" | | Cubren el costo de los servicios de salud, en nombre de los usuarios. | |
| | | "mantener los ingresos mientras se encuentre incapacitado" | | Pagan subvenciones económicas a las personas mientras no puedan trabajar, por enfermedad o postparto. | |
| | | "confiar en que el asegurador puede cumplir sus compromisos" | | Administran los recursos financieros y cuidan que los costos sean apropiados. | |
| | | "acceder a los beneficios de un seguro de salud" | | Afilian las personas con un plan de beneficios y recaudan sus aportes. | |
| | | "evitar que otras personas abusen del seguro" | | Controlan el uso apropiado de servicios. | |
| Demanda - Necesidades | | | Oferta de servicios - Satisfactores | | |

con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costos generados”.

En Canadá, otras investigaciones (Health Services Research Group, 1992) han formulado los elementos en la evaluación de la calidad de la atención en salud en términos de: (i) *Accesibilidad*: ¿Existen barreras para suministrar el cuidado necesario?, (ii) *Coordinación y continuidad*: ¿Existe continuidad de la información y una intención de comunicación abierta?, (iii) *Amplitud –alcance– “comprehensiveness”*: ¿Atención del paciente desde una perspectiva global? ¿Están todos los recursos integrados apropiadamente para la atención en salud?, (iv) *Centro en el paciente*: ¿El cuidado es planeado para y con los pacientes individuales?, (v) *Efectividad*: ¿El cuidado es prestado de conformidad con estándares definidos de beneficios y riesgos, reflejando los mejores procesos y resultados alcanzables, en determinadas circunstancias?, (vi) *Eficiencia*: ¿Es la prestación cuidadosa de los servicios necesarios sin recortes de presupuesto que ponga a los pacientes en riesgo?

Por su parte, Donabedian (1990) propuso los llamados siete pilares de la calidad, que son el grupo de atributos más populares sobre los que se reconoce y juzga la calidad: (i) *Eficacia*, (ii) *efectividad*, (iii) *eficiencia*, (iv) *optimización*, (v) *aceptabilidad* (accesibilidad, relación médico-paciente, confort de la atención, preferencias del paciente y costo), (vi) *legitimidad* y (vii) *equidad*.

En este punto es necesario considerar la revisión realizada sobre los marcos teóricos de los informes nacionales de calidad de diversos países, donde se incluyó la observación sobre los dominios y dimensiones utilizadas.

En Estados Unidos, la Agencia de Investigaciones de Atención en Salud y Calidad (AHRQ) utilizó el marco conceptual elaborado por el Instituto de Medicina que define dos con-

juntos de dimensiones: el primero, contiene los componentes de la calidad de la atención en salud: *seguridad, efectividad, centrado en el paciente y oportunidad*; el segundo conjunto contiene la perspectiva de calidad desde el consumidor durante el ciclo de vida: Atención cuando están sanos, la experiencia una enfermedad aguda, necesidad de controlar una enfermedad crónica, y hacer frente al final de la vida (Hurtado et al., 2001). Ver Ilustración 16.

En Australia, las dimensiones utilizadas son: (i) *efectividad*: “el cuidado, la intervención o las acciones logran los resultados deseados”; (ii) *pertinencia –appropriateness–*: “el cuidado, la intervención o la acción proporcionados son relevantes a las necesidades del cliente y se basa en estándares establecidos”; (iii) la *seguridad paciente*: “el riesgo potencial de una intervención o del entorno, son identificados, evitados o minimizados”; (iv) el *acceso* al cuidado: “capacidad de la gente para obtener cuidado médico en el lugar correcto, en el tiempo adecuado con independencia de los ingresos, la localización física y la cultura”; (v) *responsabilidad y capacidad de respuesta –responsiveness–*: “el servicio se ofrece con respeto por las personas y orientado al cliente: respeto por la dignidad, confidencialidad, participación en las decisiones a tomar, rápido, calidad de las amenidades, acceso a redes de apoyo social, y posibilidad de escoger el proveedor”; (vi) *eficiente*: “los resultados deseados se logran con el menor costo y uso efectivo de recursos”; (vii) *continuo*: “capacidad para proveer servicios ininterrumpidos y coordinados, a través de los programas, los médicos, organizaciones y niveles, en el tiempo”; (viii) *capacidad*: “capacidad de los servicios individuales para proveer, un servicio de salud basado en habilidades y conocimientos”; (ix) *sostenible*: “sistemas y organizaciones capaces de proveer la infraestructura tales como fuerza de trabajo, suministros y equipamiento, y de innovar y responder a las necesidades emergentes (investigación, monitoreo)” (National Health Performance Committee, 2004).

Ilustración 16. Matriz de componentes de la calidad de la atención en salud y perspectiva de calidad de los consumidores

| Components of Health Care Quality | | | | |
|--|--------|---------------|----------------------|------------|
| Consumer Perspectives on Health Care Needs | Safety | Effectiveness | Patient Centeredness | Timeliness |
| Staying healthy | | | | |
| Getting better | | | | |
| Living with illness or disability | | | | |
| Coping with the end of life | | | | |

EQUIDAD

Los “dominios” de la calidad aparecen en diversos países del mundo, expresados en una multiplicidad diversa de conceptos, fuertemente ligados a los perfiles de salud de sus poblaciones.

En Canadá, las dimensiones utilizadas dentro de la evaluación de desempeño del sistema de salud, en su componente de calidad, son: (i) *aceptabilidad*: Todos los servicios prestados cumplen con las expectativas del cliente, la comunidad, los proveedores, los pagadores; reconociendo que puede haber conflicto de intereses entre estos sectores y que las necesidades de los clientes/pacientes son primordiales; (ii) *accesibilidad*: La disponibilidad de obtener servicios en el sitio y momento adecuados de acuerdo a sus necesidades; (iii) *pertinencia*: Los servicios son relevantes para las necesidades de los pacientes y se basan en estándares establecidos; (iv) *competencia*: Las habilidades y conocimiento de un individuo son apropiadas para el servicio que provee; (v) *continuidad*: La habilidad de proveer cuidado ininterrumpido y coordinado entre programas, practicantes, organización y niveles de servicios en el tiempo; (vi) *efectividad*: Los servicios, intervenciones o acciones prestadas logran los resultados esperados; (vii) *eficiencia*: Alcanzar los resultados esperados con la mayor costo-efectividad, y (viii) *seguridad*: Riesgos potenciales de una intervención o del medio son evitados o minimizados (Canadian Institute for Health Information, 2009).

En Suecia, el marco para los indicadores nacionales de calidad en salud contempla las siguientes dimensiones: (i) *Eficiencia*: La atención de salud eficiente significa que la atención debe basarse en la ciencia y la experiencia comprobada y diseñada para satisfacer las necesidades del paciente en la mejor forma posible. (ii) *Oportunidad*: La atención médica de manera oportuna significa que ningún paciente tendrá que esperar más del tiempo razonable sobre las operaciones de atención en salud según las necesidades. (iii) *Seguridad*: Reducción de errores y atención segura. (iv) *Eficacia y equidad*: La atención de salud eficaz significa que los recursos disponibles se utilizan de la mejor manera para alcanzar las metas establecidas. Equidad en la atención en salud significa que la atención se presta y se distribuyen igual para todos. (v) *Centralización en el paciente*: Significa que el cuidado de la salud está dirigido a las necesidades específicas del individuo cumpliendo expectativas y valores como el respeto, la dignidad, igualdad,

autonomía e integridad (The National Board of Health and Welfare, 2006).

En Dinamarca, el Proyecto Nacional de Indicadores de calidad en salud contempla básicamente una sola dimensión: Efectividad, que se aplica para un conjunto de patologías específicas, priorizadas dentro del perfil de salud del país. Estas enfermedades son: Accidente cerebro vascular, fractura de cadera, esquizofrenia, intervenciones quirúrgicas agudas, falla cardíaca, cáncer de pulmón (The Danish National Health Service, 2008).

En España, la agregación de indicadores se hace en el siguiente conjunto de dimensiones: 1. *Accesibilidad*, 2. *Calidad y resultados de la atención* sanitaria, que a su vez está segmentada en: 2.1 Calidad de la provisión y variabilidad de la práctica clínica; 2.2 Seguridad del paciente, complicaciones potencialmente iatrogénicas; 2.3 Resultados (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2007). En Nueva Zelanda, el informe nacional de calidad está centrado en la dimensión de *seguridad del paciente* (The Quality Improvement Committee, 2008).

En el Reino Unido, se considera el siguiente conjunto de dimensiones: Salud y bienestar, que incluye la reducción de las desigualdades en salud; *efectividad clínica*; *seguridad*; *centrado en el paciente*; y *acceso*. De manera más reciente, en el llamado ‘informe de Lord Darzy’ (National Health Service, 2008) se hacen recomendaciones sobre los futuros informes de calidad, y se definen sólo tres dimensiones: 1. *Eficacia de la atención*: Significa entender las tasas de éxito de los diferentes tratamientos para las diferentes condiciones. Esto incluirá la evaluación de las medidas clínicas, tales como la mortalidad o las tasas de supervivencia, las tasas de complicaciones y las medidas de mejoría clínica; 2. *Seguridad del paciente*: La primera dimensión de la calidad debe ser no hacer daño a los pacientes. Esto significa garantizar un ambiente seguro y limpio, la reducción de daños evitables tales como errores de exceso de drogas o tasas de infecciones asociadas a la atención; y 3. *Experiencia de atención del paciente*: La calidad de la atención incluye la calidad del cuidado; esto significa que la forma de cuidado personal contempla la compasión, la dignidad y el respeto con que son tratados los pacientes. Sólo puede ser mejorado mediante el análisis y la comprensión de la satisfacción del paciente con sus propias experiencias.

La OCDE hizo una revisión (Kelley & Hurst, 2006) de los marcos teóricos de algunos de sus países miembros y aprovechó dicha experiencia para definir los atributos y dimensiones de su proyecto Indicadores de Calidad de Atención en Salud (HCQI). La dimensión clave del

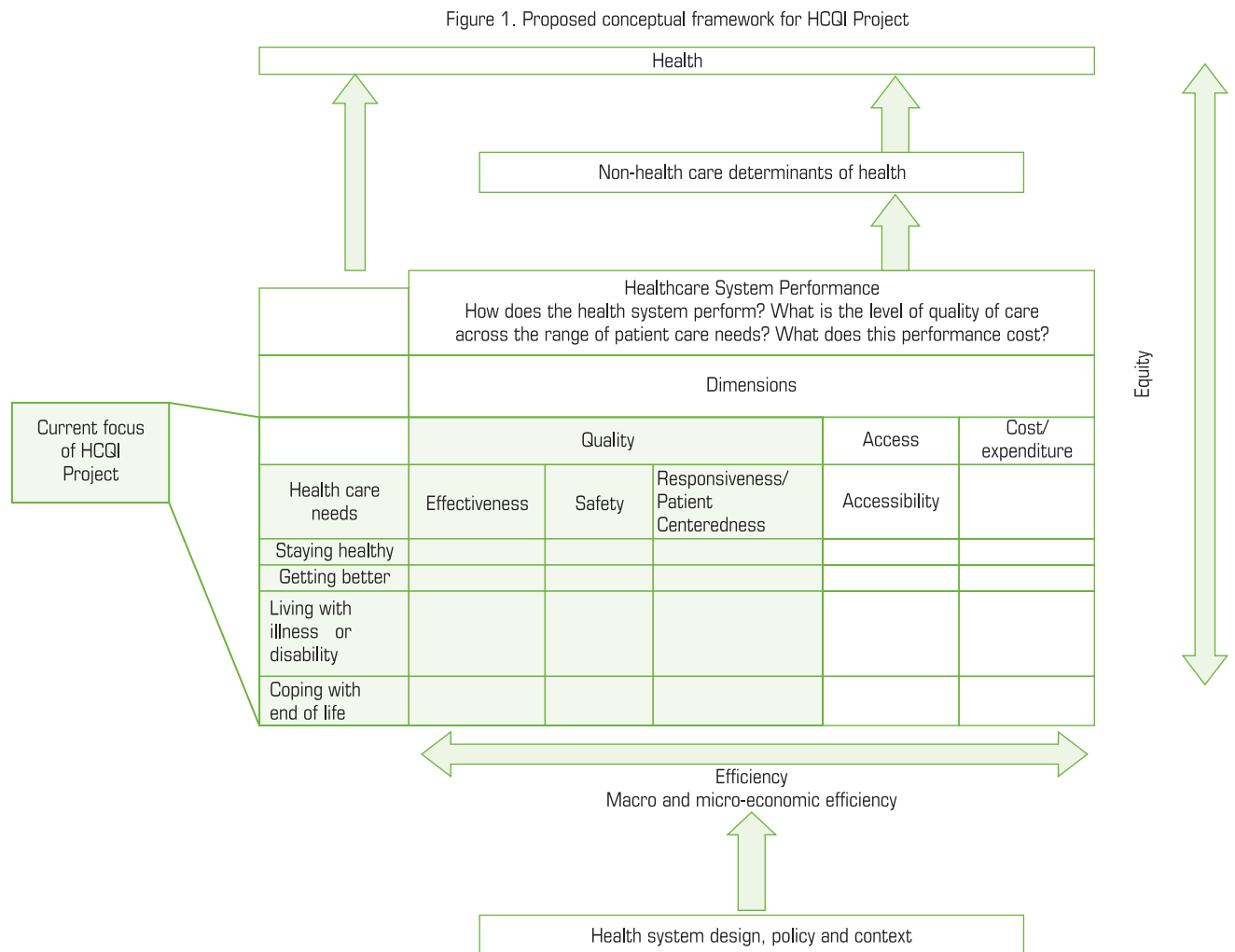
estudio corresponde a la *efectividad*, entendida como el “grado en el que se logran resultados deseables, dada la correcta disposición de los servicios de salud basados en la evidencia, a todos los que podrían beneficiarse, pero no a los que no se beneficiarían” (Arah, Klazinga, Delnoij, Ten Asbroek & Custers, 2003). La OCDE hace una revisión de las dimensiones más comúnmente utilizadas y las clasifica en las más frecuentes (efectividad, seguridad, capacidad de reacción centrada en el paciente –responsiveness–, acceso, equidad, eficiencia) y las menos frecuentes (aceptabilidad, idoneidad-aptitud –appropriateness–, competencia o capacidad, continuidad y oportunidad).

Dentro de este conjunto, la OCDE seleccionó tres dimensiones, dentro de las cuales agrupó todas las demás, tomadas de los marcos conceptuales de Estados Unidos, Canadá

y Australia: (i) *efectividad*, (ii) *seguridad* y (iii) *centrado en el paciente –Responsiveness–*. Adicional a la calidad y de manera paralela, la OCDE incluye en su marco los atributos de equidad, acceso, eficiencia y costos. Sin embargo, en el informe presenta sólo las dimensiones de seguridad y de eficiencia. En esta última, la evaluación se concentra en cuidados cardiacos, cuidados de diabéticos, atención primaria y prevención y salud mental. Ver Ilustración 17.

Como se parecía en la anterior ilustración, la OCDE toma el marco de desempeño de sistemas de salud de Canadá y sobre él identifica las dimensiones de dicho sistema, dividiéndola en calidad, acceso y costos, en un contexto de eficiencia y equidad. A su vez, desagrega la calidad en tres dominios: efectividad, seguridad y centralización en el paciente. Como se aprecia, hay un conjunto de dimensiones que están dentro del

Ilustración 17. Marco conceptual propuesto proyecto indicadores de calidad de la atención OCDE



Fuente: Kelley, E. & Hurst, J. (2006). Health care quality indicators project. Conceptual framework (OECD Health working papers No. 23). Paris, France: OECD.

sistema de salud en el mismo nivel de la calidad y no contenidos en ella. A su vez, la calidad y sus tres dominios se cruzan en el modelo matricial propuesto en Estados Unidos con las percepciones de necesidades de atención de los usuarios.

En Colombia, la revisión del marco legal muestra definiciones que se resumen en la Tabla 21.

En el país la recopilación y definición hecha por Kerguelén (2003), presenta el siguiente conjunto de atributos: Accesibilidad, aceptabilidad, calidad técnico-científica, comodidades, competencia profesional, continuidad, coordinación, efectividad, eficacia, eficiencia, equidad, legitimidad, optimización, pertinencia, satisfacción, seguridad.

En este panorama internacional, se advierte la presencia de múltiples perfiles para presentar las dimensiones de la calidad de la atención, y al tiempo muchas similitudes entre todos. Al realizar un ejercicio de contrastación entre todo este conjunto de cualidades es posible reafirmar la descripción que se hacía en párrafos anteriores, donde cualidades que siendo propias de los sistemas de salud en su conjunto, son a su vez atributos que determinan la calidad, que denominamos **cualidades extrínsecas**, como se aprecia con los conceptos de acceso, equidad, eficiencia. De igual forma, se involucran como resultantes del desempeño de los sistemas de salud, los conceptos de legitimidad

y sustentabilidad. (Ver Ilustración 12). Al mismo tiempo, identificamos el conjunto de atributos inherentes a los productos y servicios que genera el sistema de salud y que denominamos **cualidades intrínsecas** y que corresponden a un conjunto amplio de atributos que incluyen algunos de los identificados, como la efectividad, seguridad, pertinencia-idoneidad, competencia-capacidad-aptitud, centrado en el usuario, continuidad, entre otros.

2.3.4 Atributos Intrínsecos de la calidad

La identificación de las cualidades de la atención en salud, que se desarrolló en párrafos anteriores, contextualiza la calidad en salud en el escenario de los sistemas de salud. Se identificaron algunos atributos de la calidad ligados a las cualidades fundamentales de los sistemas de salud y determinantes directos de la calidad de la atención, denominados extrínsecos: *Accesibilidad* (que incluye *oportunidad* como cualidad indivisible), *equidad* y *eficiencia*. De manera complementaria, los atributos intrínsecos definen con mayor profundidad las propiedades de los servicios de atención en salud.

Con el propósito de identificar las cualidades intrínsecas del concepto de calidad, se puede reconocer –en la misma lógica argumental que se viene utilizando– que éstos hacen parte inherente de los procesos de producción de los servicios de atención en salud y cuyas características se advierten en la interacción entre (i) las cualidades técnicas

Tabla 21. Atributos de la calidad en la legislación colombiana

| Resolución 5261/1994 Artículo 22 | Decreto 2174/1996 (Derogado) | Decreto 2309/2002 y Decreto 1011/2006 | Resolución 1445 / 2006 Anexo 1 (*) |
|-------------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Accesibilidad | Atención humanizada | Accesibilidad | Seguridad |
| Agilidad | Disponibilidad y suficiencia de recursos | Continuidad | Continuidad |
| Consentimiento | Eficacia | Oportunidad | Coordinación |
| Continuidad | Eficiencia | Pertinencia | Competencia |
| Costo-efectividad | Idoneidad y competencia profesional | Seguridad | Aceptabilidad |
| Eficiencia | Integralidad | | Efectividad |
| Humanidad | Racionalidad técnica | | Pertinencia |
| Información | Satisfacción del usuario | | Eficiencia |
| Integralidad | | | Accesibilidad |
| Integridad lógico-científica | | | Oportunidad |
| Oportunidad | | | |
| Racionalidad | | | |
| Satisfacción del usuario | | | |
| Seguridad | | | |
| Suficiencia | | | |
| Transparencia | | | |

(*) Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o estos criterios.

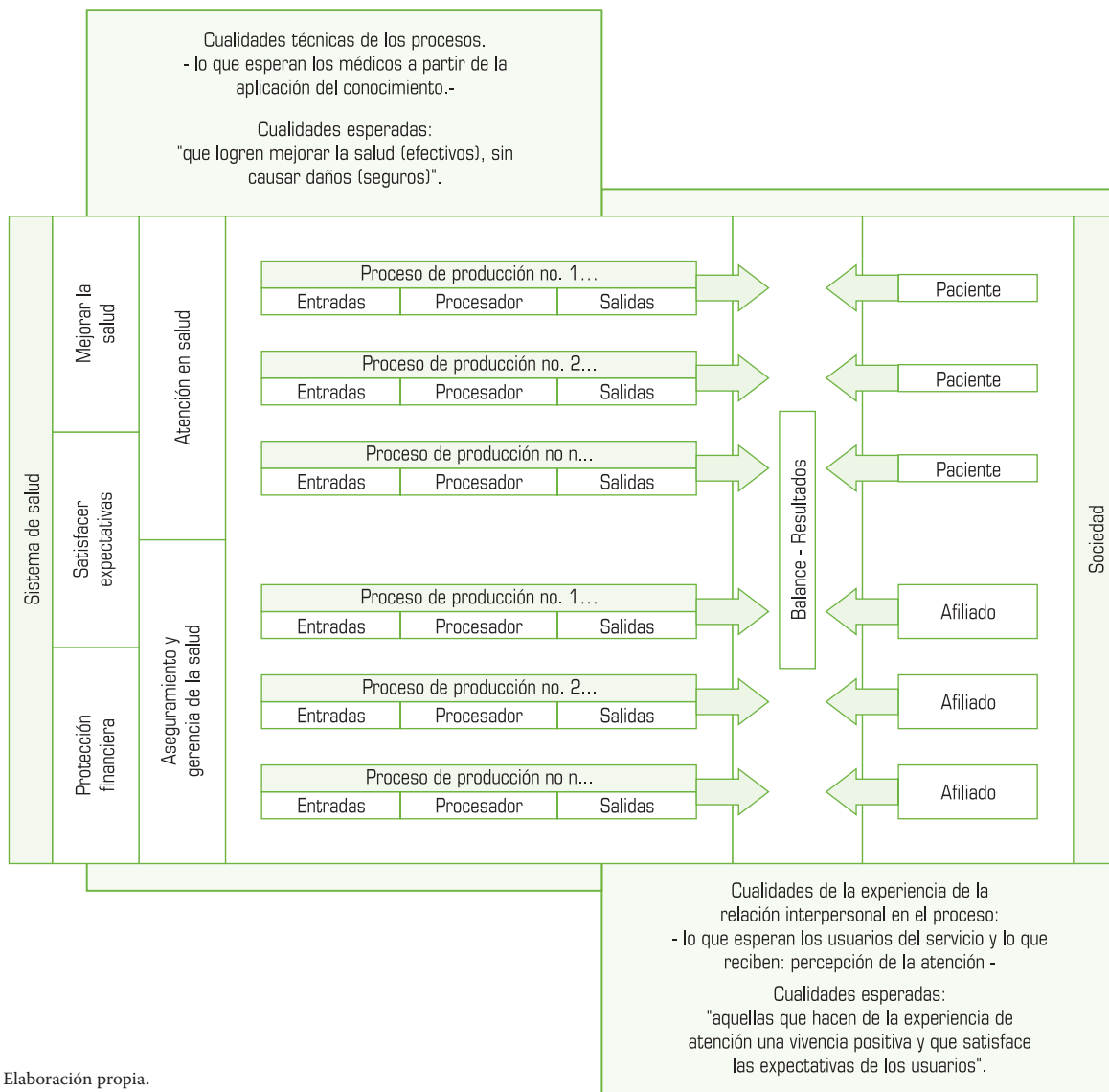
esperadas del proceso y (ii) las cualidades esperadas por los usuarios en su interacción con el mismo.

Los sistemas de salud abarcan tanto un conjunto de procesos de producción de servicios de atención en salud, como de aseguramiento y gerencia de la salud que entran en interacción con los usuarios (pacientes y/o afiliados), generando unos resultados a su vez determinados por dos grandes conjuntos de cualidades: (i) las técnicas, propias de la forma como se desarrolla el proceso de producción (entradas, procesamiento, salidas) de las que se espera la capacidad de lograr los resultados esperados; que en el caso de la atención en salud se resumen en lograr mejorar la salud; es decir, que tengan la cualidad de ser efectivos,

y que simultáneamente no causen daños, es decir, que tengan la cualidad de ser seguros, logrando un balance positivo entre beneficios y riesgos; y (ii) las interpersonales, propias de la forma como se dan las interrelaciones entre los usuarios y los prestadores dentro del proceso, de las que se espera tengan la capacidad de brindar una experiencia de atención que genere una vivencia positiva. Estas cualidades interpersonales del proceso corresponden a aquellas sobre las cuales los usuarios tienen unas expectativas y que se valoran como necesarias para producir una percepción de satisfacción. Ver Ilustración 18.

Las cualidades técnicas de efectividad y seguridad, como atributos básicos esperados de los procesos de producción

Ilustración 18. Procesos de producción en los sistemas de salud e identificación de sus atributos intrínsecos de tipo técnico y funcional



Fuente: Elaboración propia.

de servicios de atención en salud, reúnen a su vez un conjunto amplio de otras cualidades que se encuentran contenidas dentro de ellas.

La *efectividad* como atributo fue definida por Donabedian (1990) de la siguiente manera: “La *efectividad*, a diferencia de la *eficacia*, es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la *calidad*, la *efectividad* puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la *calidad* se está realizando, alcanza el nivel de mejo-

ra de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables”. Esta definición de *efectividad* se refiere a los efectos reales de la atención; por el contrario, la *eficacia* se refiere a los resultados deseables o ideales. La “*eficacia* es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables” (Donabedian, 1990).

Una síntesis del conjunto de atributos que pueden asimilarse dentro del concepto de *efectividad* se presenta en la Tabla 22:

Tabla 22. Cualidades contenidas dentro del atributo de efectividad

| Efectividad del proceso de atención en salud | | |
|--|--|--|
| Cualidad contenida | Descripción de la cualidad | Conceptos que incluye |
| Eficacia | Es la mejor práctica realizada en las mejores condiciones posibles y con las que se logran los mejores resultados | “calidad técnico científica” + “gestión clínica” + “basado en evidencia” |
| Capacidad | Disponibilidad, suficiencia e idoneidad de los recursos y aptitud, habilidad y destreza para utilizarlos y aplicar el conocimiento disponible para alcanzar los fines del proceso. | “recursos humanos y físicos disponibles idóneos y suficientes” + “talento humano con aptitud y destreza” + “hacer bien, lo que se debe hacer bien” |
| Adecuación (Appropriateness). | Adaptación, ajuste y sincronía de satisfactores ofrecidos en razón de las necesidades de los usuarios. Grado en que las atenciones en salud, son “pertinentes a las necesidades clínicas”. | “recursos y procedimientos adaptados” + “oferta sincrónica con la demanda” + “pertinencia”. |
| Integralidad | Capacidad para proveer los servicios de promoción, prevención, recuperación, cuidados de largo plazo y apoyo paliativo, de acuerdo con las necesidades de atención identificadas. | Integridad en un amplio alcance “comprehensiveness”: atención holística de un paciente, integración total y ampliada de recursos para la atención. |
| Continuidad | Capacidad para realizar las actividades debidas, dentro de los procedimientos de los procesos de atención, en la secuencia apropiada y sin interrupción de la atención, desde que se ingresa hasta que se da de alta y durante su paso entre las diferentes instituciones de las redes de oferta de servicios. | “encadenamiento” + “secuencia” |
| Oportunidad técnica (“Timeliness”) y Acceso (“Accessibility”). | Acceso a la utilización de servicios, dentro de un rango de tiempo dentro del cual la atención prestada, se conoce podría resultar eficaz. | “tiempo apropiado para no afectar los resultados clínicos” + “rango de tiempo en el que se pueden lograr beneficios clínicos superiores a los riesgos de la atención existentes” |
| Coordinación | Capacidad de las personas y de los procedimientos utilizados de actuar de forma sincrónica de acuerdo con su rol y con su finalidad dentro de los procesos de atención, preservando la armonía en la actuación conjunta e interrelacionada para lograr un fin. Capacidad funcional de operar de manera sincrónica entre los nodos de atención de las redes de servicios. | “coherencia en la actuación” + “acoplamiento funcional” + “actuación armónica” + “comportamiento sincrónico”. |
| Longitudinalidad | Capacidad de proveer atención en salud a lo largo del ciclo vital de las personas, desde el nacimiento hasta su muerte. | |

Fuente: Elaboración propia, recopilación de diversas fuentes.

La *seguridad del paciente* se refiere al “conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (MPS, Decreto 1011 de 2006. Art. 3). Esta cualidad está bien delimitada en sí misma y no es prolija en contener otros atributos. De otro lado, el Instituto de Medicina (IOM) interpreta la seguridad en “términos de las lesiones que se producen a los pacientes y de los errores o fallas latentes que conducen a estas lesiones o daños. Aunque ambas perspectivas son

esenciales en la construcción de un sistema más seguro de atención de la salud, la imperiosa prioridad en el corto plazo es la reducción de lesiones o daños a los pacientes” (Hurtado et al., 2001).

Conviene recordar en este punto la estrecha relación que existe entre las cualidades de seguridad de los pacientes y los principios éticos en el proceso de producción de servicios de atención en salud: (i) La justicia y equidad en el acceso a una atención de calidad; (ii) el respeto por las personas según el enfoque de atención centrada en los individuos y las familias, con participación comunitaria;

Tabla 23. Atributos de la calidad relacionados con la experiencia de atención del paciente

| Experiencia del paciente en el proceso de atención en salud | | |
|---|---|--|
| Cualidad contenida | Descripción de la cualidad | Conceptos que incluye |
| Aceptabilidad (Acceptability) | La aceptabilidad es la conformidad con los deseos reales y expectativas de los usuarios de la atención en salud y sus familias (Donabedian, 2003). | |
| Capacidad de respuesta (Responsiveness) | Capacidad del sistema de salud para satisfacer las expectativas de atención. Grado en el que un sistema funciona colocando al usuario como el centro de la atención en salud. | Sinónimo de “paciente-centrismo” o sistema “centrado en el paciente”. |
| Efectividad percibida | Grado en el que el usuario percibe que se lograron los resultados esperados en salud | |
| Seguridad percibida | Grado en el que el usuario percibe que tuvo confianza en la atención y no sufrió algún daño | Confianza + riesgo |
| Oportunidad y acceso percibido y objetivo | Grado de percepción sobre el tiempo de espera para la atención. IPS dispuesta para cumplir la promesa de valor con el tiempo de los usuarios. Tiempo de oportunidad objetivo. | IPS dispuesta para cumplir la promesa de valor con el acceso expedito. |
| Equidad percibida | IPS dispuesta a garantizar los derechos de los usuarios. | Incluye “equidad”, “no discriminación”. |
| Trato digno y respeto | IPS dispuesta a lograr empatía con el paciente incluido el buen trato y respeto. | Privacidad |
| Información-comunicación | IPS dispuesta a suministrar información necesaria para el usuario y su familia. | Comunicación |
| Actitud de servicio | IPS con “vocación por servir”. | “vocación” + “humanidad”+ “compasión”. |
| Tangibles del servicio | IPS con disposición física y amenidades que garantizan una experiencia de atención que le genere bienestar. | |
| Participación del paciente en decisiones de tratamiento | IPS con disposición para facilitar la toma de decisiones terapéuticas involucrando al paciente. | “consentimiento” + “autorización” |
| Disconformidad manifiesta | IPS con capacidad de recibir manifestaciones de disconformidad con la atención y de reaccionar declarando y “resarcido” errores. | Quejas + reclamos + resarcimiento |
| Evaluación global satisfacción | Percepción global de cumplimiento de satisfacción de necesidades y expectativas. | |
| Valoración final adherencia | Percepción global de confianza en la IPS | Fidelidad + lealtad |

Fuente: Elaboración propia, recopilación de diversas fuentes.

Las **calidades “intrínsecas” de calidad** corresponden a la **dimensión técnica de las atenciones (efectividad y seguridad)** y a la **dimensión interpersonal de las mismas (experiencia de atención del usuario)**.

(iii) la provisión de una asistencia efectiva de alta calidad, y de servicios que garanticen una atención segura, y eviten la utilización de servicios ineficaces.

De otro lado, se encuentran dentro de los procesos de producción de servicios de atención en salud las cualidades intrínsecas de la calidad que determinan la *experiencia de atención de los usuarios* y que corresponden a un conjunto amplio de atributos que se manifiestan durante todo el proceso de atención, desde que el usuario entra en contacto con el prestador y hasta que finaliza la atención. Así, estas cualidades corresponden a la forma como los usuarios perciben que pueden acceder y hacer uso de los servicios, del respeto con las promesas de valor relacionadas con el tiempo y la prontitud con la que se les responde, de la forma como son tratados, de la información que reciben, entre otros. Estas cualidades, se logran identificar a partir de (i) mediciones de las expectativas y necesidades que los usuarios admiten de manera subjetiva como cualidades inherentes y deseables de la atención o de (ii) las mediciones objetivas que se instauran para captar datos sobre el comportamiento de algunas de ellas.

La *calidad percibida* se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor/comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor (Losada & Rodríguez, 2007).

La Tabla 23 resume y agrupa todo el conjunto de atributos descritos en la literatura sobre percepción de la calidad de la atención en salud, que dan cuenta de las cualidades de la experiencia de atención.

Una definición acertada de esta dimensión de la experiencia de atención de los usuarios, la ofrece la OMS (2000) en la que señala "las formas de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la gente, no sólo se expresa en términos de resultados en salud, sino en relación con aspectos como la satisfacción de las expectativas con respecto al trato que debería recibir; incluso en relación con las atenciones de salud pública (control de vectores, etc.)". Al respecto, la OMS hace una distinción entre dos perfiles de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud: Por una lado, están los elementos relacionados con el respeto a las personas (elementos en gran medida subjetivos y juzgados principalmente por el paciente) y los elementos más objetivos relacionados con la garantía en que el sistema resuelve ciertas inquietudes expresadas por los paciente y sus familiares en calidad de clientes del sistema de salud. La subdivisión de estas dos categorías lleva a perfiles diferentes de la capacidad de respuesta, que se transcriben a continuación:

"El respeto a las personas abarca lo siguiente:

- Respeto a la dignidad de la persona. En los casos extremos, esto significa no esterilizar a personas con trastornos genéticos, ni encerrar a personas con enfermedades transmisibles, lo cual violaría derechos humanos fundamentales. Desde un punto de vista más general significa no humillar ni degradar a los pacientes.
- Carácter confidencial, es decir, el derecho a determinar quién tiene acceso a la información sobre la salud personal de cada individuo.
- Autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud. Abarca la ayuda para facilitar la decisión con respecto a qué tratamiento recibir o no recibir.

La orientación al cliente abarca lo siguiente:

- Atención pronta: atención inmediata en situaciones de urgencia y espera razonable en casos que no sean de urgencia.
- Comodidades de calidad observada, como limpieza, espacio y servicio de comidas en el hospital.
- Acceso a redes de apoyo social (familiares y amigos) para las personas atendidas.
- Selección del proveedor, o sea, libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención".

En suma, en relación con los objetivos del sistema de salud de mejorar la salud de las poblaciones y satisfacer las expectativas de atención, la calidad debe dar cuenta de si las atenciones en salud, individuales y colectivas respon-

La **efectividad** y la **seguridad** corresponden a prácticas médicas acordes con el **conocimiento científico** disponible. La **experiencia del paciente y su familia** está determinada por la **forma como experimentan la atención**.

den de manera efectiva al mejoramiento de la salud, y si esta respuesta se hace de manera segura sin ocasionar daño; y de otro lado, debe dar cuenta de si la provisión de servicios a las personas genera una experiencia de atención que satisface sus expectativas. La *efectividad* y la *seguridad* tienen que ver con la aplicación de prácticas o procedimientos médicos acordes con los conocimientos científicos disponibles a todos los individuos y comunidades que potencialmente pueden beneficiarse de ellos. La *experiencia de atención* está determinada por la forma como el paciente y su familia experimentan el proceso de atención, de tal manera que pueda valorarse si la interacción entre el proveedor y el usuario genera una vivencia satisfactoria que contribuya con su bienestar, lo que involucra un conjunto de aspectos tanto objetivos como de percepción subjetiva por parte del consumidor.

2.3.5 Calidad, perfil de una definición para la evaluación de la atención en salud.

Con el fin de proponer una definición de calidad de la atención en salud e identificar los atributos medibles que hacen parte del concepto, se realiza el siguiente ejercicio de conceptualización, diseñando un *mente-facto conceptual* (De Zubiría, 1999) como instrumento para su formulación, presentado en la Ilustración 19.

El concepto a definir se describe como: calidad en la prestación de servicios de atención en salud.

Los elementos supraordinados de la definición: Corresponden a las instancias o capas dentro de las cuales se encuentra contenido el concepto –macrosistemas–, es decir, los conceptos de prestación de servicios de salud, sistemas de salud y determinantes de salud de las poblaciones. Las atenciones en salud constituyen al lado de los servicios de aseguramiento y de salud gerenciada el conjunto de prestaciones de servicios que proveen los sistemas de salud. A su vez estas prestaciones son una de las cuatro funciones clásicas de los sistemas de salud que, junto con la rectoría,

la financiación y la generación de recursos, tienen como fin mejorar la salud de las personas, brindarles protección financiera y satisfacer sus expectativas, contribuyendo como uno de los 12 factores determinantes de la salud de las poblaciones. Las características de las atenciones en salud están determinadas por la forma como los países hacen los arreglos institucionales para garantizar el acceso de la población en condiciones de equidad y eficiencia a dichos servicios; por ello, estos atributos de los sistemas de salud se comportan como cualidades y componentes extrínsecos de la calidad de la atención.

Los elementos subordinados corresponden a las dimensiones o subsistemas que están contenidos en el concepto; es decir, las atenciones en salud poseen un conjunto amplio de cualidades inherentes o intrínsecas al proceso de producción de dichos servicios, que se agrupan en tres dominios derivados de los efectos de estas atenciones: (i) efectividad y (ii) seguridad de la atención y de los resultados de (iii) la experiencia de atención de los usuarios. Estos dominios corresponden a la provisión de servicios tanto individuales como colectivos.

Los elementos iso-ordinados del concepto corresponden a las siguientes características de los procesos de producción de servicios de atención en salud:

- Las atenciones en salud resultan de procesos de producción de servicios, que se dan en el sistema de salud, en el ejercicio de interacción entre las personas y poblaciones y las IPS y profesionales de la salud.
- estas atenciones en salud poseen unas cualidades o atributos, cuyas características son determinados tanto por las propiedades inherentes al proceso mismo de producción de la atención –cualidades intrínsecas–, como por los atributos del sistema de salud que afectan dicho proceso –cualidades extrínsecas–.
- Estas cualidades de los servicios de atención en salud, tienen un perfil óptimo o calidad esperada, que está determinada por una combinación de expectativas y necesidades entre (i) lo que esperan los usuarios, (ii) lo que espera la sociedad y (iii) lo que esperan las IPS y los profesionales de acuerdo con el conocimiento científico vigente y la tecnología empleadas en el proceso de producción de la atención.
- La medición de las cualidades de los servicios de atención en salud producidos, se puede realizar mediante métodos de recolección de datos tanto objetivos como subjetivos (percibidos).
- La calidad observada en las cualidades de los servicios de atención en salud producidos, corresponde

al resultado de (i) las decisiones tomadas durante el proceso de producción de los servicios, en relación con las acciones que producen un mayor beneficio clínico (cualidad: Efectividad), con el menor riesgo posible (cualidad: Seguridad) y al menor costo (cualidad: Eficiencia) y al resultado de (ii) la Experiencia de atención brindada a los usuarios (cualidades: acceso, oportunidad, equidad micro de la atención, información, trato, actitud de servicio, elementos tangibles, participación en las decisiones, disconformidad, satisfacción y adherencia).

- La contrastación entre la calidad esperada y la calidad observada brinda una medida para evaluar el nivel de calidad de los servicios de atención en salud producidos.

Los elementos excluidos del concepto corresponden a aquéllos que pudieran ser o contradictorios o similares y que deben identificarse y aislarse para lograr una apropiada diferenciación, como son:

- No se puede evaluar la calidad de forma plena, si sólo se toman mediciones de tipo técnico y sólo se valora lo que esperan los prestadores, desconociendo las expectativas y necesidades de los usuarios.
- La calidad no sólo se mide con captura de datos objetivos y cuantitativos, sino también con captura de datos subjetivos y cualitativos que permitan captar las percepciones de las personas.
- Los atributos macro de los sistemas de salud, acceso con equidad y eficiencia, no son medidas de la calidad de los servicios de atención en salud per se. Lo son cuando se miden en el escenario micro de los procesos de atención en salud, en la interacción entre prestadores y poblaciones, valorando la forma como las personas acceden al uso de servicios, si son tratadas en condiciones equitativas y si el costo del proceso de producción de la atención genera el mayor beneficio posible.

Concepto síntesis 1.

Contribución de la calidad de los servicios de atención en salud, al logro de las finalidades de los sistemas de salud:

El sistema de salud (SGGSS) logra el mayor beneficio posible, frente a su finalidad de contribuir a mejorar la salud de las personas y las poblaciones, a

través de: La provisión de servicios de atención en salud individuales y colectivos de óptima calidad, es decir, las atenciones en salud que utilizan el conocimiento y las tecnologías disponibles con el mayor potencial de generar resultados efectivos y seguros y de lograr un balance positivo entre beneficios, riesgos y costos para el paciente, el sistema de salud y la sociedad, satisfaciendo las expectativas y necesidades de las personas durante su contacto con los servicios, para alcanzar la mejor experiencia de atención posible y la expresión plena de los atributos macro de acceso con equidad y eficiencia del sistema, en los ámbitos micro de la prestación de servicios. La atención en salud de calidad, genera legitimidad social del sistema de salud.

Concepto síntesis 2.

Calidad de los servicios de atención en salud.

La calidad de los servicios de atención en salud corresponde a una valoración que resulta de la contrastación de (i) las características de la atención deseadas por los usuarios y la sociedad (de acuerdo con sus expectativas y necesidades) y por los prestadores (de acuerdo con el conocimiento científico vigente), frente a (ii) las características finales de los servicios, las que a su vez son el resultado de las decisiones tomadas durante el proceso de producción de dichos servicios, en su finalidad de generar el mayor beneficio (efectividad), con el menor riesgo (seguridad) posibles, a un costo soportable, y que se concretan en un escenario de interrelaciones humanas, donde se espera que se brinde la más satisfactoria experiencia de atención y la expresión plena de los atributos macro del sistema, de acceso con equidad y eficiencia para los ciudadanos.

2.3.6 Evaluación de la calidad: Medir para mejorar

El foco de interés en la evaluación de la calidad, en un Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, se concentra en la función del sistema de salud de prestación de servicios de atención en salud, que opera en la interacción entre las personas y poblaciones y los proveedores de atenciones en salud. Las interacciones en las que intervienen las agencias aseguradoras (aseguramiento y gerencia de la atención –managed care– con poblaciones y prestadores, respectivamente), son consideradas en la medida en que estos entes articuladores comparten la responsabilidad sobre los resultados de la atención en salud. Ver Ilustración 20.

Ilustración 19. Mentefacto del concepto: Calidad en la prestación de servicios de atención en salud

Elementos supraordinados de la definición

Elementos isoordinados

Las atenciones en salud, resultan de procesos de producción de servicios, en la interacción entre las personas-poblaciones y las IPS-profesionales de la salud.

Estas atenciones en salud poseen unas cualidades o atributos, cuyas características son determinados por el proceso de producción –cualidades intrínsecas–, como por los atributos del sistema de salud –cualidades extrínsecas–.

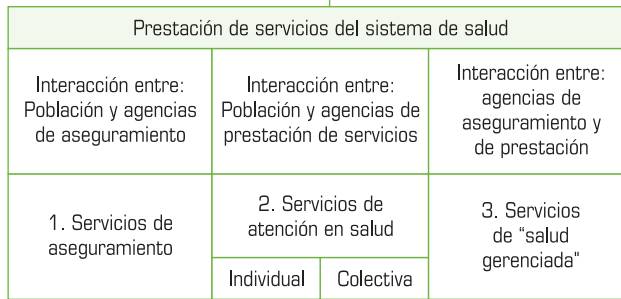
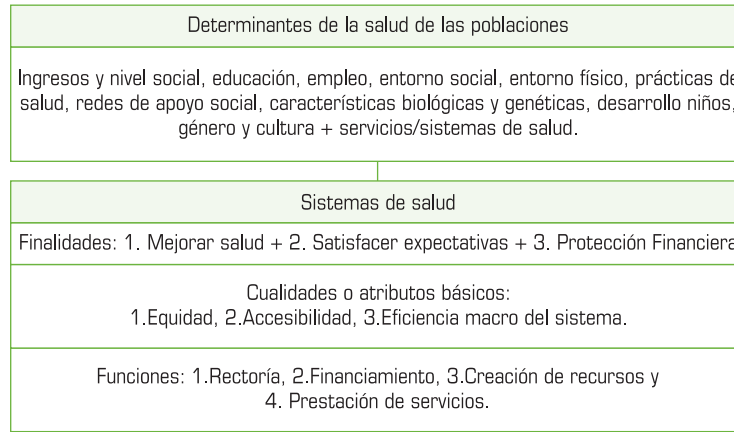
Estas cualidades de los servicios de atención en salud, tienen una "calidad esperada", que está determinada por lo que esperan (i) los usuarios, (ii) la sociedad y (iii) las IPS y profesionales.

La medición de las cualidades de los servicios de atención en salud producidos, se realiza mediante datos cuantitativos como cualitativos (percibidos).

La "calidad observada" en las cualidades de los servicios de atención en salud producidos, es el resultado de las acciones que producen un mayor beneficio clínico (efectividad), con el menor riesgo posible (seguridad) y al menor costo (eficiencia) y de la experiencia de atención brindada a los usuarios.

La contrastación entre la calidad "esperada" y la calidad "observada", brinda una medida para evaluar el nivel de calidad de los servicios de atención en salud producidos.

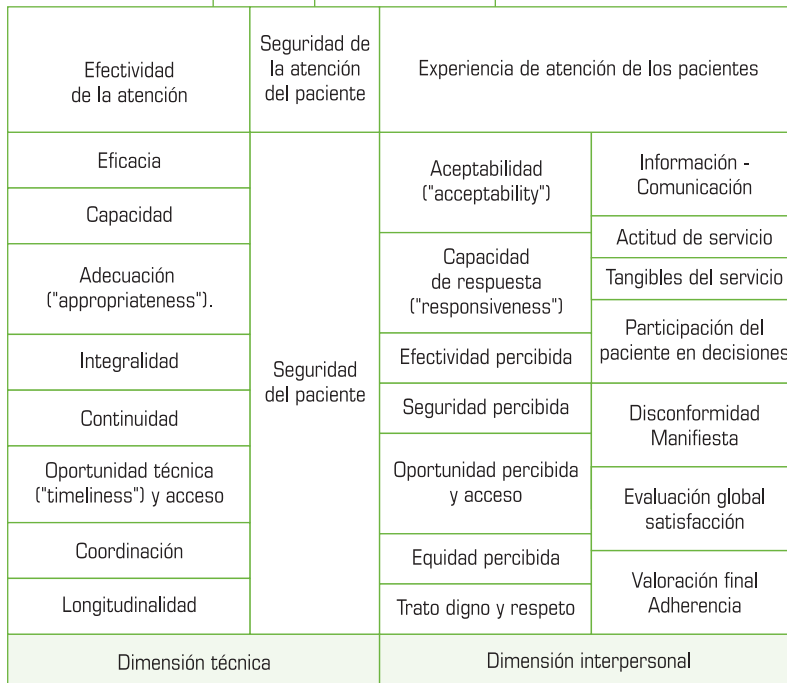
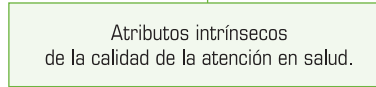
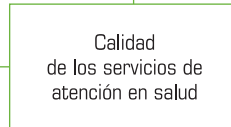
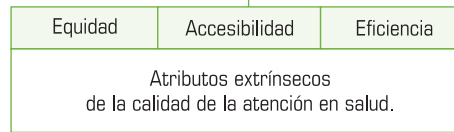
Elementos infra-ordinados de la definición



Elementos excluidos

No se puede evaluar la calidad de forma plena, si sólo se valora lo que esperan los prestadores, desconociendo lo que los usuarios esperan. La calidad no sólo se mide con captura de datos cuantitativos sino también con captura de datos subjetivos, percibidos por las personas.

Los atributos macro de los sistemas de salud, de acceso con equidad y eficiencia, no son medidas de la calidad de la atención per se. Lo son cuando se miden en el escenario micro de los procesos de atención en salud.



Dado que la evaluación de los servicios de atención en salud se realiza sobre los procesos de producción de dichos servicios en el sistema de salud, entonces es posible especificar cómo la evaluación se puede realizar sobre sus resultados, en tanto se verifica el cumplimiento de satisfacción del proceso a través de las salidas recibidas por los usuarios. Adicionalmente, la evaluación, podría realizarse también sobre los componentes estructurales de procesamiento, de los procesos de atención en salud. Ver Ilustración 21.

Para el conjunto de indicadores de calidad de la atención en salud, las mediciones se concentran en indicadores de resultado. La valoración de resultados integra la evaluación de todo el proceso. Los resultados tienen relación con los recursos y estructura del proceso, al tiempo que con el procedimiento de producción realizado. Estos indicadores de resultado, se pueden agrupar en las tres dimensiones contenidas en la definición de calidad aquí descrita:

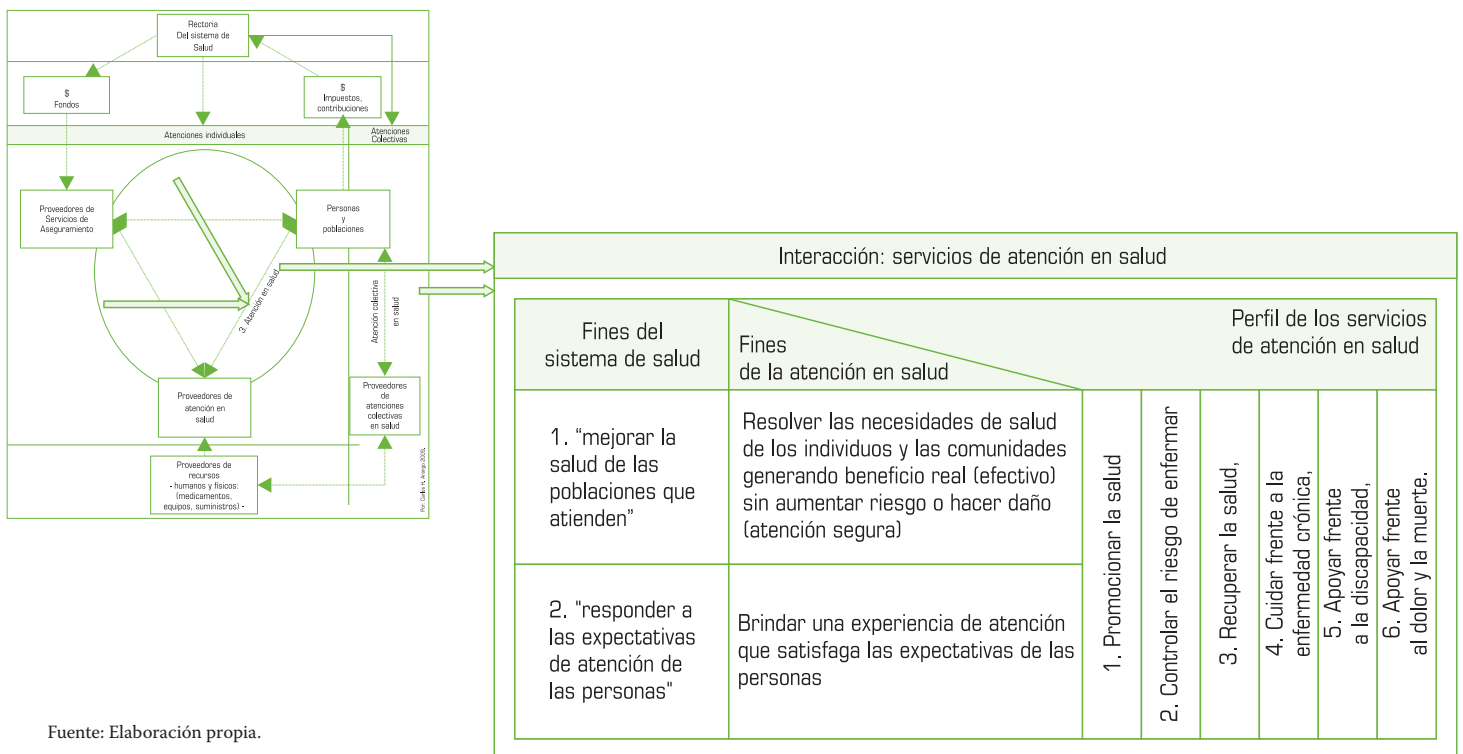
- Cuando se logran los resultados esperados en la salud de las personas y las poblaciones, se habla de calidad en la atención y se denomina a este atributo *efectividad de la atención*.

- Cuando se logran estos resultados sin que se causen daños a las personas, que pudieron haber sido evitados, se habla de *seguridad de la atención de los pacientes*.
- Cuando se logran estos resultados efectivos y seguros (calidad técnica), hay una atención de calidad cuando se logra que durante todo el proceso atención (pre-durante-post) los usuarios y sus familias o acudientes tengan una *experiencia satisfactoria* que les produce bienestar.

Los contenidos de la efectividad de la atención que se deben evaluar se describen de acuerdo con el perfil de salud identificado en una población determinada, en los que es posible agrupar los conjuntos de patologías presentes, e identificar y priorizar en ellas las mediciones que correspondan. Para el caso colombiano, los grupos presentes en el perfil de salud, de acuerdo con los diferentes grupos etarios y sexo, son:

- Salud materno infantil
- Nutrición
- Enfermedades inmuno-prevenibles.
- Salud sexual y reproductiva
- VIH SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Ilustración 20. Evaluación de la calidad de la atención en salud



Fuente: Elaboración propia.

- Enfermedades crónicas transmisibles
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, respiratorias, diabetes, renales
- Cáncer
- Salud mental
- Salud oral
- Discapacidad
- Lesiones de causa externa - fatales

Los contenidos de seguridad de la atención se pueden describir de acuerdo con el perfil de posibles eventos adversos, catalogados en grupos de incidentes de acuerdo con la clasificación internacional vigente: (OMS, 2009)

- Administración clínica
- Procesos / procedimientos clínicos
- Infección asociada a atención en salud
- Medicación / fluidos intravenosos
- Sangre / productos sanguíneos
- Nutrición
- Oxígeno / gas / vapor
- Artefactos médicos / equipamiento
- Comportamiento
- Accidentes de los pacientes
- Infraestructura / construcción / unidades
- Recursos / gestión organizacional

Los contenidos de la experiencia de atención se describen de acuerdo con el perfil de percepciones y eventos que ex-

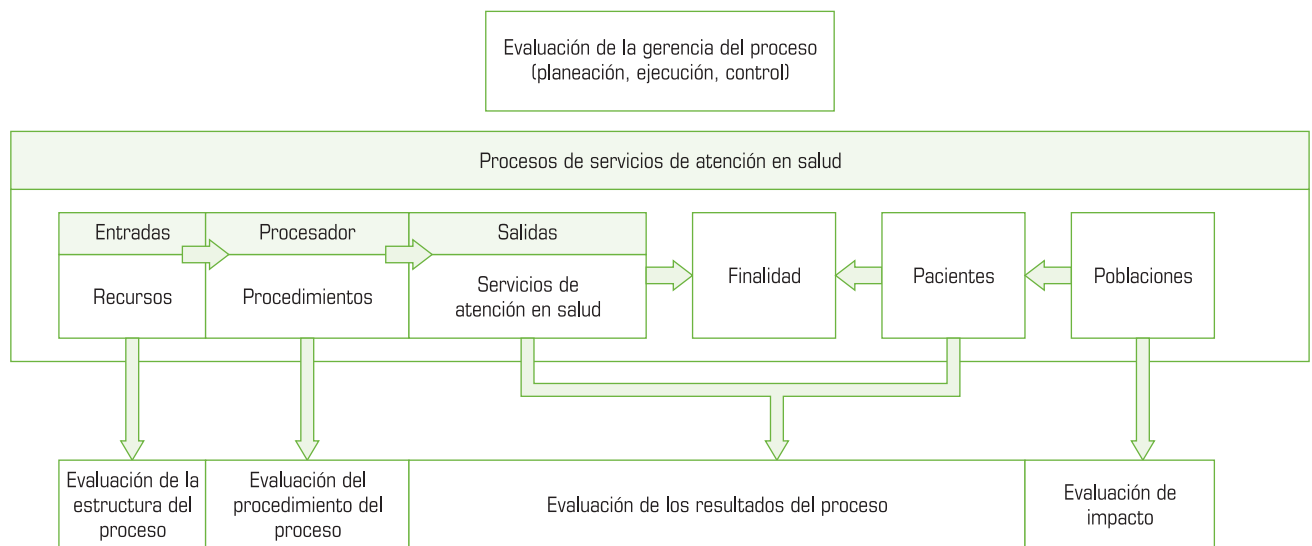
perimenta un usuario o sus familiares o acudientes cuando entran en contacto con el proveedor de servicios. El desarrollo conceptual de este tema se adelanta en el siguiente ítem.

- Oportunidad en el tiempo de respuesta.
- Acceso a la atención y utilización del servicio.
- Equidad en la atención
- Trato y respeto recibido
- Información y comunicación recibida
- Actitud de servicio –vocación–
- Los recursos tangibles del servicio
- Participación en su propio cuidado
- Disconformidad manifiesta
- Resarcimiento
- Valuación global de la experiencia de atención

2.4 La calidad de la atención en salud desde la óptica del paciente

Como se ha argumentado en este marco conceptual, el significado de la calidad en la prestación de servicios de salud incluye dimensiones objetivas y subjetivas en su definición. De igual forma, los desarrollos y aplicaciones de conceptos como ‘campo de salud’ y ‘campo de causas y paradigmas de bienestar’ hacen manifiesto que el estado de salud no sólo depende de las intervenciones de atención en salud sino que involucra la interacción de factores biológicos, ambientales, psicológicos y de arreglos institucionales como los sistemas de salud. Entre los objetivos fundamentales de los sistemas de salud señalados por

Ilustración 21. Lugar de la evaluación en los procesos de producción de servicios de atención en salud



Fuente: Elaboración propia.

la OMS, se anotó ya la necesidad de responder a las expectativas de las personas, además de mejorar la salud y garantizar la protección financiera. En este sentido, en cada instancia de la determinación de los atributos de la calidad de la atención en salud ha estado presente –en mayor o menor medida– una preocupación por incorporar las preferencias y necesidades de los usuarios de los servicios de salud. Esto se hizo evidente, por ejemplo, en la declaración de la OPS de las Funciones Esenciales de la Salud Pública entre las que se destacó (FESP9) la implantación de sistemas de evaluación de la satisfacción de los usuarios y el uso de sus indicadores para mejorar la calidad de los servicios de salud.

En este marco conceptual, el concepto de calidad incorpora atributos extrínsecos propios de los sistemas de salud (acceso, equidad, eficiencia) y atributos intrínsecos inherentes a las cualidades de los servicios de salud ofrecidos por estos sistemas (efectividad, seguridad) que, en sintonía con la tendencia internacional, incluyen también la satisfacción con la experiencia de atención. Según esto, la calidad responde a las valoraciones y expectativas de los individuos y la sociedad; hecho que se refleja incluso en la legislación colombiana que –como se anotó anteriormente– define la calidad de la atención en salud en términos que abarcan la adhesión y satisfacción de los usuarios. En esta idea de calidad interactúan, en busca de balance, tanto las necesidades (atenciones requeridas según situación de salud, de las personas y las poblaciones) como los satisfactores (oferta de servicios de los sistemas de salud). Esto conlleva los juicios de los usuarios sobre la mejora de la salud esperada, sobre su capacidad y disponibilidad para pagar, y sobre las condiciones reales de acceso a los servicios (médicos o IPS). Como se argumentó, este juicio subjetivo es resultante de la contrastación de las expectativas previas que dependen de las cualidades ideales de la atención definidas por los usuarios, con la percepción de la calidad recibida, pues los usuarios esperan que, además de mejorar en su salud, la atención les brinde durante toda la relación con el médico o la IPS una experiencia satisfactoria y gratificante, como parte del bienestar resultante de la atención. En consecuencia, una vez que existe cierto consenso y aceptación sobre la importancia de tener en cuenta el punto de vista del usuario, se ha tratado de resolver el problema práctico de cómo medir los resultados de la atención de tal forma que refleje el grado de satisfacción logrado y las percepciones de los usuarios sobre la calidad (satisfacción, trato digno y respetuoso, manejo de la información, etc.), y el problema institucional de cómo responder adecuadamente a las preferencias de las personas.

...cada vez más se reconoce el papel de la representatividad de los pacientes dentro de los sistemas de salud y se busca conocer, incorporar y dar respuesta a sus preferencias.

Algunos autores (Sofaer & Firminger, 2005) sostienen que la creciente orientación hacia el mercado en la prestación de servicios de salud, ha motivado la solución del primer problema (medir e incorporar las percepciones de los usuarios) como parte de la agenda de los sistemas de salud preocupados por una operación más eficiente y efectiva, que genere valor y fidelidad en los usuarios. Por otro lado, el segundo problema (responder institucionalmente a las preferencias de los usuarios) obedece a una orientación normativa presente en las agencias estatales de salud pública que reconocen el valor intrínseco de la percepción de calidad por parte de los usuarios y promueven una atención centrada en la experiencia del paciente en busca de mejores condiciones de acceso, protección a pacientes en riesgo, y de una mayor capacidad de rendición pública de resultados; por último, estos autores señalan la necesidad de promover la educación de los pacientes para que realicen mejor sus propias evaluaciones.

Con respecto a la aceptación e incorporación institucional de la perspectiva de los usuarios, cada vez más se reconoce el papel de la representatividad de los pacientes dentro de los sistemas de salud y se busca conocer, incorporar y dar respuesta a sus preferencias. En los Estados Unidos, el Instituto de Medicina, en el informe “Cruzando el abismo de la calidad” (“Crossing the Quality Chasm”), estableció el cuidado centrado en el paciente como uno de los seis objetivos del sistema de atención de la salud de tal forma que ofrezca una atención que sea respetuosa y sensible a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes y que asegure que los valores de los pacientes guían las decisiones clínicas (Committee on Quality Health Care in America, 2001).

2.4.1 Naturaleza de la percepción de la calidad por los usuarios

Dada la naturaleza subjetiva e individual de las preferencias de los usuarios, la medición de lo que ellos perciben y entienden por calidad en la atención, así como el

intento de comparar o contrastar las mediciones, ha generado discusiones metodológicas. Al respecto, Crow et al. (2002) clasifican las investigaciones sobre medición de satisfacción con la atención en salud en tres clases: (i) los estudios de contexto, en los que se hacen revisiones conceptuales y se discuten políticas públicas, (ii) los estudios empíricos, en los que se identifican los determinantes de la satisfacción con la atención en salud, ya sea relacionados con las características de quienes realizan la evaluación, o con los factores que intervienen en la prestación de la atención; y (iii) los estudios metodológicos, en los que se discuten instrumentos de medición, mecanismos de recolección de datos, y la pertinencia de estudios cualitativos en profundidad. En esta diversidad de estudios, Crow et al. (2002) identifican tres dimensiones requeridas para el desarrollo conceptual y medición de la percepción de calidad desde el punto de vista del paciente: las expectativas (la diferencia entre lo que uno espera y lo que ocurre); las evaluaciones de los atributos de los servicios de salud (ya sea estructurales: instalaciones clínicas; de proceso: número de interacciones, tiempos de espera); y la economía (la utilidad percibida en el bien o servicio adquirido). En general, la medición de la calidad percibida en los servicios de salud parte de las ideas de Donabedian (1980), quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos y donde dichos objetivos priorizan los resultados en el estado de salud sobre la perspectiva de los pacientes, en relación a los servicios que se les prestan.

En la tarea de medir esta percepción de la calidad desde la óptica del paciente se ha buscado qué dimensiones (objetivas y subjetivas) intervienen y son determinantes en la evaluación. Algunos estudios examinan el efecto del estatus de salud percibida por los usuarios en su juicio sobre la satisfacción con la atención, ya sea a nivel local o regional (Quintana, J.M., González, N., Bilbao, A. et al., 2006) o a nivel nacional (Xiao, H. & Barber, J.P., 2008). Otros estudios buscan correlaciones determinantes entre rasgos del evaluador y su juicio sobre la calidad percibida, ya sea el nivel de educación, por ejemplo: a mayor nivel de educación mejor satisfacción con la calidad (Tung, Y. & Chang, G.M., 2009), o correlaciones positivas entre la edad y la satisfacción global, por ejemplo: a mayor edad y mejor salud, mayor satisfacción global; y correlaciones negativas entre, por ejemplo, los tiempos de espera en 'recepción' sin recibir información y la menor satisfacción global (Rahmqvist, M. & Bara, A.C., 2010); y existe una creciente tendencia a explorar el papel de las diferencias culturales o nacionales en la percepción de calidad, por ejemplo, entre población his-

Dada la naturaleza **subjetiva e individual** de las preferencias de los **usuarios**, la medición de lo que ellos **perciben y entienden por calidad en la atención**, así como el intento de **comparar o contrastar las mediciones**, ha generado todo tipo de **discusiones metodológicas**.

pana usualmente marginada (Rodríguez, M.A., Vargas, A. & Ang, A., 2009).

En un primer momento, estas mediciones estuvieron guiadas por los principios de la mercadotecnia, en donde se reconoce la importancia de la percepción del cliente/paciente en la evaluación de la calidad de los servicios recibidos. Losada y Rodríguez (2007) reconstruyen la evolución y aportes de esta perspectiva del mundo de la manufactura y la producción industrial a la evaluación de la calidad en salud, y ellos resaltan los aportes de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) quienes enfatizan el alto grado de abstracción requerido para medir los aspectos intangibles de la calidad, las comparaciones de las expectativas del usuario, así como el papel del mayor involucramiento personal entre usuarios y prestadores del servicio de salud, todos aspectos propios de la evaluación realizada en el marketing. Como era de esperarse, los sistemas de salud reconocieron la necesidad de prestar atención a las percepciones del paciente de los resultados porque éstas involucran a los actores del sistema, determinan la elección del paciente de asegurador o del prestador, establecen la vinculación del paciente al tratamiento, evidencian el nivel de las quejas por negligencia, y reflejan los resultados reales en salud (Sofaer & Firminger, 2005).

Hoy día, la importancia dada a la percepción de la calidad por parte de los usuarios es cada vez mayor, no sólo por razones de mercado sino por su valor intrínseco. En parte porque a partir de esta evaluación se pueden orientar políticas públicas y programas de estímulos a las instituciones clínicas (Reeves, R. & Seccombe, I., 2010) e implementar programas de auditoría y gestión de la calidad que resaltan la importancia de los profesionales médicos y para-médicos en la mejora de la calidad (Brown, R.B. & Bell, L., 2005).

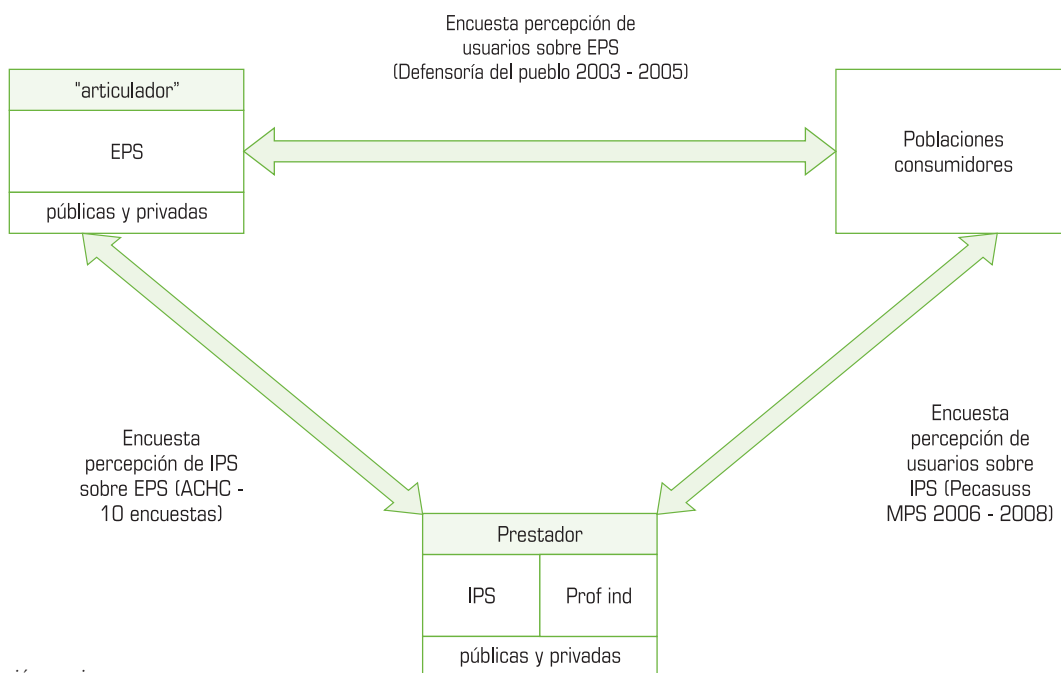
Un ejemplo de este reconocimiento institucional se encuentra en la iniciativa de la agencia estadounidense Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) de ofrecer un instrumento de investigación y una metodología de recolección de datos, estandarizados para medir las perspectivas de los pacientes en la atención en los hospitales en Estados Unidos, que permita establecer comparaciones objetivas y significativas relevantes para los usuarios, así como crear incentivos para los hospitales que mejoren su calidad. Esta agencia adelantó un primer estudio en 2008 (y adelanta una actualización para 2010) entre 2.521 hospitales que voluntariamente reportaron la información de los pacientes a partir de encuestas que incluyen ocho temas centrales para la perspectiva del paciente: comunicación con los médicos, con las enfermeras, la capacidad de respuesta de la administración del hospital, el manejo del dolor, gestión de la información, la información sobre los medicamentos, y limpieza y tranquilidad del entorno del establecimiento (CMS, 2010).

En Colombia, existen algunos antecedentes importantes en la medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida, realizadas por el DANE en 1997 y 2003, se indagó sobre la satisfacción de los usuarios, el grado de oportunidad, y las razones para no usar los servicios de salud. A partir de estas Encuestas, Velandia et al. (2005) encontraron que, a pesar de

importantes diferencias en la forma de preguntar y evaluar la oportunidad y las razones de no uso de los servicios, en esas Encuestas se evalúa de manera explícita y es posible comparar la perspectiva del usuario en cuanto a la satisfacción con el servicio porque existe similitud en la formulación conceptual de la calidad, en las preguntas de las encuestas y en las categorías de respuesta. Otro antecedente importante en el país es una investigación cualitativa dirigida a caracterizar la calidad percibida de la prestación de servicios de salud en una entidad aseguradora (Ardila, 2006), que encontró a partir de entrevistas, observación directa e instrumentos etnográficos un conjunto de 32 atributos, siendo los más importantes en frecuencia: Oportunidad en la atención, trato, competencia, accesibilidad organizacional, individualización, efectividad, disponibilidad, prontitud, discriminación, flexibilidad, información en salud, puntualidad, accesibilidad geográfica, accesibilidad legal, integralidad, tiempo suficiente, permanencia, accesibilidad económica, error, bien óptimo, humanización, confianza, y uso racional de recursos. Se encuentra también en el país la recopilación y definición que hizo Kerguelén (2003), en la que presenta un conjunto de 15 atributos ya descritos.

En Colombia existen otros dos antecedentes importantes dirigidos específicamente a determinar la calidad percibida por los usuarios del sistema de salud. El primero y más significativo en términos del presente análisis es el

Ilustración 22. Encuestas percepción de calidad en el SGSSS



Fuente: Elaboración propia.

realizado por el Programa de Apoyo a la Reforma, que tenía como objetivo general “identificar las percepciones y expectativas de la población colombiana sobre las variables o factores de la prestación de servicios de salud que son importantes para evaluar la calidad de un servicio” (Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo, 2000). Los contenidos de la encuesta fueron seleccionados a partir de las variables mencionadas en la literatura especializada sobre la calidad de los servicios de salud (AHRQ, 2000) y los estudios empíricos sobre las preferencias de las personas frente a estos elementos en otros países (Marshall, Shekelle, Brook & Leatherman, 2000). A partir de estas variables se preguntó a los usuarios sobre la estructura (amenidades), el proceso (relaciones interpersonales, calidad técnica y costo), los resultados (que incluye preguntar sobre el prestigio de las instituciones) y el uso de los servicios. El segundo antecedente, se refiere a las investigaciones desarrolladas por la Defensoría del Pueblo, en 2003 y 2005, en las que se evaluaron los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud (EPS), a partir de cuatro dimensiones básicas de los servicios que éstas brindan, que “conjugan los principios

básicos del derecho a la salud, en materia de atención” (Defensoría del Pueblo, 2005): Acceso a los servicios, libre escogencia, oportunidad y percepción de usuarios. Esta evaluación les permitió integrar un indicador único de medición, el Índice de Satisfacción de Usuarios en Salud – ISUS, y expresar los resultados tanto para usuarios del régimen subsidiado como del contributivo.

En Colombia, en 2006 y 2008, el Ministerio de la Protección Social adelantó una encuesta dirigida a medir en un conjunto de hospitales públicos la percepción de la calidad según usuarios de los servicios de salud, identificada con el acrónimo “Pecasuss” (Ministerio de la Protección Social, 2006), por medio de entrevistas a usuarios que salían de los servicios de atención en dichos hospitales. Los atributos de la calidad de la atención en salud considerados en la medición se resumen en la Tabla 24.

2.4.2 Modelo teórico de percepción de calidad

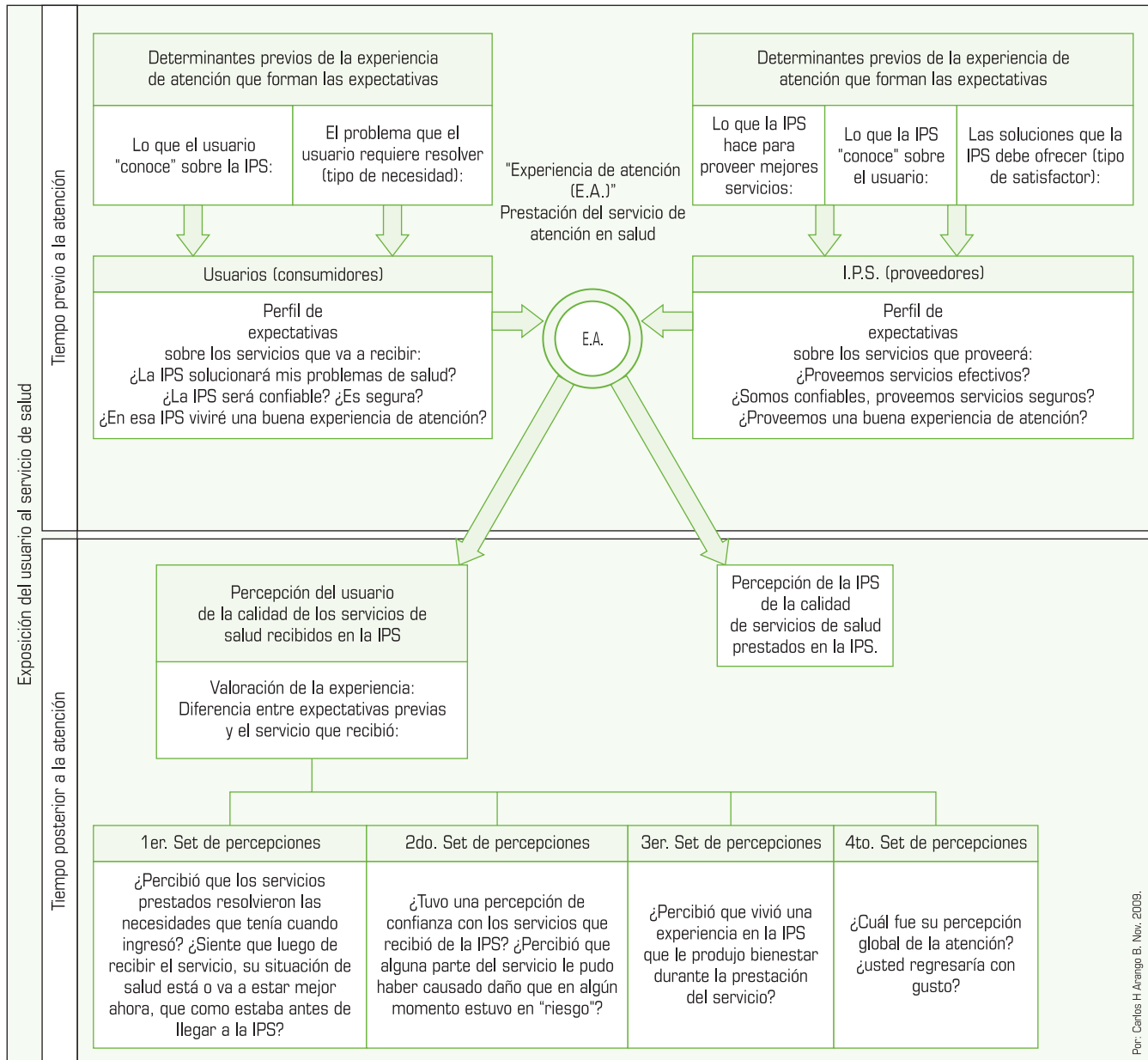
Con el fin de tener un referente conceptual sobre calidad percibida, se elaboró un mapa conceptual de referencia (Ver Ilustraciones 23 y 24). En éste se tomó como base la

Tabla 24. – Atributos de la calidad de la atención en salud, Pecasuss 2006 y 2008

| Atributo | Pregunta |
|--|--|
| Acceso: Restricción por trámites administrativos | Percepción sobre el trámite para ser atendido |
| Acceso: Restricción por capacidad de pago | Percepción sobre el costo del pago realizado |
| Acceso: Oportunidad | Percepción sobre el tiempo de atención |
| | Percepción sobre el tiempo de espera |
| Efectividad | Percepción sobre la solución que le dieron a la necesidad de salud |
| Información - Comunicación | Percepción sobre las respuestas del personal de la institución ante las inquietudes o preguntas |
| Tangibles del servicio | Percepción sobre el aseo |
| | Percepción sobre la planta física o el edificio |
| | Percepción sobre las salas de espera, la silletería, las camas y camillas |
| Trato y respeto | Percepción sobre el trato que recibió de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud |
| | Percepción del trato que le dieron porteros, cajeros, auxiliares y otro personal administrativo |
| Coordinación | Percepción de la cooperación entre funcionarios de la institución (o de instituciones) |
| Efectividad | Percepción de la capacidad de los profesionales para solucionar su necesidad de salud |
| Información – comunicación. | Percepción sobre la orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de su salud |
| Percepción global resultado | Percepción de la calidad del servicio recibido |
| Percepción global resultado | Percepción sobre la satisfacción global |
| Percepción global resultado | Percepción de adherencia al hospital |

Fuente: Ministerio de la Protección Social, UDEA 2006.

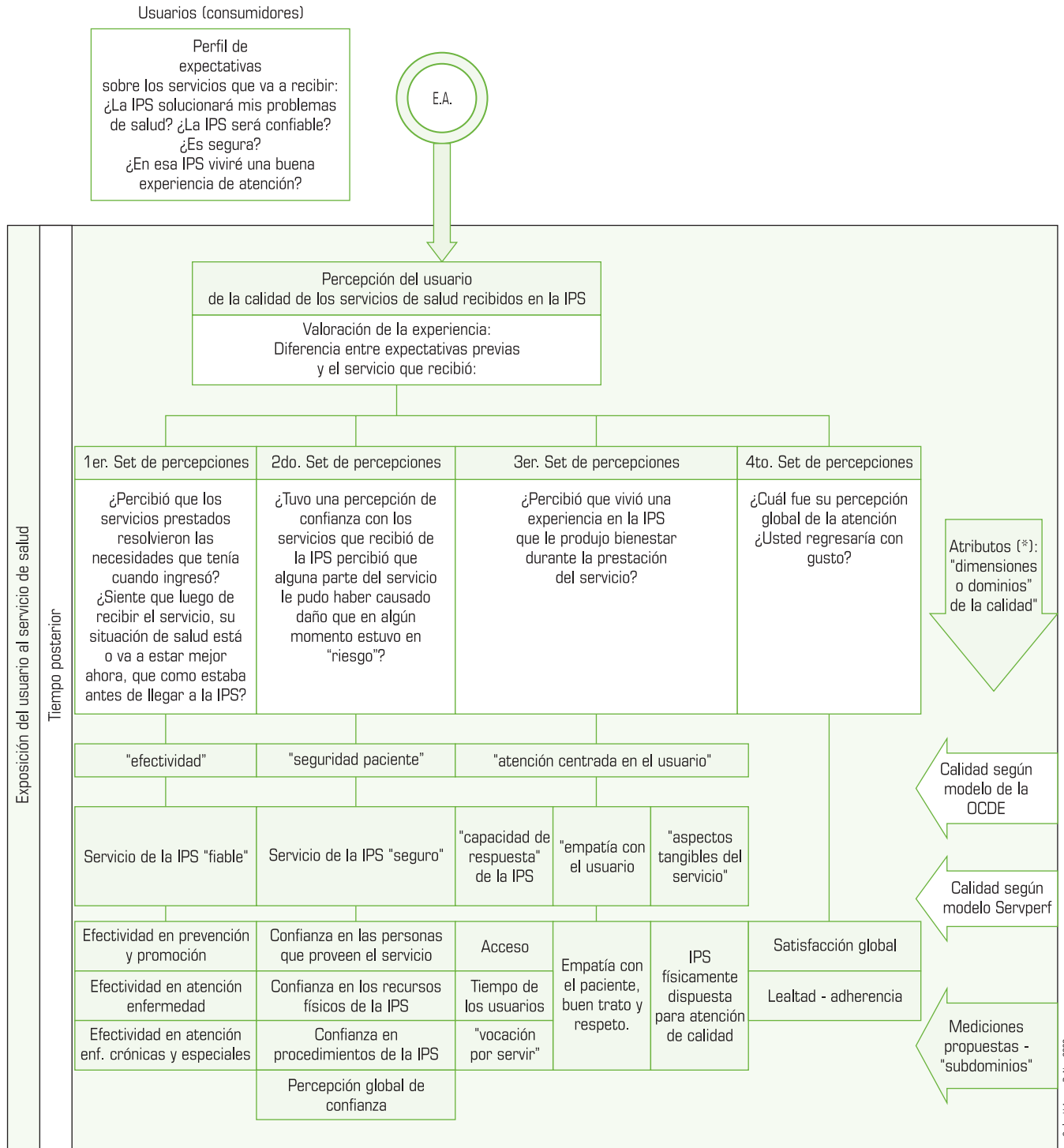
Ilustración 23. Mapa conceptual para medir la calidad de los servicios de salud percibida por los usuarios



(*) Atributos en los que se "fijan" los pacientes para percibir calidad.

Fuente: Elaboración propia. Conceptos determinantes previos de la experiencia adaptados de Parasuraman(1988).

Ilustración 24. Mapa conceptual para medir la calidad de los servicios de salud percibida por los usuarios (continuación)



(*) atributos en los que se "fijan" los pacientes para percibir calidad.

Fuente: Elaboración propia.

revisión de literatura desarrollada hasta el momento y se propuso un marco referencial, en que el usuario (como consumidor y paciente) al momento de enfrentar la decisión de entrar en contacto con una entidad proveedora de servicios de salud, se forma una expectativa que se caracteriza por la incertidumbre propia de un hecho que tendrá presencia en el futuro y la formación de una serie de interrogantes sobre los servicios que va a recibir (perfil de expectativas): ¿La IPS solucionará mis problemas de salud? ¿La IPS será confiable, será segura? ¿En esa IPS viviré una buena experiencia de atención?

Esta formación de expectativas en los usuarios es previa al momento de la experiencia de atención en la interacción con la IPS y se forma como resultado de articular: (i) el tipo de problema que tiene el usuario y que desea resolver y (ii) lo que el usuario tiene en mente acerca de la IPS. Ver Ilustración 25.

La percepción de la calidad del servicio de salud que recibió (percepción como función psíquica que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno), durante la experiencia de atención, contras-

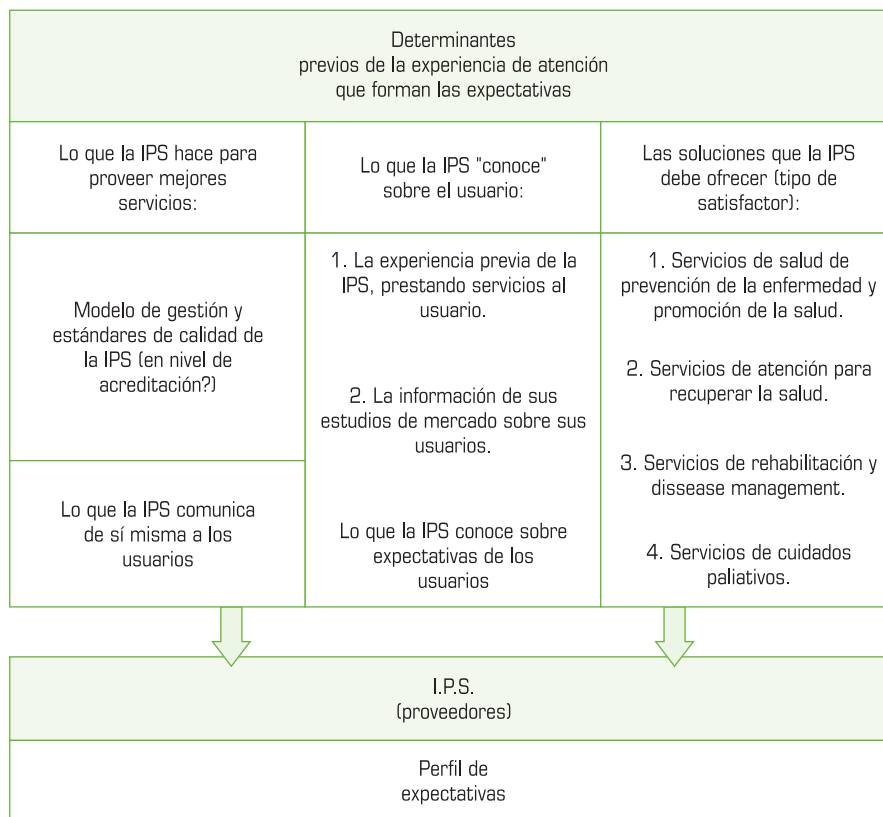
tada con las expectativas preliminares, forma una valoración o percepción final de la experiencia de atención que vivió durante la provisión del servicio. Esta percepción tiene lugar en un tiempo posterior al de la experiencia de provisión.

Por lo tanto podemos establecer tres momentos en el desarrollo de la percepción de la calidad: el primero está definido por todos los factores que influyen en la expectativa del paciente al enfrentarse al sistema, el segundo, el concepto que crea durante el encuentro, y al final, por la experiencia que le deja esta utilización.

Ahora bien, la percepción final probablemente no sea una sola valoración, porque el usuario puede formarse tanto un criterio global o integral de dicha experiencia, como elaborar valoraciones frente a diferentes aspectos de sus expectativas y de la atención. Por ello, en el mapa conceptual, se presentan las percepciones agrupadas en tres categorías específicas, más una de percepción global. Estas categorías son:

- La percepción final acerca de la efectividad de los satisfactores que ofertó la IPS (¿Percibió que los servicios prestados resolvieron las necesidades que tenía cuando ingresó? ¿Sintió que luego de recibir el

Ilustración 25. Identificación de determinantes de las expectativas de los usuarios



servicio, su situación de salud está o va a estar mejor ahora, que como estaba antes de llegar a la IPS?)

- La percepción final acerca de la seguridad con la que le prestaron los servicios (¿Tuvo una percepción de confianza con los servicios que recibió de la IPS? ¿Percibió que alguna parte del servicio le pudo haber causado daño que en algún momento estuvo en riesgo?)
- La percepción final de la experiencia de atención que vivió durante la prestación del servicio (¿Percibió que vivió una experiencia en la IPS que le produjo bienestar durante la prestación del servicio?).

En la elaboración sistemática del mapa conceptual, se advierte que así como los usuarios se forman unas expectativas previas a la experiencia de atención, la IPS hace lo propio, de tal manera que se ha de preguntar por aspectos como: ¿Proveemos servicios efectivos? ¿Somos confiables, proveemos servicios seguros? ¿Proveemos una buena experiencia de atención? La descripción detallada se presenta en la Ilustración 23 y 26.

Este análisis permite apreciar que los tres diferentes tipos o conjuntos de percepciones finales, se asemejan al ejercicio de definir las dimensiones en las que se pueden agrupar los atributos de la calidad percibida por los usuarios, al menos desde

la perspectiva teórica de la OCDE (Kelley & Hurst, 2006) en su proyecto de indicadores de calidad en la prestación de servicios de salud; estos son: Efectividad, seguridad del paciente y atención centrada en el usuario. De igual forma, estas dimensiones se asimilan con las dimensiones descritas en el modelo SERVQUAL, relacionadas con (i) servicio: Efectividad = Fiable, (ii) servicio: Seguro = Seguridad del Paciente y (iii) atención: Centrada en el usuario = Capacidad de respuesta + Empatía + Aspectos tangibles del servicio. A su vez, en el marco de cada dimensión de la calidad de la atención en salud es posible identificar y clasificar los atributos relacionados con sub dimensiones de la calidad.

2.4.3 Operacionalización y medición de la calidad del servicio

El problema de cómo operacionalizar y medir la calidad del servicio ha sido abordado de dos formas:

En la primera (Grönroos, 1984 y Parasuraman et al., 1985), la calidad del servicio está en función de tres componentes: la calidad técnica, la calidad funcional y la imagen corporativa. Los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida satisface las expectativas del cliente. En este modelo de discrepancias se propone la escala SERVQUAL,

Ilustración 26. Identificación de determinantes de las expectativas de los proveedores

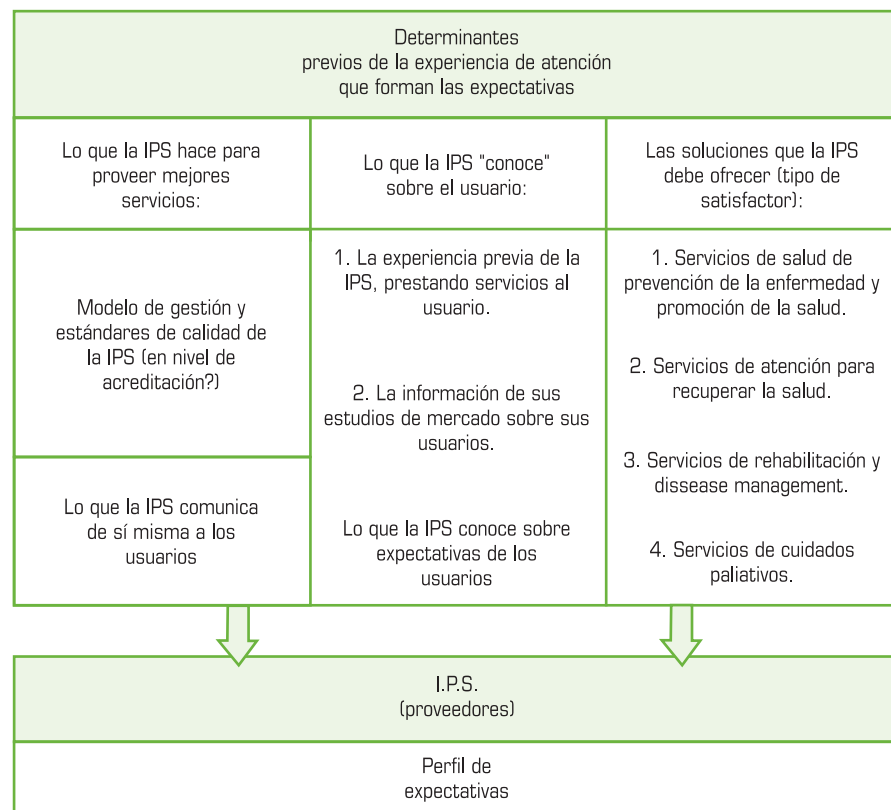
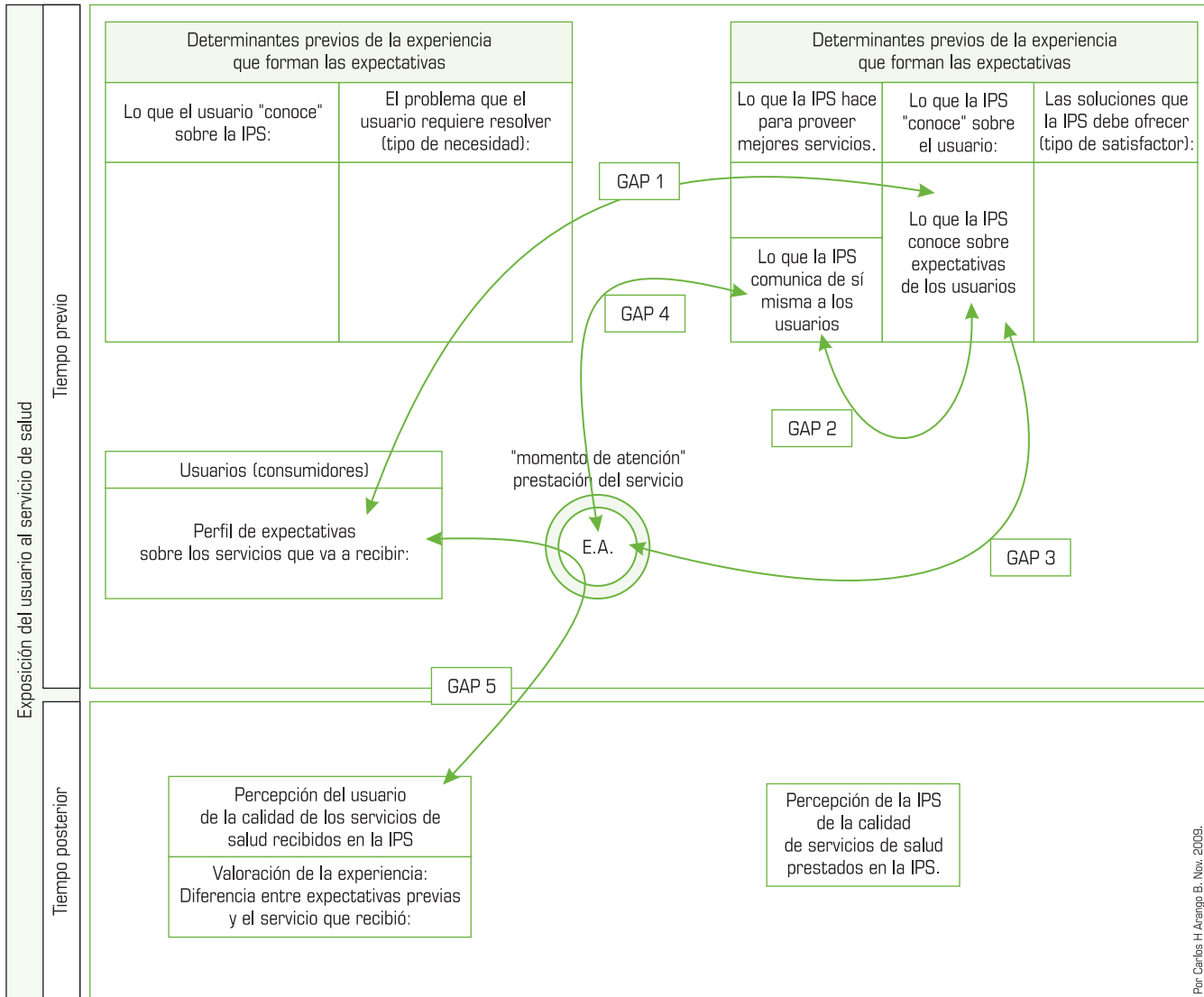


Ilustración 27. Mapa conceptual percepción calidad en salud y el modelo SERVQUAL de discrepancias

Mapa conceptual para medir la calidad de los servicios de salud, percibida por los usuarios involucrando modelo servqual de discrepancias - "Gaps" - (Parasuraman et al., 1985).



(*) atributos en los que se "fijan" los pacientes para percibir calidad.

- Gap 1: discrepancia entre las expectativas de los clientes y las percepciones que la empresa tiene sobre esas expectativas.
- Gap 2: discrepancia entre la percepción que los directivos tienen sobre las expectativas de los clientes y las especificaciones de calidad.
- Gap 3: discrepancia entre las especificaciones de calidad y el servicio realmente ofrecido.
- Gap 4: discrepancia entre el servicio real y lo que se comunica a los clientes sobre él.
- Gap 5: discrepancias entre percepciones y expectativas de calidad de servicio de los clientes

con 5 dimensiones genéricas las cuales son el resultado de la diferencia entre las expectativas y la percepción del servicio final recibido. Aquí se vinculan 4 elementos formadores de expectativas (Carman, 1990): la comunicación directa, las necesidades personales de los clientes, las experiencias previas del cliente y las comunicaciones externas de la firma.

En la segunda forma de abordar el problema (Carman, 1990; Cronin y Taylor, 1992; McDougall y Levesque, 1994; Brady y Cronin, 2001) la calidad de servicio mide sólo a partir de las percepciones del consumidor. Algunos autores afirman que no es suficiente con medir solo este aspecto porque las personas tienden de forma consistente a indicar muchas expectativas, mientras sus percepciones raramente logran excederlas. Como alternativa para medir la calidad del servicio se propone la escala SERVPERF. De acuerdo con Cronin y Taylor (1994) el modelo SERVPERF, basado únicamente en el desempeño del proveedor en el encuentro de servicios, es la mejor alternativa para medir la calidad del servicio. Su fortaleza radica en que explica mejor la varianza total en la medida de la calidad del servicio; además posee mejores propiedades psicométricas, en términos de validez de constructo y eficacia operacional (Cronin y Taylor, 1992 y 1994; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1994). Para el caso de los servicios de salud, estas escalas (SERVQUAL y SERVPERF) han sido utilizadas y probadas con diferentes adaptaciones, pero su uso no ha sido generalizado.

Una de las aproximaciones de mayor uso para evaluar y medir la calidad del servicio en salud es la propuesta por Donabedian (1980 y 1988) en el modelo estructura-proceso-resultado. En este esquema la estructura se refiere al conocimiento, a la habilidad y a los recursos del proveedor de servicios para diagnosticar y tratar apropiadamente las condiciones de salud del paciente. Bowers et al. (1994) demuestran que la calidad técnica se queda corta en cuanto a su utilidad real para medir y describir cómo los pacientes evalúan la calidad del servicio en el contexto de la salud. Esto fundamenta la necesidad de realizar mediciones enfocadas en la perspectiva de los pacientes (calidad funcional). La inhabilidad de los pacientes para juzgar la calidad técnica de los servicios de salud hace que su evaluación se fundamente en diversos aspectos de la relación interpersonal, el desempeño funcional del proveedor y los factores ambientales que rodean la prestación del servicio. Durante el proceso de servicio, la calidad funcional producida y sentida por el paciente es la variable más importante que incide en sus percepciones sobre la calidad recibida. De acuerdo con este razonamiento, la evaluación de la calidad del servicio en salud debe realizarse incluso a partir de criterios subjetivos, los cuales posteriormente se pueden usar y trasladar a parámetros objetivos de desempeño.

No es posible hoy hablar de **medición de calidad** si no se incorpora la medición desde la **perspectiva del paciente**. La **medición de calidad técnica** es insuficiente para dar **cuenta de la calidad de la atención en salud**.

El desarrollo de la escala SERVQUAL, por parte de Parasuraman et al. (1988), es una de las mayores contribuciones a la medición de la calidad funcional para un amplio rango de servicios, entre los cuales se cuenta la salud. Identificar las deficiencias en la calificación de una o más de las dimensiones propuestas por el modelo permite identificar problemas ocultos que interfieren en la prestación de una mejor calidad en el servicio. Este modelo introduce y analiza una serie de discrepancias, diferencias (que se llaman con su nombre en inglés 'gap') que pueden ser percibidas por los clientes (gap 5), o bien producirse internamente en las organizaciones proveedoras de los servicios (gaps del 1 al 4). Estos son, Gap 1: Indica la discrepancia entre las expectativas de los clientes sobre un servicio concreto y las percepciones o creencias que se forman los directivos sobre lo que espera el consumidor de ese servicio. Gap 2: Mide la diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. Gap 3: Calcula la diferencia entre las especificaciones o normas de calidad del servicio y la prestación del mismo. Gap 4: Mide la discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Todas las deficiencias mencionadas hacen que el servicio suministrado por la organización no cubra las expectativas que los clientes tenían puestas en él, produciéndose el gap 5. Gap 5: mide la diferencia entre el servicio esperado y el servicio percibido, determinando a través de dicha magnitud el nivel de calidad alcanzado. La forma de reducir esta diferencia es controlando y disminuyendo todas las anteriores. El lugar en donde se presentan estas discrepancias se muestra sobre el mapa conceptual de percepción de calidad, en la Ilustración 27.

A partir del anterior análisis tanto de las dimensiones constitutivas de la calidad y sus atributos, como de la forma de medir la percepción de calidad, representada en el mapa conceptual discutido en esta sección, se elabora a continuación un modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios perciben como calidad en la prestación de servicios de salud. Ver Tablas 25, 26 y 27.

Tabla 25. Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como "calidad de la atención en salud" (I)

Modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios (pacientes, consumidores) perciben como "calidad en la atención en salud".
Condiciones con las que la IPS, logra generar una experiencia de atención trascendente para el paciente, donde se advierte su vocación por trabajar de forma eficiente, segura y con foco en el usuario".-

| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepción que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca de... | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|
| Efectividad de la atención en salud | Efectividad prevención | Que el paciente perciba que la IPS tenga capacidad real de proveer soluciones a las necesidades de atención por la que un paciente solicita el servicio. | Efectividad en prevención y promoción | Percepción de que se está controlando y previniendo la aparición de enfermedad | 1 ...si el paciente recibió servicios para prevenir la aparición de alguna enfermedad y ésta se logró evitar. |
| | Efectividad atención enfermedad | Que el resultado de la atención que ofrece la IPS permita lograr que las personas puedan (i) mantener y mejorar su salud, detectar de manera temprana las enfermedades o (ii) que las personas puedan recuperar su salud o mejorar su bienestar cuando tienen enfermedades crónicas y discapacidades. El usuario podría esperar de un asegurador una respuesta integral ("Integralidad") de la red de servicios que tiene contratada, permanente en su ciclo vital ("longitudinalidad") ("continuidad") y apropiada a su necesidad ("apropiada"). | Efectividad en atención enfermedad | Percepción de capacidad de resolver problemas de salud | 2 ...si los diagnósticos y los tratamientos que se realizan en la IPS son acertados. |
| | Efectividad global | | Efectividad global | Percepción de interés y capacidad de la IPS en dar respuesta "especial" a enfermedades específicas. | 3 ...si el paciente tiene una enfermedad crónica o "especial" (patologías de manejo complejo) la IPS tiene dispuestos programas específicos de atención para el tratamiento específico de la enfermedad. |
| | | | Efectividad global | Percepción global de capacidad en lograr resolver problemas a los pacientes | 4 ...si el paciente mejoró su condición o resolvió su problema de atención que lo motivó a la consulta. |

| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepción que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca de... |
|---|-----------------|---|--|--|
| "Seguridad del paciente" durante la atención en salud | Riesgos humanos | Que el paciente perciba que la IPS es un lugar seguro, en donde el servicio que le van a prestar, no le va a generar daños adicionales, a los problemas por los que consultó. | Conocimiento del servicio prestado así como su habilidad para transmitir confianza al cliente. Conocimiento de los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. La capacidad del personal: El personal posee las habilidades, conocimientos y experiencia necesarios. La credibilidad: La empresa y sus empleados son confiables y quieren realmente ayudar a los clientes. La seguridad: El servicio es efectuado sin peligro, sin riesgo ni duda y respetando la confidencialidad. Seguridad en los registros clínicos. | 5 ...Si el comportamiento de los médicos de la IPS transmitieron confianza a los pacientes |
| | | Conocimiento de los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. La capacidad del personal: El personal posee las habilidades, conocimientos y experiencia necesarios. La credibilidad: La empresa y sus empleados son confiables y quieren realmente ayudar a los clientes. | 6 ...Si el comportamiento de las otras personas de la IPS que atendieron a los pacientes (no médicos) transmitieron confianza a los pacientes | |
| | | Seguridad a partir de la confianza en las personas que proveen el servicio al paciente. "Competencia". | 7 ...Si los médicos mostraron idoneidad y conocimientos suficientes para realizar bien su trabajo. | |
| | | | 8 ...Si las demás personas que atienden los pacientes (no médicos) mostraron tener conocimientos suficientes para responderles apropiadamente sus preguntas. | |
| | Riesgos físicos | 9 | Percepción de confianza en el equipo humano y los procedimientos de trabajo de la IPS | ...Si el paciente percibe que entre los empujados de la IPS hay colaboración y trabajo en equipo. |
| | | 10 | Percepción de confianza en equipos, planta física y suministros utilizados. | ...Si los equipos, la planta física o los suministros utilizados por la IPS durante la prestación del servicio, pudieron haberle causado daño al paciente. |
| | | 11 | Percepción de confianza en la confidencialidad con la información del paciente | ...Si toda la información de los pacientes, está debidamente protegida y controlado los riesgos de no confidencialidad. |
| | Riesgo global | 12 | Percepción general de confianza en la seguridad de los servicios prestados. | ...Si los pacientes tuvieron una sensación de seguridad con los servicios de salud que les prestaron en la IPS. |

Tabla 26. Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como "calidad de la atención en salud" (II)

Modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios (pacientes, consumidores) perciben como "calidad en la atención en salud".
Condiciones con las que la IPS, logra generar una experiencia de atención trascendente para el paciente, donde se advierte su vocación por trabajar de forma eficiente, segura y con foco en el usuario". -

| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepcion que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca de... | | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Experiencia del paciente durante la atención en salud | Capacidad de respuesta: Oportunidad-tiempo usuarios | Que el paciente pueda acceder a los servicios de una manera simple y rápida y sentir que la IPS desea sinceramente prestarle servicios, ayudar y solucionarle problemas. | | 18 ...Si cuando la IPS le ha prometido hacer algo en cierto tiempo, lo hace. | | |
| | | | | 19 ...Si cuando la IPS le ha prometido una cita con el médico, el médico llega a tiempo. | | |
| | | | Experiencia de atención del paciente: IPS dispuesta para cumplir la promesa de valor con el tiempo de los usuarios ("oportunidad"). | 20 ...Si el paciente tiene complacencia con el tiempo que se destinó a su atención en la IPS. | | |
| | | | | 21 ...Si los pacientes pueden lograr que le asignen una cita para un servicio de la IPS en un tiempo apropiado para su requerimiento de atención. | | |
| | | | | 22 ...Si el tiempo de espera para la atención dentro de la entidad es apropiado a la expectativa del usuario y sin retardo en filas. | | |
| | | | | 23 ...Si la atención cuando se tiene una urgencia médica, es inmediata. | | |
| | | | | 13 ...Si los pacientes pueden comunicarse de forma inmediata con la IPS, a través de diferentes medios que la IPS tiene dispuestos y obtener una respuesta a sus requerimientos. | | |
| | | | | 14 ..Si la IPS tiene horarios de trabajo ajustados a conveniencia de todos sus pacientes. | | |
| | | | | 15 ...Si la IPS tiene dispuestos procedimientos simples para tramites administrativos. | | |
| | | | | Percepción sobre la capacidad de la IPS para permitir y facilitar los mecanismos encesarios para que los usuarios lleguen a la entidad y puedan utilizar los servicios. | | |
| | | | | Experiencia de atención del paciente: IPS dispuesta para cumplir la promesa de valor con el acceso expedito. | | |
| | | | | Deseo de ayudar a los clientes y de servirles de forma rápida. Disposición y voluntad de los empleados para ayudar al cliente y proporcionar el servicio. Acceso y oportunidad en la atención. La accesibilidad: El servicio es fácil de obtener, en lugares accesibles, sin retardo en filas y en horas convenientes. La comunicación: El servicio es descrito de manera precisa y en términos fáciles de comprender por el consumidor. El respeto de normas y plazos: La prestación del servicio se hace de manera uniforme y precisa. La capacidad de reacción: El personal reacciona rápidamente y con imaginación a los pedidos de los clientes. La comprensión del cliente: El personal se esfuerza en comprender a los clientes y los trata de manera muy personal. | | |
| | | | | Capacidad de respuesta: Acceso | | |

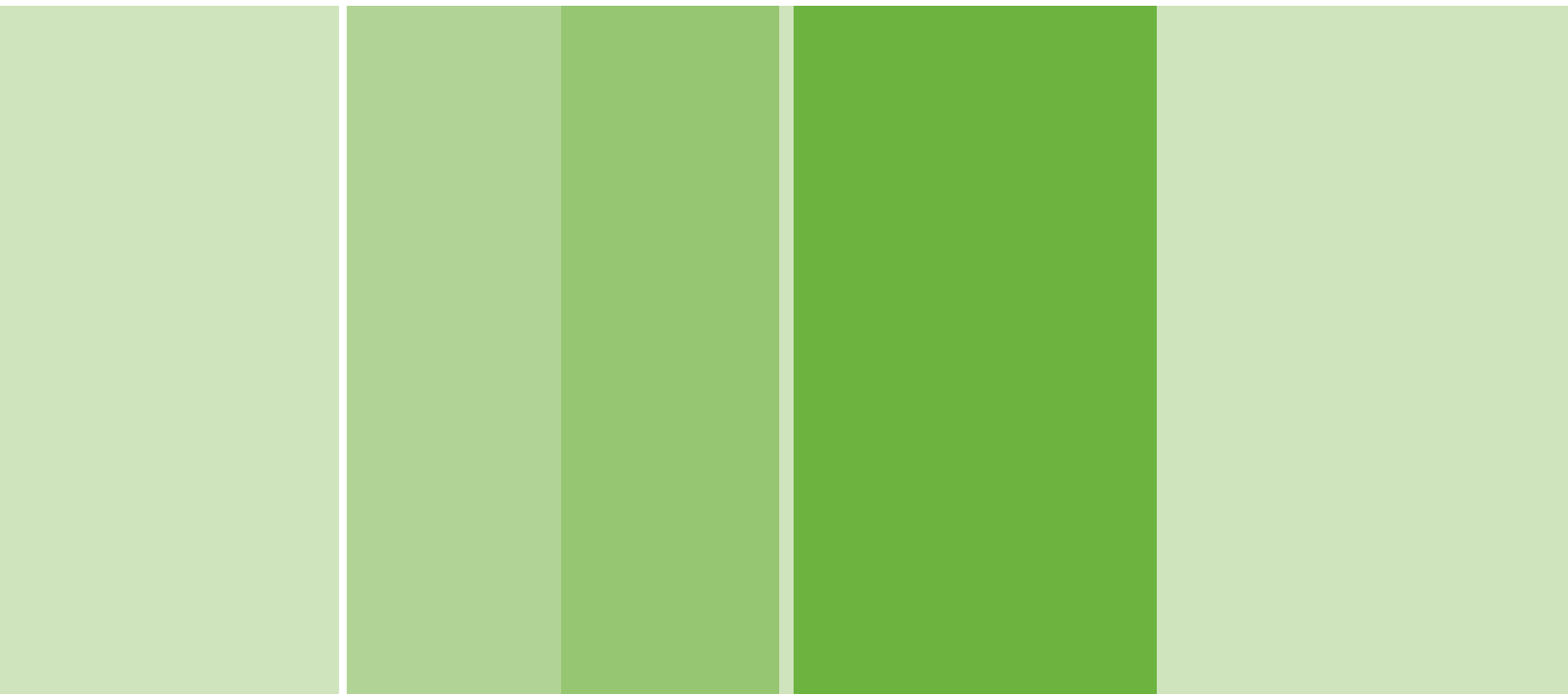
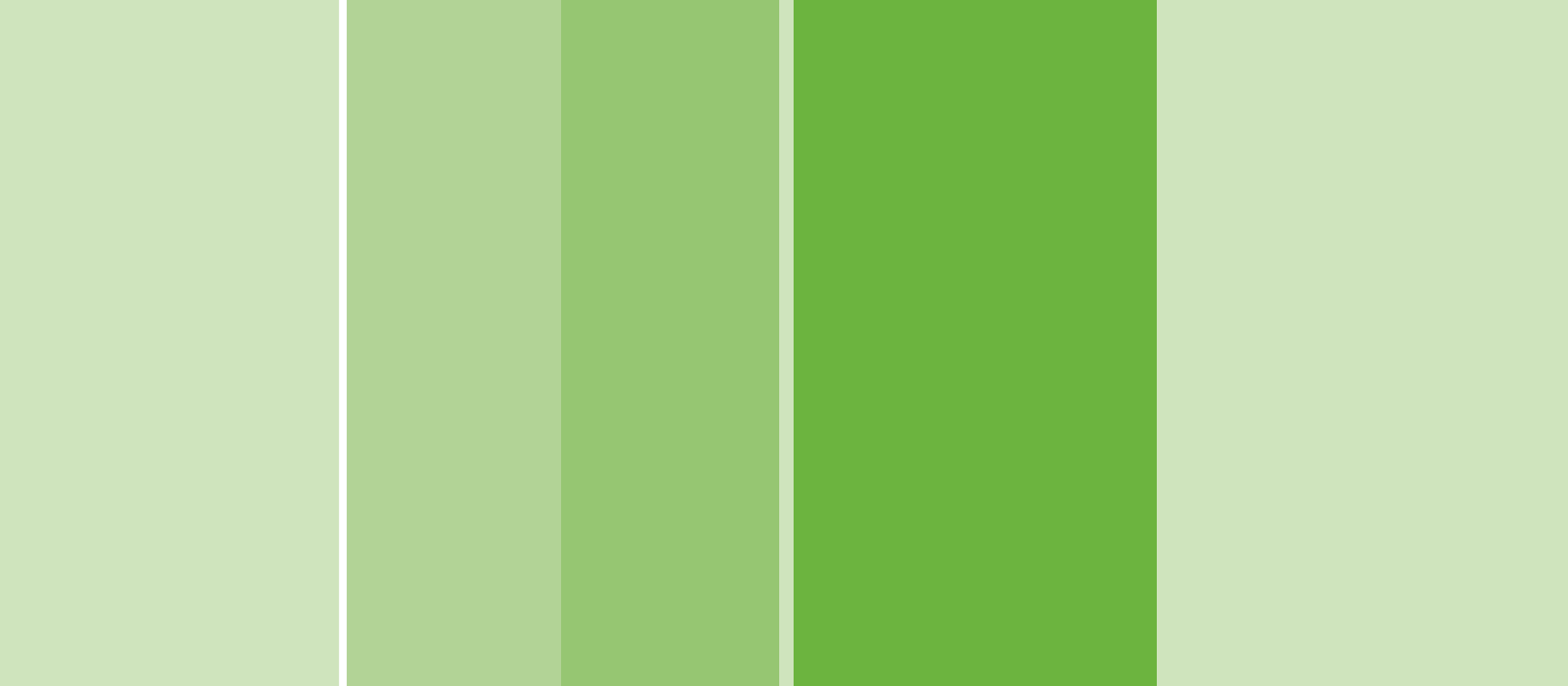
| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepción que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca de... |
|--|--------------|--|--|---|
| | | | | <p>16 ...Si la IPS tiene diferentes alternativas que faciliten el pago por parte de los usuarios ...Si la IPS solicita pagos según su capacidad ...Si la IPS define valores de pago que impidan el uso de los servicios.</p> |
| Capacidad de respuesta: Derechos-equidad | | Experiencia de atención del paciente: IPS dispuesta a garantizar los derechos de los usuarios. Incluye "equidad", "no discriminación". | Percepción sobre la capacidad de la IPS para responder de manera equitativa a las solicitudes de atención de los usuarios. | <p>17 ...Si la IPS provee servicios, procurando ofrecer una experiencia de atención similar para todas la personas, de manera independiente de su condición, étnica, socioeconómica, de género, de edad, etc.</p> |
| Capacidad de respuesta: Información. | | Experiencia de atención del paciente: IPS dispuesta a suministrar información necesaria para el usuario y su familia. | Percepción de capacidad para entregar información necesaria para el usuario y su familia. | <p>24 ...Si los pacientes siempre obtienen información clara y suficiente sobre su enfermedad, su tratamiento y su pronóstico.</p> <p>25 ...Si los pacientes reciben información clara y suficiente sobre los procedimientos para hacer uso de los servicios y los trámites que tiene la entidad.</p> <p>26 ...Si los pacientes siempre obtienen información clara y suficiente de recomendaciones sobre su recuperación en casa.</p> |
| Capacidad de respuesta: Actitud de servicio-vocación- | | Experiencia de atención del paciente: IPS con "vocación por servir". | Percepción de actitud y vocación de servir | <p>27 ...Si los empleados de la IPS siempre están dispuestos a ayudar a los pacientes.</p> <p>28 ...Si cuando un paciente tiene un problema la IPS muestra un sincero interés en solucionarlo</p> <p>29 ...Si los empleados nunca están tan ocupados, como para no responder siempre a las preguntas de los pacientes.</p> |


Tabla 27. Modelo para clasificar, interpretar y medir los atributos que los usuarios perciben como "calidad de la atención en salud" (III)

Modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios (pacientes, consumidores) perciben como "calidad en la atención en salud". Condiciones con las que la IPS, logra generar una experiencia de atención trascendente para el paciente, donde se advierte su vocación por trabajar de forma eficiente, segura y con foco en el usuario". -


| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepción que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca |
|--|---|--|---|--|
| Empatía - relación interpersonal | Que el paciente pueda recibir un trato digno y respetuoso y tener una comunicación e interacción personal positiva con los empleados de la IPS. | Atención individualizada que ofrecen las empresas a los consumidores. Cortesía de los empleados. Atención mostrada por los empleados. La cortesía y la amabilidad: El personal es cortés, amable, respetuoso y atento. | Percepción de empatía con la IPS por su vocación hacia el buen trato | ...Si los empleados de la IPS son siempre amables y de buen trato con los pacientes. |
| | Que el paciente encuentre en la IPS un ambiente pulcro y atractivo. | Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. La tangibilidad: Los aspectos materiales del servicio tienen un grado adecuado de calidad. | Percepción de empatía con la IPS por su interés en conocer las necesidades y las expectativas ("aceptabilidad" - "flexibilidad") | ..Si la IPS provee un servicio individualizado, privado y garantizando respeto y la dignidad personal. ...Si la IPS se preocupa por comprender las necesidades y las expectativas de atención de sus pacientes. |
| | Elementos tangibles de la atención y amenidades | Que el paciente encuentre en la IPS un ambiente pulcro y atractivo. | Percepción de que la parte "tangible" de la IPS tiene un alto nivel de calidad | ..Si la IPS está localizada en un lugar donde se puede acceder fácilmente y con rapidez ...Si los empleados de la IPS tienen apariencia pulcra. |
| Manejo de la disconformidad y gestión de resarcimiento | Que el paciente encuentre mecanismos formales para manifestar su incomodidad y para recibir información y acción de "resarcimiento" cuando se comenten errores. | Disposición de mecanismos para manifestar la inconformidad del paciente o de sus acompañantes, sistemas de quejas, sugerencias, reclamaciones. Que la IPS tenga definidos los procedimientos para anunciar los errores cometidos frente al paciente y sus familias y un mecanismo para "resarcir" la molestia o el daño causado. | Percepción de que la IPS está en capacidad de identificar y asumir sus errores y de disponer mecanismos para interactuar con los usuarios cuando esto sucede. | ...Si la IPS proporciona un ambiente interno y en sus alrededores que generan una sensación agradable: Limpieza, orden, señalización, temperatura, mobiliario, decoración y privacidad. ...Si la IPS tiene dispuestos procedimientos visibles para que los usuarios y sus familiares puedan hacer manifiesta su inconformidad con los servicios o presentar quejas y reclamaciones. |
| | Experiencia del paciente durante la atención en salud | Experiencia de atención del paciente: IPS con disposición física y amenidades que garantizan una experiencia de atención que le produce bienestar. | Percepción de que la IPS está en capacidad de identificar y asumir sus errores y de disponer mecanismos para interactuar con los usuarios cuando esto sucede. | ...Si la IPS tiene establecidos procedimientos para informar a los usuarios y sus familiares o acudientes cuando se cometen errores en el proceso de atención, bien de tipo clínico (eventos adversos) como de tipo administrativo y la capacidad para reaccionar con acciones para corregirlos y para presentar excusas. |

| Dimensión | Subdimensión | Expectativa del paciente | Percepción que se quiere medir | Descripción de la percepción - se pretende verificar la percepción, preguntando acerca |
|---|---|--|---|--|
| Resultado global de la atención - satisfacción global de necesidades y expectativas | Satisfacción global | Que el paciente haga una valoración positiva de su experiencia de atención, a partir del contraste entre las necesidades de atención y las expectativas que tenía antes de tener contacto con la IPS y el servicio de salud que recibió. | Satisfacción global Percepción global de cumplimiento de satisfacción de necesidades y expectativas. | 38 ...Si la IPS provee, integralmente, un servicio que logra satisfacer las necesidades de atención en salud y las expectativas que traen los pacientes frente al servicio. |
| | Percepción global de la calidad de la IPS | Que el paciente haga una valoración de entidad involucrada e interesada en mejorar su oferta de servicios y hacer las cosas bien. | Percepción final de la calidad de la IPS | 39 ...Si la IPS le dio la apariencia de ser una entidad en mejoramiento permanente y que se preocupa por la calidad de los servicios que ofrece. |
| | Lealtad a la IPS | Que el paciente haga una valoración final en la que siente confianza por la IPS y desearía volver si lo requiere o recomendarla a otras personas. | Lealtad a la IPS | 40 ...Si luego de la prestación de servicios de la IPS, usted estaría dispuesto a recomendar esta entidad a otras personas. |
| | Lealtad a la IPS | | Lealtad a la IPS | 41 ...Si la prestación de servicios en la IPS generó en el usuario la percepción de deseo por volver a utilizar los servicios si los llegase a requerir. |
| | Lealtad a la IPS | | Lealtad a la IPS | |





Capítulo 3
Diseño metodológico
del informe nacional de calidad
de la atención en salud
INCAS Colombia



Para formular los indicadores que permitan evaluar la calidad de la atención en salud en Colombia, se analizaron los resultados de la revisión sistemática de las mejores prácticas internacionales en el desarrollo de informes nacionales de calidad en salud, las normas, principios y fundamentos del SOGC en Colombia, y los contenidos del marco conceptual propuesto. El diseño metodológico se distribuye en una serie de 3 etapas y 11 pasos secuenciales: (Ver Ilustración 28)

- *Etapa I:* Definición del conjunto total nacional de indicadores, que permitirían medir cada uno de los puntos críticos de la calidad de la atención en salud especificados en los dominios y subdominios (Taxonomía de los indicadores nacionales de calidad de la atención en salud).

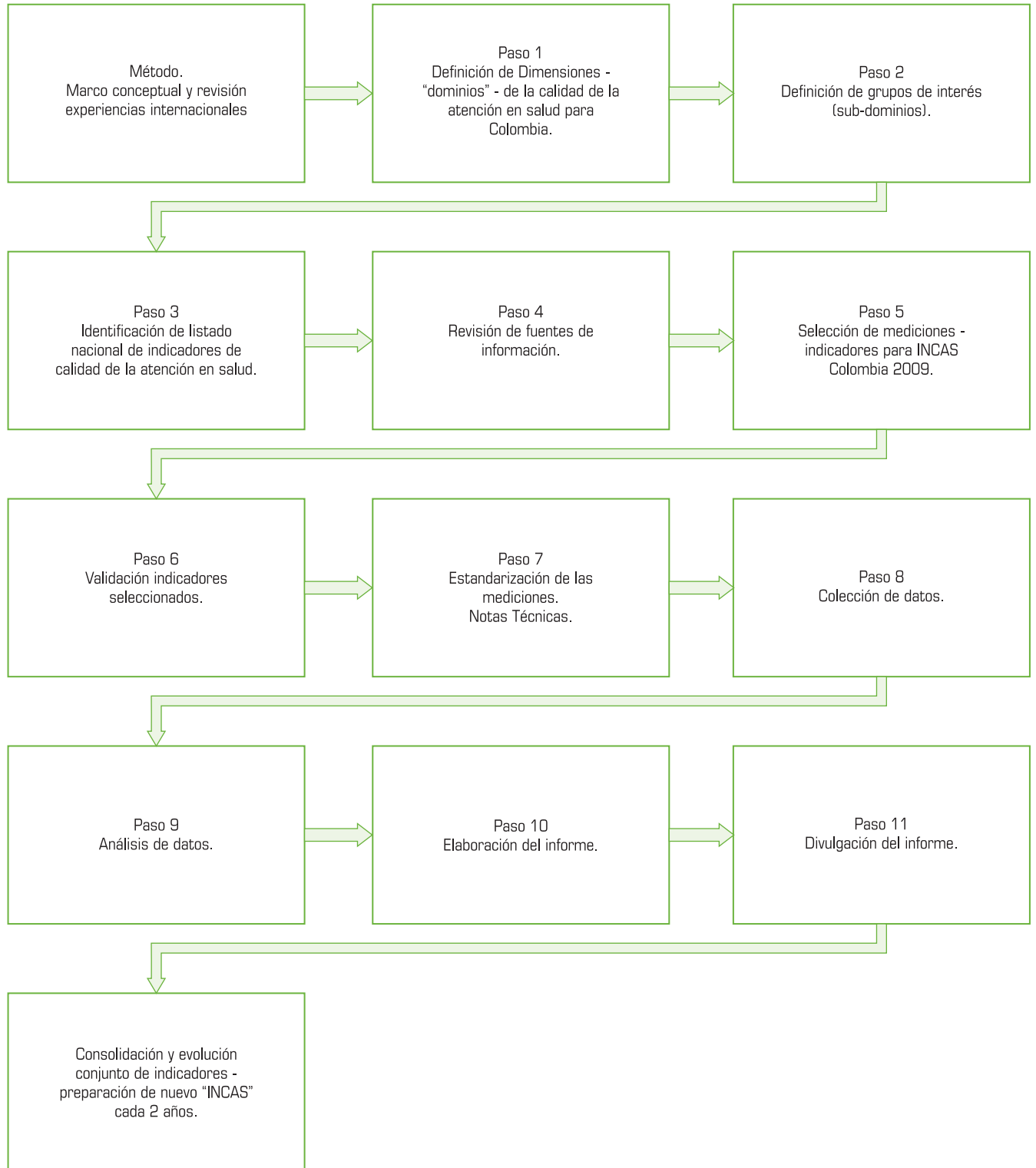
La metodología incorpora los tres atributos de la calidad de la atención: **Efectividad** de las atenciones en salud, **seguridad del paciente** y **experiencia de atención** de los usuarios.

- *Etapa II:* Definición del conjunto específico de indicadores que conformarán el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud “INCAS Colombia 2009”.
- *Etapa III:* Elaboración del informe “INCAS Colombia 2009”.

Tabla 28. Etapas y pasos de la metodología para elaboración de INCAS Colombia 2009

| Etapas | Pasos |
|---|---|
| I. Definición de conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud. Taxonomía | Paso 1. Taxonomía: Dominios principales |
| | Paso 2. Taxonomía: Subdominios claves a evaluar |
| | Paso 3. Indicadores de calidad de la atención, como medidas de cada subconjunto de la taxonomía |
| II. Definición de indicadores para INCAS Colombia 2009 | Paso 4. Revisión de fuentes de información para seleccionar indicadores de INCAS Colombia 2009 |
| | Paso 5. Identificación de mediciones factibles |
| | Paso 6. Validación de indicadores |
| | Paso 7. Estandarización de cada una de las mediciones en notas técnicas de cada indicador |
| III. Elaboración de INCAS Colombia 2009 | Paso 8. Colección de datos |
| | Paso 9. Análisis de datos |
| | Paso 10. Elaboración del Informe |
| | Paso 11. Divulgación del informe |

Ilustración 28. Flujo de la metodología empleada



3.1. Etapa I. Definición del conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud

Paso 1. Definición de dominios de la calidad de la atención en salud

En el desarrollo del marco conceptual de referencia se logró una aproximación a los tres dominios de la CALIDAD de la atención que tienen el potencial de agrupar el voluminoso conjunto de cualidades que caracterizan la calidad. Estas tres dimensiones fundamentales corresponden a los tres principales dominios que guiarán la finalidad y organización de las mediciones, y que son:

1. Efectividad de la atención en salud

- Esta dimensión tiene como finalidad valorar si los servicios de salud que se proveen en el país, cuentan con la calidad requerida para que la atención en salud produzca una mejora en las necesidades de salud de las personas y las poblaciones.
- Esta dimensión agrupa todas las cualidades que permiten valorar si los servicios prestados realmente cumplieron con su propósito de mejorar la situación de salud de los individuos y de las comunidades. Por ello, las mediciones de efectividad son de resultado (y algunas de proceso, en función de estos resultados) y están directamente relacionadas con las enfermedades que caracterizan el perfil de estado de salud del país, dando cuenta de los problemas de salud y necesidades de atención que interesan a los colombianos.
- En este grupo de mediciones se debe lograr valorar el resultado de las acciones de promoción de la salud de la gente, de la identificación de riesgos y prevención de aparición de enfermedades, del tratamiento para la recuperación de la enfermedad cuando ya apareció, del cuidado de las personas con enfermedades crónicas que requieren apoyo para evitar complicaciones o el agravamiento de su situación, del apoyo para rehabilitar y cuidar las personas con alguna discapacidad y para acompañar las personas en el periodo final de la vida.

2. Seguridad de la atención de los pacientes

- Esta dimensión concentra fundamentalmente un atributo específico: la seguridad de los pacientes. La efectividad pierde sentido si se logra sin alcanzar la mayor seguridad posible de los servicios de atención en salud prestados. Se puede haber sido efectivo en lograr un resultado, ¿Pero se logró en condiciones seguras? ¿El riesgo con el que se prestó el servicio, terminó siendo mayor que los beneficios que produjo? ¿Los resultados en la salud de las personas, no gene-

raron nuevos daños, discapacidades o lesiones? Todas estas preguntas son tan relevantes en la atención que deben configurar por sí mismas un conjunto independiente de mediciones para su valoración explícita y el fomento de una actitud de actuaciones seguras y de una cultura de la seguridad en salud en los escenarios institucionales y profesionales donde se proveen los servicios.

3. Experiencia de atención de los usuarios de los servicios

- Luego de hacer comprensivo todo el conjunto de conceptos que permiten definir la calidad de la atención en salud en el marco conceptual de referencia (capítulo 2), quedó plenamente identificado que existe un amplio grupo de atributos a través de los cuales las personas valoran la calidad de los servicios que reciben y que en todos los casos son tan importantes para la gente, como el resultado clínico mismo. A este conjunto de cualidades, se les denominó como atributos resultantes de la experiencia que tienen las personas durante el proceso de atención y su interacción con las personas e instituciones que proveen los servicios y agrupan todos aquellos aspectos que los usuarios reconocen como indispensables para la calidad de la atención durante su vivencia mientras reciben los servicios. Esta dimensión se reconoce como pilar fundamental en la provisión de servicios de atención en salud.

Paso 2. Definición de sub-dominios o grupos de interés para la medición

Antes de identificar las mediciones es necesario contar con un nivel adicional de desagregación de cada una de las dimensiones definidas, que permita guiar las cuestiones que se deben medir alrededor de los aspectos relevantes y dentro de grupos de interés que muestren el estado de salud del país.

Así, los criterios que mejor orientan el abordaje a las dimensiones, dependen de la naturaleza de cada una y por ello son diferentes: (i) la efectividad, relacionada con el perfil de necesidades de salud de la población colombiana, representado en los grupos de problemas prioritarios de salud y que son objeto de las atenciones prestadas, (ii) la seguridad, se aborda desde la perspectiva de los grupos de incidentes tipo o “evento o circunstancia que podría haber resultado, o no resultado, en un daño innecesario a un paciente” (OMS, 2009), identificados en la Clasificación internacional de seguridad del paciente - OMS 2009, y (iii) la experiencia de atención, que se aborda desde la agregación de cualidades percibidas por las personas para definir la calidad en salud, que se describe en el marco conceptual del informe.

Tabla 29. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia, 2009. (i)

| Dominio: Indicadores de efectividad de la atención en salud (EF) | |
|--|---|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 |
| 1. Materno infantil | 1. Atención en el embarazo 2. Atención parto 3. Atención prematuridad 4. Atención recién nacido 5. Atención lactancia 6. Atención niños menores 5 años 7. Indicadores globales materno infantil |
| 2. Enfermedades inmunoprevenibles | 1. Atención aplicación biológicos 2. Atención enfermedades inmunoprevenibles |
| 3. Salud sexual y reproductiva | 1. Atención adolescentes |
| 4. VIH SIDA y otras ET Sexual | 1. VIH/SIDA 2. Sífilis congénita |
| 5. Enfermedad crónica transmisible | 1. TBC |
| 6. Enfermedades transmitidas por vectores | 1. Malaria |
| 7. Salud mental | 1. Suicidios y lesiones autoinflingidas |
| 8. Enfermedades crónica no transmisibles cardiovasculares | 1. Enfermedad isquémica coronaria 2. ACV 3. HTA 4. ICC 5. Otros |
| 9. Enfermedades crónica no transmisibles - respiratorias | 1. EPOC 2. Neumonía |
| 10. Enfermedades crónica no transmisibles - diabetes | 1. Diabetes |
| 11. Enfermedades crónicas no transmisibles - renales | 1. IRC - enfermedad renal 2. IRC - trasplante |
| 12. Enfermedades crónica no transmisibles - factores de riesgo | 1. Sobrepeso 2. Obesidad 3. Medición de factores de riesgo |
| 13. Cáncer | 1. Cáncer gástrico 2. Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón 3. Cáncer colorectal 4. Cáncer de útero 5. Cáncer de mama 6. Cáncer de próstata 7. Otros |
| 14. Salud oral | 1. Salud oral |
| 15. Efectividad global de la atención | 1. Reingreso hospitalización 2. Reingreso cirugía 3. Mortalidad intrahospitalaria 4. Mortalidad quirúrgica |
| 16. Otros | 1. Osteo - articular - muscular 2. Neurológicas |

La efectividad de la atención se agrupa en 16 sub dominios, que a su vez integran diferentes grupos de problemas o aspectos de la atención en salud que son afines e importantes para Colombia de acuerdo con su perfil de estado de salud. Ver Tabla 29.

El dominio de seguridad del paciente incluye 13 subdominios, que corresponden a las agregaciones en las que la OMS 2009 ordenó los incidentes de seguridad del paciente para su clasificación internacional, basados en el argu-

mento de que cada ítem integra incidentes de naturaleza y características comunes. Ver Tabla 30.

El dominio experiencia de atención se ordena en 12 subdominios, que recogen todos los atributos que se identificaron como cualidades de la calidad de la atención y que corresponden a mediciones objetivas de dicha experiencia y a mediciones percibidas reconocidas por los usuarios durante sus vivencias personales frente a la atención. Ver Tabla 31.

Tabla 30. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009.(ii)

| Dominio: Indicadores de seguridad en la atención del paciente (SG) | |
|--|--|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 |
| 1. Administración clínica | 1. Error identificación |
| | 2. Robo niños |
| | 3. Robo pertenencias |
| 2. Procesos / procedimientos clínicos | 1. Anestésicas |
| | 2. Quirúrgicas |
| | 3. Obstétricas |
| | 4. Secuelas por reanimación |
| 3. Infección asociada a atención en salud | 1. Infección línea central |
| | 2. Infección neumonía |
| | 3. Infección quirúrgica |
| | 4. Infección sangre |
| | 5. Infección vías urinarias |
| | 6. Infección útero |
| | 7. Flebitis por venopunción |
| | 8. Úlceras de presión |
| | 9. Infección global |
| 4. Medicación / fluidos intravenosos | 1. Medicamentos |
| 5. Sangre / productos sanguíneos | 1. Sangre |
| 6. Nutrición | 1. Dieta |
| 7. Oxígeno / gas / vapor | 1. Gases medicinales |
| 8. Artefactos médicos / equipamiento | 1. Equipos dispositivos suministros MD |
| 9. Comportamiento | 1. Abuso sexual |
| | 2. Consumo SPA intrahospital |
| | 3. Fuga |
| | 4. Suicidios intrahospital |
| 10. Accidentes de los pacientes | 1. Caídas o fracturas |
| 11. Infraestructura / construcción / unidades | 1. Mantenimiento planta física |
| | 1. "Tiempos seguros" - mortalidad por tiempo de espera |
| | 2. "Tiempos seguros" - mortalidad por tiempo de espera de autorización de procedimientos |
| 12. Recursos / gestión organizacional | 3. "Tiempos seguros" - complicaciones por tiempos de espera prolongados |
| | 4. "Tiempos seguros" - tiempos de espera por cirugía coronaria |
| | 5. "Tiempos seguros" en la prestación de servicios |
| 13. Seguridad global | 1. Vigilancia eventos adversos |

Tabla 31. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia, 2009 (iii).

| Dominio: Indicadores de experiencia de atención del usuario (EXP) | |
|---|--|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 |
| 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta. | 1. Tiempos de espera consulta |
| | 2. Oportunidad cirugía programada |
| | 3. Tiempos de espera cirugía programada |
| | 4. Tiempos de espera imágenes |
| | 5. Tiempos de espera urgencias |
| | 6. Tiempos de espera odontología |
| | 7. Oportunidad autorización cirugía |
| | 8. Tiempos de espera medicamentos POS |
| | 9. Oportunidad referencia |
| | 10. No atención urgencias |
| | 11. Oportunidad percibida |
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio. | 1. Restricción al acceso por disponibilidad |
| | 2. Restricción libre elección |
| | 3. Restricción al acceso por trámite |
| | 4. Restricción al acceso por razón económica |
| | 5. Restricción al acceso por fallas en la afiliación |
| | 6. Restricción al acceso por causa injustificada |
| | 7. Utilización de los servicios |
| 3. Equidad en la atención | 1. Discriminación |
| | 2. Trato global |
| 4. Trato y respeto recibido | 1. Respeto descanso |
| | 2. Trato interpersonal |
| | 3. Trato respeto privacidad |
| 5. Información y comunicación recibida | 1. Suficiencia información |
| | 2. Información consulta externa |
| | 3. Información hospitalización |
| | 4. Información posthospitalización |
| | 5. Información remisión |
| 6. Actitud de servicio -"vocación" | 1. Vocación |
| 7. Los recursos tangibles del servicio | 1. Alimentación |
| | 2. Aseo |
| | 3. Planta física |
| 8. Participación en su propio cuidado | 1. Consentimiento informado |
| | 2. Participación |
| | 3. Autorización del paciente |
| 9. Disconformidad manifiesta | 1. Tutelas |
| | 2. Quejas |
| 10. Resarcimiento | 1. Resarcimiento |
| 11. Evaluación global de la experiencia de atención | 1. Efectividad global |
| | 2. Seguridad global |
| | 3. Satisfacción global EPS |
| | 4. Satisfacción global IPS |
| | 5. Calidad global |
| 12. Valoración final de la experiencia de atención | 1. Adherencia-fidelidad-lealtad |

Paso 3. Identificación del Conjunto nacional de mediciones de calidad de la atención en salud

Para cada dominio y subdominio descritos se definieron las medidas que mejor podrían representar el resultado de la calidad en la atención, de acuerdo con un conjunto de criterios de selección: (a) relevancia técnica y política del aspecto del subdominio a medir, (ii) comparabilidad internacional de la medición, (iii) comprensión del indicador, (iv) pertinencia en cuanto a su capacidad de hacer una medición de la calidad de la atención y (v) factibilidad técnica y económica.

El ejercicio de revisión de las prácticas internacionales y nacionales permitió reconocer todas las colecciones de indicadores para valoración de la calidad que existen y que permiten saber de ejemplos ya probados de uso de

muchas mediciones en la práctica, que dan cuenta de su validez y confiabilidad. Por ello, la revisión de las medidas disponibles, frente a los diferentes dominios y subdominios identificados, sirvió de base para la especificación del conjunto total de medidas a utilizar. Un criterio de selección a resaltar es justamente que la medición escogida ofreciera la capacidad de comparabilidad internacional. Esto permite comparar los resultados encontrados en Colombia, no sólo con la magnitud y tendencia de nuestros resultados nacionales, sino frente a lo que sucede en otras partes del mundo, ampliando nuestras posibilidades de valorar los resultados de la medición. Los indicadores que finalmente resultaron seleccionados son 249 mediciones:

- 110 mediciones de calidad de los servicios de atención en salud en su dominio de efectividad de la atención: Ver Tabla 32.

Tabla 32. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009.

Dominio: Indicadores de efectividad de la atención en salud (EF)

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | No. |
|---------------------|--|---------|--|-----|
| 1. Materno infantil | 1. Atención en el embarazo | EF1.1.1 | Cobertura de control prenatal | 1 |
| | | EF1.1.2 | Promedio de controles prenatales por mujer gestante | 2 |
| | | EF1.1.3 | Tasa de mortalidad fetal tardía | 3 |
| | | EF1.1.4 | Proporción de bajo peso al nacer | 4 |
| | 2. Atención parto | EF1.2.1 | Proporción de partos institucionales | 5 |
| | | EF1.2.2 | Proporción de nacimientos por cesárea | 6 |
| | 3. Atención prematuridad | EF1.3.1 | Proporción de tamizaje para retinopatía del prematuro (rop) | 7 |
| | | EF1.3.2 | Proporción de los niños sobrevivientes <30 semanas gestación sin discapacidad a los 2 años | 8 |
| | 4. Atención recién nacido | EF1.4.1 | Tasa de mortalidad neonatal | 9 |
| | | EF1.4.2 | Tasa de mortalidad neonatal precoz | 10 |
| | | EF1.4.3 | Proporción de recién nacidos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito | 11 |
| | 5. Atención lactancia | EF1.5.1 | Duración de la lactancia materna | 12 |
| | | EF1.5.2 | Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva | 13 |
| | 6. Atención niños menores 5 años | EF1.6.1 | Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años | 14 |
| | | EF1.6.2 | Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años | 15 |
| | | EF1.6.3 | Tasa de letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años | 16 |
| | | EF1.6.4 | Tasa de letalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años | 17 |
| | 7. Indicadores globales materno infantil | EF1.7.1 | Índice de mortalidad materna | 18 |
| | | EF1.7.2 | Razón de mortalidad materna | 19 |
| | | EF1.7.3 | Tasa de mortalidad perinatal | 20 |
| | | EF1.7.4 | Tasa de mortalidad infantil | 21 |

Continúa

| | | | | |
|---|---|----------|--|----|
| 2. Enfermedades inmunoprevenibles | 1. Atención aplicación biológicos | EF2.1.1 | Proporción de coberturas de vacunación adecuados en niños menores de un año (coberturas de vacunación: Polio, BCG, DPT, HB, HIB, triple viral). | 22 |
| | | EF2.1.2 | Proporción de población de 1 año de edad vacunados contra el sarampión | 23 |
| | | EF2.1.3 | Proporción de población de adultos mayores de 60 años, que recibieron vacuna anti influenza. | 24 |
| | 2. Atención enfermedades inmunoprevenibles | EF2.2.1 | Proporción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles | 25 |
| 3. Salud sexual y reproductiva | 1. Atención adolescentes | EF3.1.1 | Prevalencia de uso de anticonceptivos | 26 |
| 4. VIH SIDA y otras E.T. sexual | 1. VIH/SIDA | EF4.1.1 | Proporción de incidencia por infección ó /VIH/SIDA | 27 |
| | | EF4.1.2 | Proporción de incidencia de infección por VIH y/o SIDA adquirido por transmisión vertical | 28 |
| | | EF4.1.3 | Proporción de prevalencia de VIH entre mujeres embarazadas de edad comprendida entre los 15-24 años | 29 |
| | | EF4.1.4 | Proporción de prevalencia de infección por VIH/SIDA | 30 |
| | | EF4.1.5 | Cobertura de la terapia antirretroviral en las personas con infecciones avanzadas de VIH (%) | 31 |
| | | EF4.1.6 | Tasa de letalidad por SIDA en pacientes infectados por VIH | 32 |
| | 2. Sífilis congénita | EF4.2.1 | Tasa de incidencia sífilis congénita | 33 |
| 5. Enfermedad crónica transmisible | 1. TBC | EF5.1.1 | Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron | 34 |
| | | EF5.1.2 | Tasa de incidencia por tuberculosis respiratoria | 35 |
| | | EF5.1.3 | Proporción de baciloscopias positivas para TBC pulmonar | 36 |
| 6. Enfermedades transmitidas por vectores | 1. Malaria | EF6.1.1 | Tasa de mortalidad asociada al paludismo | 37 |
| | | EF6.1.2 | Tasa de incidencia de malaria | 38 |
| 7. Salud mental | 1. Suicidios y lesiones autoinflingidas | EF7.1.1 | Tasa de mortalidad por suicidios en personas con enfermedad mental de base | 39 |
| 8. Enfermedades crónica no transmisibles cardiovasculares | 1. Enfermedad isquémica coronaria | EF8.1.1 | Tasa de mortalidad intrahospitalaria post angioplastia coronaria | 40 |
| | | EF8.1.2 | Tasa de mortalidad en cirugía de revascularización coronaria (bypass). | 41 |
| | | EF8.1.3 | Proporción de pacientes hospitalizados sometidos a puentes coronarios dentro de las 24 horas de la angioplastia transluminal coronaria percutánea (actp) | 42 |
| | | EF8.1.4 | Promedio de días de estancia hospitalaria por IAM | 43 |
| | | EF8.1.5 | Tasa de mortalidad 48 horas post IAM | 44 |
| | | EF8.1.6 | Tasa de reingresos post infarto | 45 |
| | | EF8.1.7 | Tiempo de realización de trombolisis en IAM | 46 |
| | | EF8.1.8 | Letalidad por infarto agudo del miocardio | 47 |
| | | EF8.1.9 | Tasa de mortalidad por infarto agudo del miocardio (IAM) | 48 |
| | | EF8.1.10 | Tasa de mortalidad de infarto agudo de miocardio (IAM) sin remisión oportuna | 49 |
| | 2. ACV | EF8.2.1 | Tasa de mortalidad 48 horas post ACV | 50 |
| | | EF8.2.2 | Proporción de pacientes con accidente cerebrovascular que le tomaron un escáner cerebral en las 24 horas del accidente cerebrovascular | 51 |
| | | EF8.2.3 | Tasa de letalidad por enfermedad cerebrovascular (ECV) | 52 |
| | 3. HTA | EF8.3.1 | Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada | 53 |
| | | EF8.3.2 | Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva | 54 |
| | 4. ICC | EF8.4.1 | Proporción de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva confirmado con ecocardiograma | 55 |

Continuación

| | | | | |
|---|-----------------------------------|----------|---|----|
| | | EF8.5.1 | Tasa de mortalidad en la reparación del aneurisma de la aorta abdominal | 56 |
| | | EF8.5.2 | Tasa de morbilidad por endarterectomía carotídea | 57 |
| | 5. Otros | EF8.5.3 | Proporción de pacientes con un evento que los hace elegibles para remitirlos a un programa de rehabilitación cardíaca, que no fueron remitidos a dicho programa | 58 |
| 9. Enfermedades crónicas no transmisibles - respiratorias | 1. EPOC | EF9.1.1 | Proporción de pacientes con EPOC que mueren dentro de 30 días de admisión por exacerbación aguda | 59 |
| | | EF9.1.2 | Tasa de abandono del hábito tabáquico en pacientes con EPOC | 60 |
| | | EF9.1.3 | Tasa de letalidad por EPOC | 61 |
| | | EF9.1.4 | Tasa de supervivencia a cinco años con EPOC | 62 |
| | 2. Neumonía | EF9.2.1 | Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de población de mayor riesgo | 63 |
| | | EF9.2.2 | Letalidad por neumonía adquirida en la comunidad | 64 |
| 10. Enfermedades crónicas no transmisibles - diabetes | 1. Diabetes | EF10.1.1 | Tasa de mortalidad por diabetes mellitus | 65 |
| | | EF10.1.2 | Tasa de letalidad por complicación de la diabetes mellitus | 66 |
| | | EF10.1.3 | Proporción de adultos mayores de 40 años con diagnóstico de DM que recibieron las atenciones recomendadas para manejo de diabetes durante el año | 67 |
| | | EF10.1.4 | Tasa de amputaciones de miembros inferiores en personas diabéticas | 68 |
| 11. Enfermedades crónicas no transmisibles - renales | 1. IRC - enfermedad renal | EF11.1.1 | Tasa de supervivencia a cinco años con falla renal (diálisis y trasplante) | 69 |
| | | EF11.1.2 | Tasa de incidencia de falla renal | 70 |
| | | EF11.1.3 | Proporción de pacientes adultos con diálisis adecuada (reducción nivel úrea menor del 65%). | 71 |
| | 2. IRC - trasplante | EF11.2.1 | Proporción de pacientes en diálisis con registro en lista para trasplante renal | 72 |
| | | EF11.2.2 | Supervivencia funcional del trasplante renal a 3 años | 73 |
| | | EF12.1.1 | Proporción de prevalencia de sobrepeso en población de 18-64 años | 74 |
| 12. Enfermedades crónicas no transmisibles - factores de riesgo | 1. Sobrepeso | EF12.1.1 | Proporción de prevalencia de sobrepeso en población de 18-64 años | 74 |
| | 2. Obesidad | EF12.2.1 | Proporción de prevalencia de obesidad (II) en población de 18-64 años por sexo | 75 |
| | | EF12.2.2 | Proporción de prevalencia de obesidad morbida (III) en población de 18-64 años por sexo | 76 |
| | 3. Medicion de factores de riesgo | EF12.3.1 | Tasa de detección de factores de riesgo ECNT | 77 |

Continúa

Continuación

| | | | | |
|--|---|---|---|-----|
| 13. Cáncer | 1. Cáncer gástrico | EF13.1.1 | Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje para cáncer gástrico | 78 |
| | | EF13.1.2 | Tasa de supervivencia a cinco años de cáncer gástrico | 79 |
| | | EF13.1.3 | Tasa de mortalidad por cáncer gástrico | 80 |
| | 2. Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón | EF13.2.1 | Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje para cáncer pulmonar | 81 |
| | | EF13.2.2 | Tasa de supervivencia a cinco años de cáncer pulmonar | 82 |
| | | EF13.2.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón | 83 |
| | 3. Cáncer colorectal | EF13.3.1 | Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje para cáncer colorectal | 84 |
| | | EF13.4.1 | Proporción de mujeres de 20 a 69 años que se han tomado citología cérvico uterina | 85 |
| | 4. Cáncer de útero | EF13.4.2 | Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino | 86 |
| | | EF13.4.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino | 87 |
| | | EF13.4.4 | Tasa de supervivencia a cinco años de cáncer de cuello uterino | 88 |
| | | EF13.4.5 | Letalidad a largo plazo de cáncer de cuello uterino | 89 |
| | 5. Cáncer de mama | EF13.5.1 | Proporción de mujeres a las que se les ha realizado examen clínico de seno | 90 |
| | | EF13.5.2 | Proporción de mujeres de 40 a 69 años a las que se les ha realizado al menos una mamografía de control anual | 91 |
| | | EF13.5.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de mama | 92 |
| EF13.5.4 | | Tasa de supervivencia a cinco años de cáncer de mama | 93 | |
| EF13.5.5 | | Tasa de letalidad por cáncer de seno | 94 | |
| 6. Cáncer de próstata | EF13.6.1 | Proporción de pacientes con pruebas de tamizaje para cáncer de próstata | 95 | |
| | EF13.6.2 | Tasa de supervivencia a cinco años de cáncer de próstata | 96 | |
| | EF13.6.3 | Tasa letalidad dentro de 30 días después de la prostatectomía radical | 97 | |
| | EF13.6.4 | Tasa de mortalidad por cáncer de próstata | 98 | |
| | EF13.6.5 | Tasa de letalidad por cáncer de próstata | 99 | |
| 7. Otros | EF13.7.1 | Proporción de visitas a los pacientes, independientemente de su edad, con diagnóstico de cáncer que actualmente reciben quimioterapia o radioterapia en el que se cuantifica la intensidad del dolor. | 100 | |
| 14. Salud oral | 1. Salud oral | EF14.1.1 | Índice de dientes cariados, obturados y perdidos en menores de 12 años (COP-D). | 101 |
| 15. Efectividad global de la atención | 1. Reingreso hospitalización | EF15.1.1 | Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados | 102 |
| | 2. Reingreso cirugía | EF15.2.1 | Proporción de reingresos tras cirugía programada | 103 |
| | 3. Mortalidad intrahospitalaria | EF15.3.1 | Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas | 104 |
| | 4. Mortalidad quirúrgica | EF15.4.1 | Tasa de mortalidad tras intervención quirúrgica | 105 |
| EF15.4.2 | | Proporción de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media | 106 | |
| EF15.4.3 | | Proporción de muertes en UCI | 107 | |
| 16. Otros | 1. Osteo - articular - muscular | EF16.1.1 | Letalidad por fractura de cadera en personas mayores de 65 años | 108 |
| | | EF16.1.2 | Proporción de pacientes diagnosticados con enfermedad degenerativa en articulación mayor por una técnica diagnóstica de rayos x | 109 |
| | 2. Neurológicas | EF16.2.1 | Tasa de mortalidad por craneotomía | 110 |

- 76 mediciones de calidad de los servicios de atención en salud en su dominio de seguridad de la atención del paciente: Ver Tabla 33.

Tabla 33. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia, 2009.

Dominio: Indicadores de seguridad en la atención del paciente (SG)

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | No. | |
|---------------------------------|--|----------------------|--|---|----|
| 1. Administración clínica | 1. Error identificación | SG1.1.1 | Número de casos de entrega equivocada de un neonato | 1 | |
| | | SG1.1.2 | Proporción de errores en la identificación de muestras de laboratorio. (Proporción de muestras identificadas correctamente). | 2 | |
| | | SG1.1.3 | Tasa de fallas en la identificación del paciente quirúrgico | 3 | |
| | | SG1.1.4 | Proporción de pacientes identificados correctamente | 4 | |
| | 2. Robo niños | SG1.2.1 | Número de casos de robo intrainstitucional de niños | 5 | |
| | | 3. Robo pertenencias | SG1.3.1 | Número de casos de pérdida de pertenencias de usuarios | 6 |
| | 2. Procesos / procedimientos clínicos | 1. Anestésicas | SG2.1.1 | Tasa de complicaciones anestésicas | 7 |
| | | | SG2.1.2 | Mortalidad relacionada con la anestesia | 8 |
| | | | SG2.1.3 | Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia | 9 |
| | | | SG2.1.4 | Tasa de toxicidad por anestésicos | 10 |
| SG2.1.5 | | | Proporción de pacientes con evaluación pre anestésica antes de procedimientos quirúrgicos electivos | 11 | |
| SG2.1.6 | | | Tasa de lesiones durante la aplicación de anestesia regional | 12 | |
| 2. Quirúrgicas | | SG2.2.1 | Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación | 13 | |
| | | SG2.2.2 | Embolismo pulmonar o trombosis venosa profunda posoperatoria | 14 | |
| | | SG2.2.3 | Tasa de hematoma o hemorragia posquirúrgica | 15 | |
| | | SG2.2.4 | Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación | 16 | |
| | | SG2.2.5 | Procedimientos quirúrgicos en paciente equivocado, en lugar equivocado, procedimiento erróneo e implante equivocado | 17 | |
| | | SG2.2.6 | Proporción de procedimientos quirúrgicos en los que se dejó un cuerpo extraño | 18 | |
| | | SG2.2.7 | Tasa de mortalidad en cirugías programadas | 19 | |
| | | SG2.2.8 | Tasa de complicaciones quirúrgicas | 20 | |
| | | 3. Obstetricas | SG2.3.1 | Maternas con convulsión intrahospitalaria | 21 |
| | | | SG2.3.2 | Asfixia perinatal (EHI del RN) | 22 |
| | | | SG2.3.3 | Distocia inadvertida | 23 |
| SG2.3.4 | Lesiones traumáticas del neonato durante el parto (tasa de trauma del recién nacido) | | 24 | | |
| SG2.3.5 | Tasa de trauma obstétrico (en parto por cesárea) | | 25 | | |
| SG2.3.6 | Tasa de trauma obstétrico (en parto vaginal) | | 26 | | |
| SG2.3.7 | Shock hipovolémico post - parto | | 27 | | |

Continúa

Continuación

| | | | | |
|---|--|--|---|---------|
| 2. Procesos / procedimientos clínicos | 4. Secuelas por reanimación | SG2.4.1 | Número de casos de secuelas post - reanimación | 28 |
| | | SG2.4.2 | Tasa de complicaciones relacionadas con la manipulación de la vía aérea | 29 |
| 3. Infección asociada a atención en salud | 1. Infección línea central | SG3.1.1 | Tasa de infección de torrente circulatorio asociada a línea central (incluye bacteremia, fungemia y septicemia) | 30 |
| | | SG3.1.2 | Proporción de pacientes pediátricos de la unidad de cuidados intensivos pediátrica con infección sanguínea asociada a la introducción de un catéter central | 31 |
| | | SG3.1.3 | Razón de utilización de catéteres centrales en las unidades de cuidado intensivo (UCI) de adultos | 32 |
| | 2. Infección neumonía | SG3.2.1 | Numero de casos de pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o uci neonatal | 33 |
| | | SG3.2.2 | Tasa de neumonía asociada a ventilador | 34 |
| | | SG3.2.3 | Proporción de días de ventilación mecánica con la cabecera del paciente elevada a 30 grados o más | 35 |
| | 3. Infección quirúrgica | SG3.3.1 | Proporción de incidencia de infección de sitio operatorio (ISO) | 36 |
| | | SG3.3.2 | Tasa de infección postquirúrgica | 37 |
| | 4. Infección sangre | SG3.4.1 | Proporción de sepsis | 38 |
| | | SG3.4.2 | Número de casos de sepsis posoperatoria | 39 |
| | 5. Infección vías urinarias | SG3.5.1 | Tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical | 40 |
| | 6. Infección utero | SG3.6.1 | Proporción de endometritis | 41 |
| | 7. Flebitis por venopunción | SG3.7.1 | Tasa de flebitis asociada a catéter periféricos | 42 |
| | 8. Ulceras de presión | SG3.8.1 | Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria | 43 |
| | | SG3.8.2 | Proporción de complicaciones de pacientes con úlceras de presión | 44 |
| 9. Infección global | SG3.9.1 | Índice global de IIH | 45 | |
| | SG3.9.2 | Tasa global de infección asociada al cuidado de la salud | 46 | |
| 4. Medicación / fluidos intravenosos | 1. Medicamentos | SG4.1.2 | Proporción de reacciones adversas a medicamentos | 47 |
| | | SG4.1.3 | Número de casos con error en la medicación | 48 |
| | | SG4.1.4 | Tasa de mortalidad producto de errores en la medicación | 49 |
| | | SG4.1.5 | Tasa de complicaciones por medicamentos hospitalarios | 50 |
| | | SG4.1.6 | Proporción de pacientes diagnosticados con dolor crónico a quienes se les prescribe un opiáceo con un monitoreo adecuado | 51 |
| | | 5. Sangre / productos sanguíneos | 1. Sangre | SG5.1.1 |
| | | SG5.1.2 | Proporción de errores transfusionales por aplicación de sangre equivocada | 53 |
| 6. Nutrición | 1. Dieta | SG6.1.1 | Número de incidentes reportados por entrega de alimentos con dieta equivocada al paciente | 54 |
| | | SG6.1.2 | Proporción de pacientes hospitalizados con desnutrición aguda | 55 |
| 7. Oxígeno / gas / vapor | 1. Gases medicinales | SG7.1.1 | Número de incidentes derivados de errores en el suministro de oxígeno y gases medicinales | 56 |
| 8. Artefactos médicos / equipamiento | 1. Equipos dispositivos suministros MD | SG8.1.1 | Número de casos de eventos adversos relacionado a equipos médicos | 57 |

Continúa

Continuación

| | | | | |
|--|--|----------|---|--|
| 9. Comportamiento | 1. Abuso sexual | SG9.1.1 | Número de casos de asaltos sexuales en la institución | 58 |
| | 2. Consumo spa intrahospital | SG9.2.1 | Número de casos de consumo intra - institucional de fármacos psicoactivos -SPA- | 59 |
| | 3. Fuga | SG9.3.1 | Número de casos de fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados | 60 |
| | 4. Suicidios intrahospital | SG9.4.1 | Número de casos de suicidio de pacientes internados | 61 |
| 10. Accidentes de los pacientes | 1. Caídas o fracturas | SG10.1.1 | Tasa de caídas hospitalarias por 1000 días paciente | 62 |
| | | SG10.1.2 | Gestión del riesgo de caídas en pacientes adultos mayores. | 63 |
| 11. Infraestructura / construcción / unidades | 1. Mantenimiento planta física | SG11.1.1 | Número de casos de incidentes reportados causados por mal mantenimiento de la planta física | 64 |
| 12. Recursos / gestión organizacional | 1. "Tiempos seguros" - mortalidad por tiempo de espera | SG12.1.1 | Número de casos de pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico | 65 |
| | 2. "Tiempos seguros" - mortalidad por tiempo de espera de autorización de procedimientos | SG12.2.1 | Número de casos de pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización por parte de la entidad aseguradora de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad | 66 |
| | 3. "Tiempos seguros" - complicaciones por tiempos de espera prolongados | SG12.3.1 | Complicaciones de los pacientes por fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles, a tiempos de espera prolongados | 67 |
| | 4. "Tiempos seguros" - tiempos de espera qx coronaria | SG12.4.1 | Oportunidad para realización de cirugía coronaria | 68 |
| | | | SG12.5.1 | Proporción de personal de enfermería que atienden a pacientes críticos que muestran síntomas de fatiga, depresión y ansiedad |
| | 5. "Tiempos seguros" en la prestación de servicios | SG12.5.2 | Número de eventos adversos asociados al cansancio en el personal de salud | 70 |
| | | SG12.5.3 | Proporción de profesionales asistenciales con más de 8 horas de trabajo continuo | 71 |
| 13. Seguridad global | 1. Vigilancia eventos adversos | SG13.1.1 | Proporción de vigilancia de eventos adversos | 72 |
| | | SG13.1.2 | Número de eventos adversos investigados | 73 |
| | | SG13.1.3 | Tasa de incidencia de eventos adversos | 74 |
| | | SG13.1.4 | Tasa de prevalencia de eventos adversos | 75 |
| | | SG13.1.5 | Tasa de mortalidad asociada a eventos adversos | 76 |

- 63 mediciones de calidad de los servicios de atención en salud en su dominio de experiencia de atención. Las mediciones de este conjunto incluyen valoraciones subjetivas, obtenidas a través de encuestas de percepción y análisis cualitativo. Ver Tabla 34.

Tabla 34. Conjunto nacional de indicadores de calidad de la atención en salud Colombia. 2009.

| Dominio: Indicadores de experiencia de atención del usuario (EXP) | | | | |
|---|---|--|---|-----|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | No. |
| 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta. | 1. Tiempos de espera consulta | EXP1.1.1 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general | 1 |
| | | EXP1.1.2 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada | 2 |
| | 2. Oportunidad cirugía programada | EXP1.2.1 | Proporción de cancelación de cirugía programada | 3 |
| | | EXP1.2.2 | Proporción de cirugía no programada | 4 |
| | 3. Tiempos de espera cirugía programada | EXP1.3.1 | Oportunidad en la realización de cirugía programada | 5 |
| | 4. Tiempos de espera imágenes | EXP1.4.1 | Oportunidad en la atención en servicios de imagenología | 6 |
| | | EXP1.4.2 | Oportunidad en la atención en servicios de tac | 7 |
| | 5. Tiempos de espera urgencias | EXP1.5.1 | Oportunidad en la atención en consulta de urgencias | 8 |
| | 6. Tiempos de espera odontología | EXP1.6.1 | Oportunidad en la atención en consulta de odontología general | 9 |
| | 7. Oportunidad autorización cirugía | EXP1.7.1 | Oportunidad en la autorización de cirugía programada por parte de la EAPB | 10 |
| | 8. Tiempos de espera medicamentos POS | EXP1.8.1 | Oportunidad de entrega de medicamentos pos, por parte de la EAPB | 11 |
| 9. Oportunidad referencia | EXP1.9.1 | Oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de ips por parte de la EAPB | 12 | |
| 10. No atención urgencias | EXP10.1.1 | Proporción de pacientes en urgencias, no atendidos, luego de triage | 13 | |
| 11. Oportunidad percibida | EXP11.1.1 | Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad | 14 | |
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio. | 1. Restricción al acceso por disponibilidad | EXP2.1.1 | Proporción de demanda satisfecha en la consulta de medicina general en la red de la EAPB | 15 |
| | | EXP2.1.2 | Proporción de demanda satisfecha en la consulta de medicina especializada en la red de la EAPB | 16 |
| | 2. Restricción libre elección | EXP2.2.1 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente la IPS para la atención | 17 |
| | | EXP2.2.2 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente el profesional para la atención | 18 |
| | 3. Restricción al acceso por trámite | EXP2.3.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso por trámite | 19 |
| | | EXP2.3.2 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción al uso de servicios por trámites de pago | 20 |

Continúa

Continuación

| | | | | |
|--|--|----------|---|----|
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio. | 4. Restricción al acceso por razón económica | EXP2.4.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción al uso de servicios por costo | 21 |
| | 5. Restricción al acceso por fallas en la afiliación | EXP2.5.1 | Proporción de usuarios a los que se les negó la atención por error en la afiliación | 22 |
| | 6. Restricción al acceso por causa injustificada | EXP2.6.1 | Proporción de usuarios que se perciben insatisfechos por restricciones injustificadas a la atención | 23 |
| | 7. Utilización de los servicios | EXP2.7.1 | Proporción de pacientes que utilizan los servicios con alta frecuencia, de forma injustificada | 24 |
| | | EXP2.7.2 | Tasa de incidencia de pacientes "consultadores crónicos". | 25 |
| 3. Equidad en la atención | 1. Discriminación | EXP3.1.1 | Proporción de usuarios que perciben algún tipo de trato discriminatorio en la atención frente a otros pacientes | 26 |
| | 2. Trato global | EXP3.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron un trato digno y respetuoso en la institución. | 27 |
| 4. Trato y respeto recibido | 1. Respeto descanso | EXP4.1.1 | Proporción de usuarios que percibieron que hubo respeto por el descanso durante la hospitalización. | 28 |
| | 2. Trato interpersonal | EXP4.2.1 | Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico | 29 |
| | | EXP4.3.1 | Proporción de usuarios que perciben respeto con su privacidad | 30 |
| | 3. Trato respeto privacidad | EXP4.3.2 | Proporción de usuarios que percibieron que tuvieron la privacidad apropiada durante la atención en urgencias | 31 |
| 5. Información y comunicación recibida | 1. Suficiencia información | EXP5.1.1 | Proporción de usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente | 32 |
| | 2. Información consulta externa | EXP5.2.1 | Proporción de usuarios que perciben haber recibido información completa por el medico tratante | 33 |
| | 3. Información hospitalización | EXP5.3.1 | Proporción de pacientes adultos que informaron si alguien habló con ellos acerca de la inclusión de la familia o amigos en su orientación o tratamiento | 34 |
| | 4. Información posthospitalización | EXP5.4.1 | Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada | 35 |
| | 5. Información remisión | EXP5.5.1 | Proporción de pacientes que perciben que la calidad de la información recibida sobre su remisión fue apropiada | 36 |
| 6. Actitud de servicio -"vocación" | 1. Vocación | EXP6.1.1 | Proporción de pacientes que percibieron en el personal un deseo sincero por servirle y ayudarlo | 37 |
| | | EXP6.1.2 | Proporción de usuarios que percibieron que se les escuchaba con dedicación por parte del personal de la institución | 38 |
| | | EXP6.1.3 | Proporción de usuarios que perciben que recibieron dedicación del tiempo suficiente durante la atención por parte del médico | 39 |
| 7. Los recursos tangibles del servicio | 1. Alimentación | EXP7.1.1 | Proporción de pacientes que percibieron estar satisfechos con la alimentación recibida mientras estuvo hospitalizado | 40 |
| | 2. Aseo | EXP7.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron aseo apropiado | 41 |
| | 3. Planta física | EXP7.3.1 | Proporción de pacientes que percibieron una planta física, espacios, muebles y dotación apropiada | 42 |

Continúa

Continuación

| | | | | |
|--|---------------------------------|-----------|---|----|
| 8. Participación en su propio cuidado | 1. Consentimiento informado | EXP8.1.1 | Proporción de pacientes hospitalizados transfundidos, que firmaron documento de consentimiento informado | 43 |
| | | EXP8.1.2 | 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 | 44 |
| | | EXP8.1.3 | Proporción de procedimientos asistenciales sin consentimiento informado | 45 |
| | 2. Participación | EXP8.2.1 | Proporción de pacientes que percibieron que fueron "tomados en cuenta" en las decisiones sobre el tratamiento a aplicar | 46 |
| | | EXP8.2.2 | Proporción de usuarios que perciben que fueron involucrados en la decisión de alta hospitalaria | 47 |
| | | EXP8.3.1 | Proporción de pacientes a los que se solicitó autorización para realización de procedimientos | 48 |
| 9. Disconformidad manifiesta | 1. Tutelas | EXP9.1.1 | Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S | 49 |
| | | EXP9.2.1 | Número de quejas por no prestación de servicios del POS o POS-S | 50 |
| | 2. Quejas | EXP9.2.2 | Proporción de pacientes que informaron la frecuencia con la que se ha manejado sus reclamaciones de manera rápida y correctamente | 51 |
| | | EXP9.2.3 | Proporción de quejas resueltas antes de 15 días | 52 |
| 10. Resarcimiento | 1. Resarcimiento | EXP10.1.1 | Proporción de usuarios que presentaron alguna reclamación o disconformidad y recibieron de parte de la entidad, algún tipo de compensación | 53 |
| 11. Evaluación global de la experiencia de atención | 1. Efectividad global | EXP11.1.1 | Proporción de usuarios que informaron que los médicos y/o las enfermeras siempre se lavan las manos antes de tocar los pacientes | 54 |
| | 2. Seguridad global | EXP11.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingresó a la entidad | 55 |
| | 3. Satisfacción global EPS | EXP11.3.1 | Tasa de satisfacción global captada por la EAPB | 56 |
| | 4. Satisfacción global IPS | EXP11.4.1 | Tasa de satisfacción global captada por la IPS | 57 |
| | 5. Calidad global | EXP11.5.1 | Proporción de usuarios que tuvieron la percepción de haber recibido servicios de excelente calidad | 58 |
| 12. Valoración final de la experiencia de atención | 1. Adherencia-fidelidad-lealtad | EXP12.1.1 | Tasa global de traslados desde la EAPB | 59 |
| | | EXP12.1.2 | Tasa de intención de desafiliación de la EAPB | 60 |
| | | EXP12.1.3 | Tasa de intención de cambio de la IPS asignada de primer contacto | 61 |
| | | EXP12.1.4 | Proporción de afiliados de la EAPB que manifiestan que estarían dispuestos a recomendarla | 62 |
| | | EXP12.1.5 | Proporción de usuarios de la IPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla | 63 |

El conjunto total de indicadores seleccionados (249) corresponde a medidas de fenómenos cuyas causas tienen relación directa con la calidad con la que se proveen los servicios de atención en salud en el país. Estas medidas tienen diferentes capacidades de valoración para proveer una explicación, así algunos miden resultados específicos en la atención de las personas, que dan cuenta de las actuaciones de las IPS o de los equipos de salud en asuntos puntuales (por ejemplo, atención de urgencias y trombólisis en pacientes con IAM); mientras otros muestran resultados que dan cuenta de las actuaciones de diversos responsables, cuyas acciones simultáneas afectan el fenómeno, esto ocurre –por ejemplo– con indicadores como la razón de mortalidad materna, que refleja la calidad de la atención que realizan las DTS, las EPS y las IPS en su conjunto, sin que por esto deje de ser una medición que dé cuenta de la calidad de la atención. En ambos casos, las mediciones están asociadas a las atenciones que precedieron las medidas, al tiempo que tienen el potencial de desatar acciones.

3.2 Etapa II. Definición de indicadores que conformarán INCAS Colombia 2009

Paso 4. Revisión de fuentes de información para INCAS Colombia 2009.

A partir de los 249 indicadores del listado total nacional identificado, se desarrolló una búsqueda de los datos que hacen parte de las definiciones operacionales y que se requieren para alimentarlos. De acuerdo con el perfil de cada dominio y subdominio se orientó la búsqueda de fuentes de datos. Todas éstas corresponden a fuentes secundarias. Los criterios para la selección (inclusión y exclusión) de estas fuentes y sus datos corresponden a la capacidad para: (i) tener el dato específico requerido por cada medición, (ii) que corresponda a dos periodos diferentes de medición como mínimo, y al menos uno en la última década (iii) que el dato tenga potencial de ser recolectado en el futuro –sostenibilidad en el tiempo–, (iv) que la fuente corresponda a estudios realizados sobre métodos aceptados de análisis estadístico que determinen su validez y confiabilidad, (v) que tenga representatividad nacional, (vi) que tengan desagregación territorial

Con base en este perfil de búsqueda, se encontraron datos para alimentar 87 indicadores. No se encontraron datos para medir 162 indicadores; por tanto, fue necesario descartar su inclusión en INCAS Colombia 2009. De los 87 indicadores a los que fue posible asociar alguno de los datos requeridos para su medición, y luego de iniciar el proceso de extracción específica y revisión de dichos datos, se encontró que 22 no cumplían plenamente con

los requisitos de selección descritos, quedando entonces 65 indicadores factibles de ser medidos. Ver Tabla 35.

Para el caso de las mediciones de indicadores de seguridad del paciente, no se encontraron datos en el país. Por ser una dimensión tan relevante en la medición de la calidad de la atención en salud, se consideró necesario incluirla a partir de la información disponible en el Distrito Capital que sin cumplir el criterio de representatividad nacional, al menos tiene la validez y confiabilidad suficientes para iniciar este segmento del análisis, ampliable en su cobertura en los futuros INCAS.

Un fenómeno similar ocurrió con las mediciones percibidas en la dimensión de experiencia de atención, en donde no se hallaron valoraciones de orden nacional que fueran suficientes y válidas, por lo que se accedió a una encuesta específica de percepción de calidad de atención en salud realizada con 48 IPS públicas. En este caso, dado que el país está iniciando el proceso de medición nacional de la percepción para usuarios de IPS y de EPS, se decidió también iniciar el desarrollo de este ítem, con los datos disponibles.

Para la recolección de datos se diseñó una matriz, con la que se identificó la fuente, el objeto, la población, el investigador, el método, la fecha y los resultados, que permitió seleccionar las fuentes válidas las fuentes que finalmente se utilizaron para los 65 indicadores habilitados para presentar sus resultados. Una síntesis de los indicadores resultantes para INCAS Colombia 2009, de acuerdo con este procedimiento de localización y validación de información, se muestra la Tabla 35:

De acuerdo con este procedimiento utilizado, los indicadores se pueden asociar con la siguiente clasificación, así:

- Grupo I. Indicadores presentes en Colombia con más de una fuente: 27
- Grupo II. Indicadores presentes en Colombia con una única fuente: 60
- Grupo III. Indicadores sin medición actual en Colombia, que se consideran importantes para lograr los objetivos de Calidad en Salud: 162

Adicionalmente, se hizo una revisión exhaustiva de literatura a nivel nacional, involucrando fuentes formales de bases de datos especializadas y “literatura gris”, que se utilizaron como fuente complementaria del análisis porque aportaban información adicional a los resultados de las mediciones buscadas.

Las fuentes de información identificadas se describen en la Tabla 36:

De igual forma, se realizó una búsqueda internacional de mediciones, en fuentes secundarias donde apareciera registrados datos de Colombia y que permitieran alimentar la

comparabilidad internacional. Aquí se encontraron varias fuentes, como se muestra en la Tabla 37.

Tabla 35. Resumen del conjunto de indicadores identificados para medir la calidad de la atención en salud en Colombia

| Dominios | Conjunto general de indicadores | Sin datos | Con datos | Indicadores incluidos INCAS 2009 | Indicadores no incluidos INCAS 2009 |
|-------------|---------------------------------|-----------|-----------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Efectividad | 110 | 60 | 50 | 30 | 20 |
| Seguridad | 76 | 67 | 9 | 7 | 2 |
| Experiencia | 63 | 35 | 28 | 28 | 0 |
| Total | 249 | 162 | 87 | 65 | 22 |

Tabla 36. Fuentes de información identificadas para INCAS Colombia 2009

| Entidad | Nombre de la fuente | Años |
|--|---|------------------------|
| DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística | Estadísticas vitales | 1986 al 2008 |
| | Encuestas de calidad de vida | 1987, 2003, 2008 |
| Profamilia | ENDS | 1990, 1995, 2000, 2005 |
| MPS - Colciencias - Cendex | ENS - Encuesta nacional de salud | 1990, 2007 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | ENSIN - Encuesta nacional de situación nutricional en Colombia | 2005 |
| INS - Instituto Nacional de Salud | SIVIGILA - Sistema de vigilancia en salud pública | 1994 al 2008 |
| INML - Instituto Nacional de Medicina Legal | Informe anual de suicidios en Colombia | 1998 al 2008 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | Programa nacional VIH/SIDA | 2002, 2006 a 2008 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | Programa nacional de tuberculosis | 1987 al 2008 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | PAI - Programa ampliado de inmunizaciones | 1999 al 2009 |
| INS - Instituto Nacional de Salud | Programa de control de calidad. TSH neonatal INS. | 2007 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | Programa nacional VIH/SIDA | 2006 al 2008 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social SNS - Superintendencia Nacional de Salud | Sistema de información para la calidad. Resolución MPS 1446/06. Indicadores del nivel de monitoria del sistema. Tablero de mando. Observatorio para la calidad. | 2006 al 2009 |
| SDSB - Secretaria Distrital de Salud de Bogotá | SIVIBAC | 2007 |
| MPS - Ministerio de la Protección Social - PRRMRPSS | Encuesta de percepción de calidad de la atención según usuarios de servicios de salud. "Pecasus" | 2006 y 2008 |
| Defensoría del Pueblo de Colombia. | Evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS | 2003 y 2005. |
| MPS - Ministerio de la Protección Social | Estudio nacional de salud mental | 2003 |
| Ministerio de la Protección Social- DGSP | Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolares de 12 a 17 años | 2004 |
| Ministerio de la Protección Social- DGSP | Estudio nacional sobre consumo de drogas en Colombia | 2008 |
| OPS – Ministerio de Consumo - España y MPS. | IBEAS Colombia | 2007 |

Tabla 37. Fuentes de información para los datos de comparación internacional de los indicadores de calidad de la atención en salud para Colombia

| Entidad | Nombre de la fuente/ documento | Enlace |
|--|---|---|
| Organización Mundial de la Salud | WHO Statistical Information System (WHOSIS) | http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm |
| Organización Mundial de la Salud | Child Health Research Project Special Report. Reducing Perinatal and Neonatal Mortality. Report of A Meeting. Baltimore. 1999. May 10-12; 3 (1):50. | www.reproline.jhu.edu/english/2mnh/perinatal.pdf |
| UNICEF | Downloadable statistical tables | http://www.unicef.org/sowc08/statistics/tables.php |
| Organización Mundial de la Salud | Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS). Definiciones de los indicadores 2008. | http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3bsn/en/ |
| Organización Mundial de la Salud | Indicadores de Salud Reproductiva de la OMS base de datos. | http://www.who.int/whosis/en/index.html |
| UNICEF | Monitoring the Situation of Children and Women. Statistics by Area Child Nutrition. | http://www.childinfo.org/breastfeeding_icyf.php |
| UNICEF | Información regional de UNICEF | http://www.unicef.org/lac/link_aa(1).pdf |
| Organización Mundial de la Salud | WHO Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System 2009 Global Summary. Immunization, Vaccines and Biologicals. | http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IVB_2009_eng.pdf |
| Organización Mundial de la Salud | World Health Survey. Geneva: World Health Organization; 2003. | http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html |
| Australian Institute of Health and Welfare. | Australia's Health 2008 | http://www.aihw.gov.au/publications/aus/ah08/ah08.pdf |
| Organización Mundial de la Salud | Global Tuberculosis Control 2009. Epidemiology, Strategy, Financing. | http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/en/index.html |
| Organización Mundial de la Salud | Estadísticas sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud, 2009. | http://www.who.int/whosis/whostat/2009/es/index.html |
| Organización Mundial de la Salud | Global Database on Body Mass Index (BMI). | http://apps.who.int/bmi/index.jsp |
| Cancer Society | Global Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society, 2007. | http://www.cancer.org/downloads/STT/Global_Cancer_Facts_and_Figures_2007_rev.pdf |
| Asociación Española Contra el Cáncer | Globocan 2002 (2005), Elaboración: FCAECC. | http://www.todocancer.com/NR/rdonlyres/644E25A4-CE02-41EC-9EAC-3B2184DC1CDD/0/Incidencia.pdf |
| AHRQ. Agencia for Health Research and Quality. | The CAHPS Benchmarking Database | https://www.cahps.ahrq.gov/CAHPSIDB/Public/RptBuilder.aspx |
| Annals of Internal Medicine | Rosenthal VD, Maki DG, et al. Device-Associated Nosocomial Infections in 55 Intensive Care Units of 8 Developing Countries. Annals of Internal Medicine 2006; 145(8). Pp. 582-592 | http://www.annals.org/content/145/8/582.full.pdf+html |

Continúa

Continuación

| Entidad | Nombre de la fuente/ documento | Enlace |
|---|---|---|
| J Clin Epidemiol | Pérez A, Dennis R, Rondón M, Metcalfed M, Rowane K. A Colombian Survey Found Intensive Care Mortality Ratios Were Better in Private vs. Public Hospitals. J Clin Epidemiol- 2006; (59): 94-101. | |
| Rev Colomb Obstet Ginecol | Casas-P, Rodolfo L; Rodriguez, Magda and Rivas, Jorge. Sífilis y embarazo: ¿Cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009, vol.60, n.1, pp. 49-56. ISSN 0034-7434. | http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000100007&lng=en&nrm=iso |
| Centers for Disease Control and Prevention | Basic Statistics | http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/basic.htm |
| Uniting the World Against AIDS | ONUSIDA | http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp |
| Organizacion Panamericana de la Salud | PAHO | http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/cancer.htm |
| Institute for Health Metrics and Evaluation | IHME Research | http://www.healthmetricsandevaluation.org/resources/datasets.html |

Paso 5. Selección de mediciones – indicadores para INCAS.

De acuerdo con la factibilidad técnica que depende de: (i) la disponibilidad de fuentes de información evaluada en el paso anterior; (ii) su confiabilidad y validez; y (iii) del contexto de los principios, objetivos y metas del SOGC, se definieron los siguientes conjuntos de indicadores incorporados en INCAS Colombia 2009, que cumplen con

los criterios de selección para los indicadores de calidad: que sean relevantes técnica y políticamente, que tengan comparabilidad internacional, que sean comprensibles, que sean pertinentes en relación con lo que se quiere medir y que sean técnicamente factibles.

- Indicadores de efectividad de la atención para INCAS Colombia 2009. Ver Tabla 38.

Tabla 38. Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009

| Dominio: Indicadores de efectividad de la atención en salud (EF) | | | | a |
|--|--|---------|---|----|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - Indicadores | |
| 1. Materno infantil | 1. Atención en el embarazo | EF1.1.1 | Cobertura de control prenatal | 1 |
| | | EF1.1.4 | Proporción de bajo peso al nacer | 2 |
| | 2. Atención parto | EF1.2.1 | Proporción de partos institucionales | 3 |
| | | EF1.2.2 | Proporción de nacimientos por cesarea | 4 |
| | 4. Atención recién nacido | EF1.4.3 | Proporción de recién nacidos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito | 5 |
| | 5. Atención lactancia | EF1.5.1 | Duración de la lactancia materna | 6 |
| | 6. Atención niños menores 5 años | EF1.6.1 | Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años | 7 |
| | | EF1.6.2 | Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años | 8 |
| | 7. Indicadores globales materno infantil | EF1.7.2 | Razón de mortalidad materna | 9 |
| | | EF1.7.3 | Tasa de mortalidad perinatal | 10 |
| | | EF1.7.4 | Tasa de mortalidad infantil | 11 |
| 2. Enfermedades inmunoprevenibles | 1. Atención aplicación biológicos | EF2.1.1 | Proporción de coberturas de vacunación adecuados en niños menores de un año (coberturas de vacunación: Polio, BCG, DPT, HB, HIB, triple viral). | 12 |
| | 2. Atención enfermedades inmunoprevenibles | EF2.2.1 | Proporción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles | 13 |
| 4. VIH SIDA y otras E.T. Sexual | 1. VIH/SIDA | EF4.1.2 | Proporción de incidencia de infección por VIH y/o SIDA adquirido por transmisión vertical | 14 |
| | | EF4.1.4 | Proporción de prevalencia de infección por VIH/SIDA | 15 |
| | 2. Sífilis congénita | EF4.2.1 | Tasa de incidencia sífilis congénita | 16 |
| 5. Enfermedad crónica transmisible | 1. TBC | EF5.1.1 | Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron | 17 |
| | | EF5.1.2 | Tasa de incidencia por tuberculosis respiratoria | 18 |
| | | EF5.1.3 | Proporción de baciloscopias positivas para TBC pulmonar | 19 |
| 8. Enfermedades crónica no transmisibles cardiovasculares | 3. HTA | EF8.3.1 | Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada | 20 |
| | | EF8.3.2 | Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva | 21 |

Continuación

| | | | | |
|--|---|----------|---|----|
| 10. Enfermedades crónica no transmisibles - diabetes | 1. Diabetes | EF10.1.1 | Tasa de mortalidad por diabetes mellitus | 22 |
| 12. Enfermedades crónica no transmisibles - factores de riesgo | 1. Sobrepeso | EF12.1.1 | Proporción de prevalencia de sobrepeso en población de 18-64 años | 23 |
| 13. Cáncer | 1. Cáncer gástrico | EF13.1.3 | Tasa de mortalidad por cáncer gástrico | 24 |
| | 2. Cáncer de tráquea, bronquios, pulmón | EF13.2.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón | 25 |
| | 4. Cáncer de útero | EF13.4.2 | Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino | 26 |
| | | EF13.4.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino | 27 |
| | 5. Cáncer de mama | EF13.5.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de mama | 28 |
| 15. Efectividad global de la atención | 1. Reingreso hospitalización | EF15.1.1 | Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados | 29 |
| | 3. Mortalidad intrahospitalaria | EF15.3.1 | Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas | 30 |

- Indicadores de seguridad de la atención del paciente para INCAS Colombia 2009. Ver Tabla 39.

Tabla 39. Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009

| Dominio: Indicadores de seguridad en la atención del paciente (SG) | | | | | a |
|--|--------------------------------|----------|---|---|---|
| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | | |
| 3. Infección asociada a atención en salud | 1. Infección línea central | SG3.1.1 | Tasa de infección de torrente circulatorio asociada a línea central (incluye bacteremia, fungemia y septicemia) | 1 | |
| | 2. Infección neumonía | SG3.2.2 | Tasa de neumonía asociada a ventilador | 2 | |
| | 3. Infección quirúrgica | SG3.3.1 | Proporción de incidencia de infección de sitio operatorio (ISO) | 3 | |
| | 5. Infección vías urinarias | SG3.5.1 | Tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical | 4 | |
| | 6. Infección útero | SG3.6.1 | Proporción de endometritis | 5 | |
| | 9. Infección global | SG3.9.1 | Índice global de IIH | 6 | |
| 13. Seguridad global | 1. Vigilancia eventos adversos | SG13.1.1 | Proporción de vigilancia de eventos adversos | 7 | |

- Indicadores de experiencia de la calidad en salud para INCAS Colombia 2009. Ver Tabla 40.

| Tabla 40. Indicadores de calidad de la atención en salud INCAS Colombia 2009. | | | | |
|---|--|-----------|--|----|
| Dominio: Indicadores de experiencia de atención del usuario (EXP) | | | | a |
| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | |
| 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta | 1. Tiempos de espera consulta | Exp1.1.1 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general | 1 |
| | | Exp1.1.2 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada | 2 |
| | 2. Oportunidad cirugía programada | Exp1.2.1 | Proporción de cancelación de cirugía programada | 3 |
| | 3. Tiempos de espera cirugía programada | Exp1.3.1 | Oportunidad en la realización de cirugía programada | 4 |
| | 4. Tiempos de espera imágenes | Exp1.4.1 | Oportunidad en la atención en servicios de imagenología | 5 |
| | 5. Tiempos de espera urgencias | Exp1.5.1 | Oportunidad en la atención en consulta de urgencias | 6 |
| | 6. Tiempos de espera odontología | Exp1.6.1 | Oportunidad en la atención en consulta de odontología general | 7 |
| | 8. Tiempos de espera medicamentos POS | Exp1.8.2 | Oportunidad de entrega de medicamentos pos, por parte de la EAPB | 8 |
| | 9. Oportunidad referencia | Exp1.9.1 | Oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS por parte de la EAPB | 9 |
| | 11. Oportunidad percibida | Exp1.11.1 | Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad | 10 |
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio | 2. Restricción libre elección | Exp2.2.1 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente la IPS para la atención | 11 |
| | | Exp2.2.2 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente el profesional para la atención | 12 |
| | 3. Restricción al acceso por trámite | Exp2.3.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso por trámite | 13 |
| | 4. Restricción al acceso por razón económica | Exp2.4.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción al uso de servicios por costo | 14 |
| 4. Trato y respeto recibido | 2. Trato interpersonal | Exp4.2.1 | Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico | 15 |

Continuación

| | | | | |
|---|--|---------------------------------|---|--|
| 5. Información y comunicación recibida | 1. Suficiencia información | Exp5.1.1 | Proporción de usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente | 16 |
| | 4. Info posthospitalización | Exp5.4.1 | Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada | 17 |
| 7. Los recursos tangibles del servicio | 2. Aseo | Exp7.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron aseo apropiado | 18 |
| | 3. Planta física | Exp7.3.1 | Proporción de pacientes que percibieron una planta física, espacios, muebles y dotación apropiada | 19 |
| 8. Participación en su propio cuidado | 3. Autorización del paciente | Exp8.3.1 | Proporción de pacientes a los que se solicitó autorización para realización de procedimientos | 20 |
| 9. Disconformidad manifiesta | 1. Tutelas | Exp9.1.1 | Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S | 21 |
| | 2. Quejas | Exp9.2.3 | Proporción de quejas resueltas antes de 15 días | 22 |
| 11. Evaluación global de la experiencia de atención | 2. Seguridad global | Exp11.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingreso a la entidad | 23 |
| | 3. Satisfacción global EPS | Exp11.3.1 | Tasa de satisfacción global captada por la EAPB | 24 |
| | 4. Satisfacción global IPS | Exp11.4.1 | Tasa de satisfacción global captada por la IPS | 25 |
| | 5. Calidad global | Exp11.5.1 | Proporción de usuarios que tuvieron la percepción de haber recibido servicios de excelente calidad | 26 |
| | 12. Valoración final de la experiencia de atención | 1. Adherencia-fidelidad-lealtad | Exp12.1.1 | Tasa global de traslados desde la EAPB |
| Exp12.1.5 | | | Proporción de usuarios de la IPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla | 28 |

Continúa

Todas las mediciones incorporadas en INCAS Colombia 2009 corresponden a mediciones objetivas resultantes de bases de datos, encuestas y estudios diseñados específicamente para obtener los datos. En su mayoría son mediciones cuantitativas, excepto las de experiencia de atención, en donde 12 indicadores corresponden a la valoración cualitativa de las percepciones de las personas sobre los servicios. Las mediciones de la calidad de la atención en salud en Colombia, que se realizarán en años posteriores, permitirán ajustar y ampliar este conjunto de indicadores, de acuerdo con la capacidad del SGSSS y del sistema de información para la calidad del MPS, de generar la información requerida.

Paso 6. Revisión de indicadores seleccionados para el INCAS

Tanto el conjunto general de indicadores de calidad de la atención en salud para Colombia, definido en el conjunto general (Paso 3) seleccionado con base en indicadores ya reconocidos en el mundo y el país para medición de la calidad en salud, así como el subconjunto específico de indicadores que se abordan en el primer informe nacional de calidad de la atención en salud (Paso 5), se sometieron a validación por expertos, involucrando tanto el grupo interno de revisión (calidad, epidemiología, salud pública y estadística), como el grupo de expertos de la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social. Luego de revisión y discusión, se determinó como concertación final el conjunto de 249 indicadores del mapa nacional y 65 para ser incluidos en INCAS Colombia 2009. En relación con la revisión de los datos de las fuentes de información, se presentan las siguientes observaciones y conclusiones:

- (i) El conjunto de indicadores presentados en la dimensión de experiencia de atención (28), tiene una participación importante de mediciones de percepción de la calidad en salud (12). Estas mediciones de percepción se desarrollan en el mundo utilizando encuestas directas a usuarios de los servicios, por medio de entrevistas personales, telefónicas, por internet o requeridas por correo, que captan el resultado de la vivencia de atención de las personas. En Colombia, existen dos estudios³ relacionados con la intención de conocer la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de la atención. Uno de servicios de salud, que presenta estudios de caso no generalizables, que corresponde al análisis de usuarios de 48 IPS públicas de diversas regiones del país y cuyo

3. Existe también un estudio (10 encuestas) de percepción de las IPS sobre las EPS, de las ACHC, que no se incorpora a este análisis porque no corresponde al perfil de los usuarios.

Se identificaron **249 indicadores**, para **medir la calidad de la atención en salud**, en sus tres dominios. De éstos, se logró **coleccionar información válida** para **65 indicadores** que se **incluyen en el primer informe INCAS Colombia 2009**.

alcance corresponde al de su propio grupo de estudio (MPS, 2006 y 2008). El otro estudio relacionado con la percepción de la calidad del servicio que brindan las EPS, corresponde a dos análisis de la Defensoría del Pueblo en 2003 y 2005. Aquí, la interpretación de resultados tiene un alcance restringido, aunque permite introducir la necesidad de realizar en Colombia estas mediciones y, en especial, la implementación futura de las Encuestas Nacionales de Percepción de calidad en salud de IPS y EPS.

- (ii) Las 28 mediciones de experiencia de atención se tomaron en su mayoría de información proveniente de los datos enviados a la Superintendencia Nacional de Salud -SNS- por las IPS y EPS en cumplimiento de la Resolución 1446 de 2006 del MPS por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Éstas corresponden a mediciones remitidas entre los años 2006 y 2009 de manera semestral a la Superintendencia y analizadas en los boletines del Observatorio para la calidad del MPS. Se debe anotar que el número de entidades (IPS y EAPB) que han venido realizando los reportes de información ha sido creciente a través del periodo, de tal suerte que corresponden a muestras importantes dentro de estos universos de estudio.
- (iii) El conjunto de indicadores de seguridad del paciente corresponde a 7 mediciones, de las cuales 6 son generadas en la Secretaría de Salud de Bogotá y que se incluyeron a pesar de que no corresponden al criterio de representatividad nacional, teniendo sólo un alcance de estudio de caso y no de reflejo de la situación de país. La decisión de presentarlas es también la de introducir las mediciones de seguridad del paciente como un dominio fundamental de la calidad de la atención en salud y sobre los que se debe ser persistente en el país.

- (iv) El conjunto de indicadores de efectividad de la atención corresponde a diferentes conjuntos de mediciones con múltiples fuentes. Dos de ellas, son empleadas para medir la situación de salud pública de los países e incluso para valorar sus niveles y metas de desarrollo (Objetivos de Desarrollo del Milenio). Esto ocurre de manera específica con dos medidas que se utilizan en INCAS Colombia 2009: Razón de mortalidad materna y mortalidad infantil, cuya inclusión corresponde a su asociación directa con la calidad de la atención en salud. Las cinco principales causas de mortalidad materna en Colombia están todas relacionadas con la calidad con la que se prestan los servicios de atención en salud. Estas causas son, en su orden: (1) Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, (2) hemorragia postparto, (3) hipertensión inducida por el embarazo con proteinuria significativa, (4) eclampsia y (5) sepsis puerperal (DANE, 2007). De igual forma sucede con las causas de mortalidad infantil (DANE, 2007)⁴, en especial con afecciones respiratorias específicas del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y otras afecciones del periodo perinatal.
- Dentro de estos conjuntos de mediciones de efectividad, también debe mencionarse, como aspecto que requiere una anotación, los indicadores relacionados con enfermedades transmitidas por vectores, en este caso la escogencia que se hizo de la atención en malaria, valorando la incidencia de la enfermedad, en donde la asociación con la calidad de la atención en salud está relacionada con la calidad de los servicios colectivos de atención en salud y en donde el responsable principal no es la IPS (atenciones individuales), sino la dirección territorial de salud, lo que es igualmente válido de acuerdo con el marco conceptual. Igual sucede con la inclusión de TBC, y la medición de su tasa de incidencia y la proporción de baciloscopias.

Paso 7. Estandarización de las mediciones

Notas técnicas

Luego de identificar y validar los indicadores seleccionados para incluir en INCAS Colombia 2009, se procedió a definir el instrumento para estandarizar la información de cada uno de los indicadores, al que se denominó nota técnica.

4. Las principales causas de mortalidad en niños y niñas menores de 1 año son: afecciones respiratorias específicas del período perinatal (396 y 306 por 100.000, respectivamente); malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas (246 y 230); otras afecciones del período perinatal (116 y 90), e infecciones respiratorias agudas (101 y 84).

La **evolución futura del registro de las mediciones**, deberá incluir las **desigualdades potenciales del sistema: diferencias de atención entre territorios, por capacidad económica, por discriminación étnica, de género**, entre otras.

Los contenidos de la nota técnica básica de cada indicador, se agruparon en un formato, que se pueden ver en la Tabla 41.

3.3 Etapa III. Elaboración del INCAS Colombia 2009

Paso 8. Colección de datos.

Se identificaron las fuentes posibles de información para alimentar los indicadores, localizadas tanto en bases de datos formales y ubicadas con un ejercicio de revisión de literatura, así como con búsqueda de “literatura gris”. Se hizo la revisión de las fuentes de datos secundarias encontradas, verificando el tipo de estudio y las pruebas de validez y confiabilidad de los datos que se utilizaron, para definir finalmente las fuentes a utilizar.

Para cada indicador luego de identificadas y validadas las fuentes, se procedió a hacer la colección de datos correspondiente a cada indicador y organizar la presentación de resultados de las mediciones y de los datos existentes.

La periodicidad de los datos coleccionados difiere en cada indicador, dependiendo de la disponibilidad de los mismos, sin embargo se determinó como fecha de corte para la captura de datos el año 1988, incluso para la comparación internacional. Esta no homogeneidad de tiempo en los datos utilizados, está condicionada entonces por la disponibilidad y naturaleza de la información para cada indicador.

Paso 9. Análisis de datos

Se evaluaron los datos obtenidos en dos niveles de análisis: un primer nivel, basado en la comparabilidad nacional de los datos, mirando el comportamiento de la serie en el tiempo para valorar su tendencia -se introduce la valoración de su comportamiento en el nivel territorial en algunos indicadores- y un segundo nivel, basado en la comparabilidad internacional de los resultados, ubicando la información obtenida del año más reciente reportado para países de la OCDE, de América latina y países en desarrollo.

Tabla 41. Nota técnica básica de cada indicador

| | |
|---------------------------|---|
| 1. Aspectos generales | |
| 1.1 | Nombre |
| 1.2 | Código |
| 1.3 | Justificación |
| 1.4 | Dominio |
| 1.5 | Clasificación del indicador |
| 2. Definición operacional | |
| 2.1 | Numerador |
| 2.2 | Denominador |
| 2.3 | Unidad de medición |
| 2.4 | Factor |
| 2.5 | Fórmula de cálculo |
| 3. Variables | |
| 3.1 | Fuente de obtención del dato |
| 3.2 | Entidad responsable de la recolección de la información |
| 3.3 | Entidad responsable de generar el indicador |
| 3.4 | Fuente primaria donde se encuentra la información |
| 3.5 | Periodicidad |
| 3.6 | Vigilancia y control |
| 3.7 | Desagregación |
| 4. Análisis | |
| 4.1 | Ajuste por riesgo |
| | Co-morbilidad |
| | Severidad |
| | Edad |
| | Sexo |
| | Otro |
| 4.2 | Consideraciones para el análisis |
| 4.3 | Umbral de desempeño |
| 4.4 | Interpretación del umbral de desempeño |
| 5. Comparabilidad | |
| 5.1 | Resultados nacionales |
| 5.2 | Comparabilidad internacional |
| 6 | Bibliografía |
| | |
| | Bibliografía general sobre el indicador |

Esta nota técnica, fue diligenciada para cada uno de los 65 indicadores presentados en INCAS Colombia 2009 y se pueden ver en la página web del MPS-SOGC-INCAS

Paso 10. Elaboración del informe

Una vez recolectados y analizados los datos se integra un informe 'in extenso' que desarrolla cada uno de los contenidos relevantes del indicador, donde se adicionan diversas fuentes de información bibliográfica, dentro de los siguientes ítems: importancia de la medición, justificación, descripción, resultados nacionales, comparación internacional, interpretación.

Paso 11. Divulgación del informe

Se preparó una estrategia de comunicación que involucra la publicación y distribución del INCAS y su inclusión dentro de la página web del Ministerio, en enlace con el Observatorio de la calidad en salud. Hacen parte de la divulgación, tanto el marco conceptual, como la revisión internacional, la metodología, los resultados, los apéndices de notas técnicas y tablas de origen de datos, junto con los links y documentación importante recolectados. Se elaboró una síntesis del informe, para alimentar la publicación de INCAS.

3.4 Mecanismos para consolidación y desarrollo del INCAS

La metodología para el desarrollo del Informe nacional de la atención en salud para Colombia involucra algunos aspectos que se proponen como parte del futuro del proyecto. Corresponden a diversas acciones que pueden aprenderse de experiencias de desarrollo de informes similares en otros países, en el contexto del SOGC en Colombia:

- Los resultados sobre valoración de la calidad, en el informe, se hace más valioso para el país en la medida en la que sea posible hacer un seguimiento permanente en el tiempo. Cada nuevo informe, debe acumular los nuevos datos sobre la información ya existente y prolongar y mantener la observación sobre las variaciones, para poder determinar la magnitud y las tendencias de cada indicador en el tiempo.
- Los indicadores del resultado de la calidad, desde las percepciones de los pacientes, son indicadores vitales para la valoración y seguimiento de la evolución de la calidad de la atención en el país. Se debe continuar el proyecto de hacer mediciones periódicas con alcance nacional de la percepción de calidad por parte de los usuarios en Colombia. Es necesario, integrar un grupo de trabajo específico, con diversos actores del sistema, incluyendo de manera particular representantes de las asociaciones de usuarios, el análisis de los indicadores de percepción a incluir en las encuestas, de tal forma

Cada nuevo INCAS, debe acumular los nuevos datos sobre la información ya existente y mantener y ampliar la observación sobre las variaciones, para poder determinar la magnitud y las tendencias de cada indicador en el tiempo.

que se haga una revisión periódica de la formulación de preguntas, método de captura de datos e interpretación de resultados.

- El desarrollo de las mediciones de efectividad, en relación con cada grupo de problemas clínicos que hacen parte del perfil de salud, debe continuarse hacia el futuro involucrando las asociaciones científicas médicas colombianas, con el propósito de legitimarlas en los espacios de práctica institucional en el país e involucrarlos en la producción de nuevos indicadores específicos. Deberán involucrarse también las demás profesiones de la salud asociadas a la atención específica de las patologías. El desarrollo de cada indicador de efectividad significa que sea posible asociar a cada medición la información basada en la evidencia disponible al momento del análisis, que permita mantener la vigencia de cada medición. El desarrollo del nivel científico de cada indicador, dependerá de cada grupo clínico especializado.
- Para el caso de Colombia, el desarrollo de las futuras guías de práctica clínica, deberán estar en sintonía con los indicadores de calidad de la atención, de tal manera que correspondan unos con otros; así, los indicadores que den cuenta de la calidad de la atención en dichas guías deberán ser incorporados en el conjunto nacional de indicadores de calidad y en INCAS.
- Las medidas de efectividad disponibles para Colombia e incluidas en INCAS son aun genéricas. Se requiere avanzar en un esfuerzo para la recolección de datos de medidas específicas, relacionadas con el manejo de los diversos problemas clínicos, como ocurre, por ejemplo con la calidad de la atención en tamizaje de cáncer, el tratamiento del infarto agudo del miocardio en las primeras horas,

los resultados de cirugías de reemplazos articulares, entre muchos otros.

- De igual forma, se requiere un ejercicio similar, de desarrollo constante de revisión y actualización de indicadores de seguridad del paciente.
- Para garantizar la sostenibilidad de estos procesos es necesario que la dirección de este proyecto sea asignada a un ente responsable. En Colombia, se reconoce como ente legítimo al MPS en su Dirección general de calidad y en particular en la coordinación de calidad, en donde podría acoplarse a la estrategia del Observatorio de la calidad, dentro de la sala temática de indicadores, creando la mesa de INCAS.
- La mesa de INCAS tendría tantos comités como áreas clínicas en el dominio de efectividad, además del comité de seguridad y del comité de experiencia de atención. Cada comité deberá tener un responsable temático, un responsable de revisión sistemática de literatura y un responsable de llevar las actas y publicarlas.
- El conjunto nacional de indicadores de calidad para Colombia estará disponible en la web, asociado al Observatorio, para dar difusión permanente y aprovechar los mecanismos de interacción para promover el desarrollo de los comités.
- La evolución del registro de las mediciones, deberá incluir datos adicionales de cada indicador, relacionados con las desigualdades potenciales del sistema, como ocurre con las diferencias de atención no sólo por diferencias entre territorios, sino diferencias por capacidad económica, por discriminación étnica, de género u otra.

Lista de referencias

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. (2007). *Indicadores clave del sistema nacional de salud* (INCLASNS). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Agency for Health Care Research and Quality. (2000). *National survey on Americans as health care consumers: An update on the role of quality information*. Washington, D.C.: AHRQ-The Kaiser Family Foundation.
- Arah, O.A., Klazinga, N.S., Delnoij, D.M.J., Ten Asbroek, A.H.A., & Custers, T. (2003) Conceptual frameworks for health systems performance. A quest for effectiveness quality and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(5), 377-398.
- Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J. & Klazinga, N.S. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, (Supplement 1), 5-13.
- Ardila, A. (2006). Caracterización de la calidad percibida de la prestación de servicios de salud según los usuarios de Unisalud, Bogotá. Tesis de Maestría en Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Blum, H.L. (1981). *Planning for health*. Development and application of social change theory (2nd Ed.). Nueva York: Human Sciences Press.
- Blumenthal, D. (1996). Quality of care - what is it? (Part one of six). *The New England Journal of Medicine*, 335(12), 891-894.
- Brady, M.K. & Cronin, J. (2001). Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: A hierarchical approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49.
- Brown, R.B. & Bell, L. (2005). Patient-centred quality improvement audit. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18 (2/3), 92-102.
- Canadian Institute for Health Information. (2009). *Health indicators 2009*, Ottawa, Ont.: CIHI.
- Carman, J.M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*. 66(1), 33-55.

- Centre for Reviews and Dissemination. (2008). *Systematic reviews. CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. York, England: York Publishing Services.
- CMS. (2010). *Hospital Survey (HCAHPS). Quality Assurance Guidelines V5.0*. Baltimore, MD.: Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Committee on Quality Health Care in America. (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC.: National Academy Press-Institute of Medicine.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1992). Measuring service quality: A re-examination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cronin, J. & Taylor, S. (1994). SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, J., Hart, J, Kimber, A., Storey, L. & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-244.
- DANE. (2007). *Estadísticas vitales. Causas de mortalidad materna*. Bogotá.
- The Danish National Health Service. (2008). *The National Indicator Project (PIN)*. Copenhagen, Denmark.: National Board of Health.
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud*. Bogotá, Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.
- Dever, A.G. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2 (4), 453-466.
- De Zubiría, M. (1999). *Pedagogías del siglo XXI: Mentefactos I, el arte de pensar para enseñar y de enseñar para pensar*. Bogotá, Colombia: Fundación Alberto Merani.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.
- Donabedian, A. (1976). Issues in national health insurance. *American Journal of Public Health*, 66, 345-350.
- Donabedian, A. (1978, May 26). The quality of medical care. *Science*, 200(4344), 856-64.
- Donabedian, A. (1979). The quality of medical care: A concept in search of a definition. *Journal of Family Practice*, 9(2), 277-84.
- Donabedian, A. (1980). *Definition of quality and approaches to its assessment*. Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1. J.R. Griffith (Ed.). Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-8.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillar of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114, 1115-1118.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. R. Bashshur, (Ed.). Oxford, England: Oxford University Press.
- Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Chomik, T. & Larsen, C. (1996). *Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy* (Report submitted to the Health Promotion Development Division of Health Canada). Vancouver, Canada: Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia.

- Health Services Research Group. (1992). Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? *Canadian Medical Association Journal*, 146(12), 2153-2158.
- Hurtado, M.P., Swift, E.K., & Corrigan, J.M. (2001). *Envisioning the national health care report*. Washington, D.C.: National Academy Press-Institute of Medicine.
- Infante, A., Mata, I. & López-Acuña, A. (2000) Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), 13–20.
- Kelley, E. & Hurst, J. (2006). *Health care quality indicators project. Conceptual framework* (OECD Health working papers No. 23). Paris, France: OECD.
- Kerguelén, C. (2003). *Calidad en salud: ¿Qué es?* Bogotá, Colombia: Centro de Gestión Hospitalaria.
- Laframboise, H.L. (1973). Health policy. Breaking it down into more manageable segments. *The Canadian Medical Association Journal*, 108 (3), 388-391.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Government of Canada.
- Ley 100 de 1993. Artículo 2.
- Ley 100 de 1993. Artículo 152.
- Lohr, K.N. (Ed.). (1990). *Medicare: A strategy for quality assurance* (Vols. 1-2). Washington, D.C.: National Academy Press-Institute of Medicine.
- Londoño, J.L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina* (Documento de Trabajo 353). Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Losada, M. & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Brook, R.H. & Leatherman, S. (2000). *Dying to know: Public release of information about quality of care*. Santa Monica, CA.: RAND.
- Mattke, S., Epstein, A.M. & Leatherman, S. (2006). The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and background. *International Journal for Quality in Health Care*, 18, (Supplement 1), 1-4.
- Mattke, S., Kelley, E., Scherer, P., Hurst, J., & Gil, M.L. (2006). *The health care quality indicators project. Initial indicators report* (Health working papers No. 22). Paris, France: OECD.
- Maxwell, R.J. (1984). Quality assessment in health. *British Medical Journal*, 288, 1470-1472.
- McDougall, G.H. & Levesque, T.J. (1994). A revised view of service quality dimensions: An empirical investigation. *Journal of Professional Service Marketing*, 11(1), 189-209.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Línea base de la calidad percibida por usuarios de IPS. Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de servicios. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006. Art. 3.
- Ministerio de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo. (2000). *Programa de apoyo a la reforma de Salud*. Crédito BID 910/OC-CO. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud-Centro de Gestión Hospitalaria.
- Mira, J.J., Lorenzo, S., Rodríguez-Marín, J. & Bull, J.A. (1999) Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papeles del Psicólogo*, 74, 1-7.

- The National Board of Health and Welfare. (2006). *National quality indicators in health care*. Stockholm, Sweden: Ministry of Health and Social Affairs.
- National Health Performance Committee. (2004). *National report on health sector performance indicators 2003* (Cat. no. HWI 78). Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare.
- National Health Service. (2008). *High quality care for all. NHS next stage review final report*. London, England: Department of Health.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Documentos básicos* (43a. Ed.). Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000) *Health Canada. Salud de la población: conceptos y estrategias para políticas públicas saludables. La perspectiva canadiense*. (Traducido por OPS). Washington, D.C.: OPS. (Trabajo original publicado por la agencia Health Canada, 1999).
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas: 2007* (Vols. 1-2. Publicación científica y técnica No. 622). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Palmer, H.R. (1983). *Ambulatory health care evaluation: Principles and practice*. Chicago, IL.: American Hospital Publishing.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L.L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications. *Journal of Marketing*, 58(1), 111-124.
- Quintana, J. M., González, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., et al. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-110.
- The Quality Improvement Committee. (2008). *The quality improvement committee* (First report to the minister of health: February 2007 to June 2008). Wellington, New Zealand: The Quality Improvement Committee.
- Rahmqvist, M. & Bara, A.C. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 86-92.
- Reerink, E. (1990). Defining quality of care: mission impossible? *Quality Assurance in Health Care*, 2(3-4), 197-202.
- Reeves, R., & Seccombe, I. (2008). Do patient surveys work? The influence of a national survey programme on local quality-improvement initiatives. *Quality & Safety in Health Care*, 17(6), 437-441.
- Restrepo, M. (1997). *La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada*. Santiago, Chile: CEPAL-ONU.
- Rodríguez, M.A., Vargas, A., & Ang, A. (2009). Perceived quality of care, receipt of preventive care, and usual source of health care among undocumented and other latinos. *Journal of General Internal Medicine*, 24(Suppl. 3), 508-513.
- Sofaer, S. & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*, 26, 513-59.
- Tung, Y. C., & Chang, G. M. (2009). Patient satisfaction with and recommendation of a primary care provider: associations of perceived quality and patient education. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), 206-213.

- Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J.F. & Jara, M.I. (2005). Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8), 116-148.
- World Health Organization. (2009). *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* (Version 1.1). Geneva, Switzerland: WHO- World Alliance for Patient Safety.
- Xiao, H. & Barber, J.P. (2008). The effect of perceived health status on patient satisfaction. *Value in Health*, 11(4), 719-725.



*¿Y cuál es el secreto de la calidad?, os preguntaréis.
Muy sencillo, es el amor: amor al conocimiento, amor al hombre y amor a Dios.
Vivamos y trabajemos de acuerdo con ello.*

A. Donabedian. 1999.

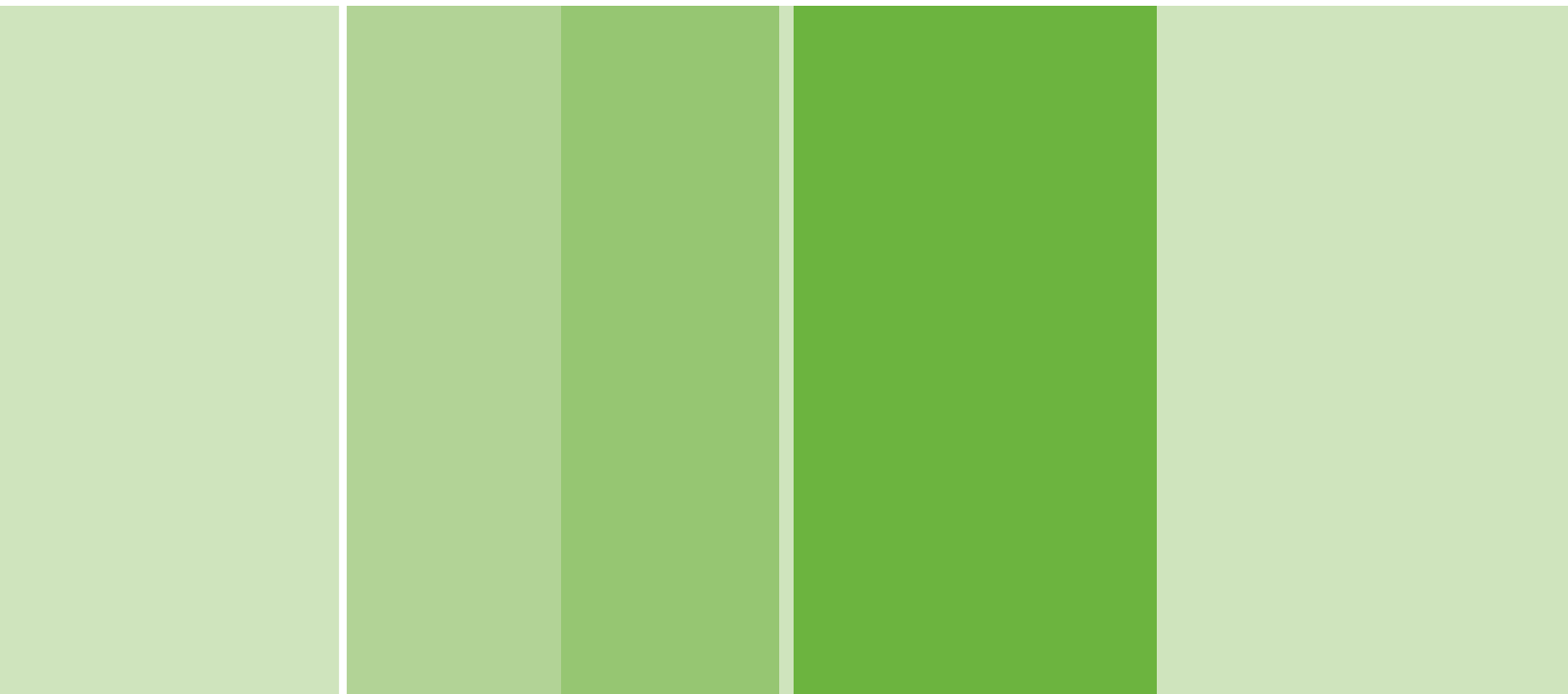
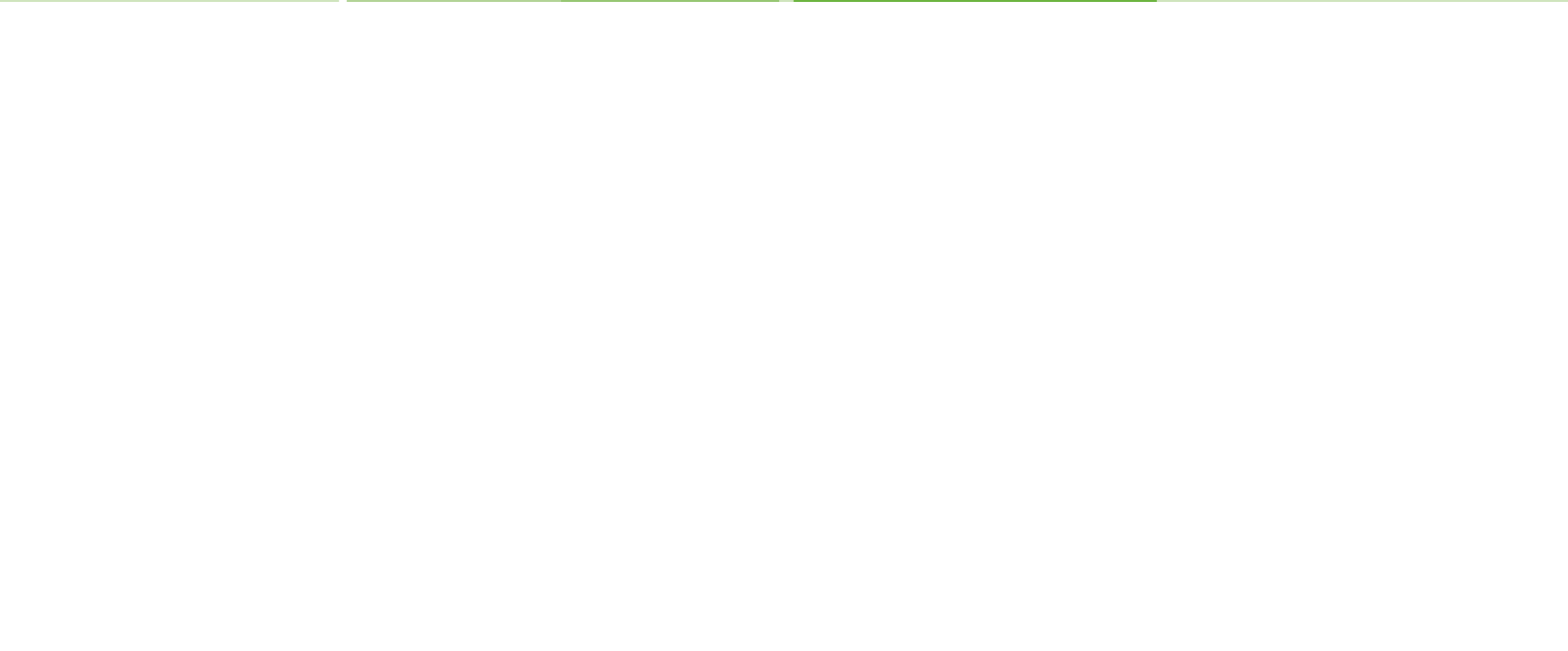
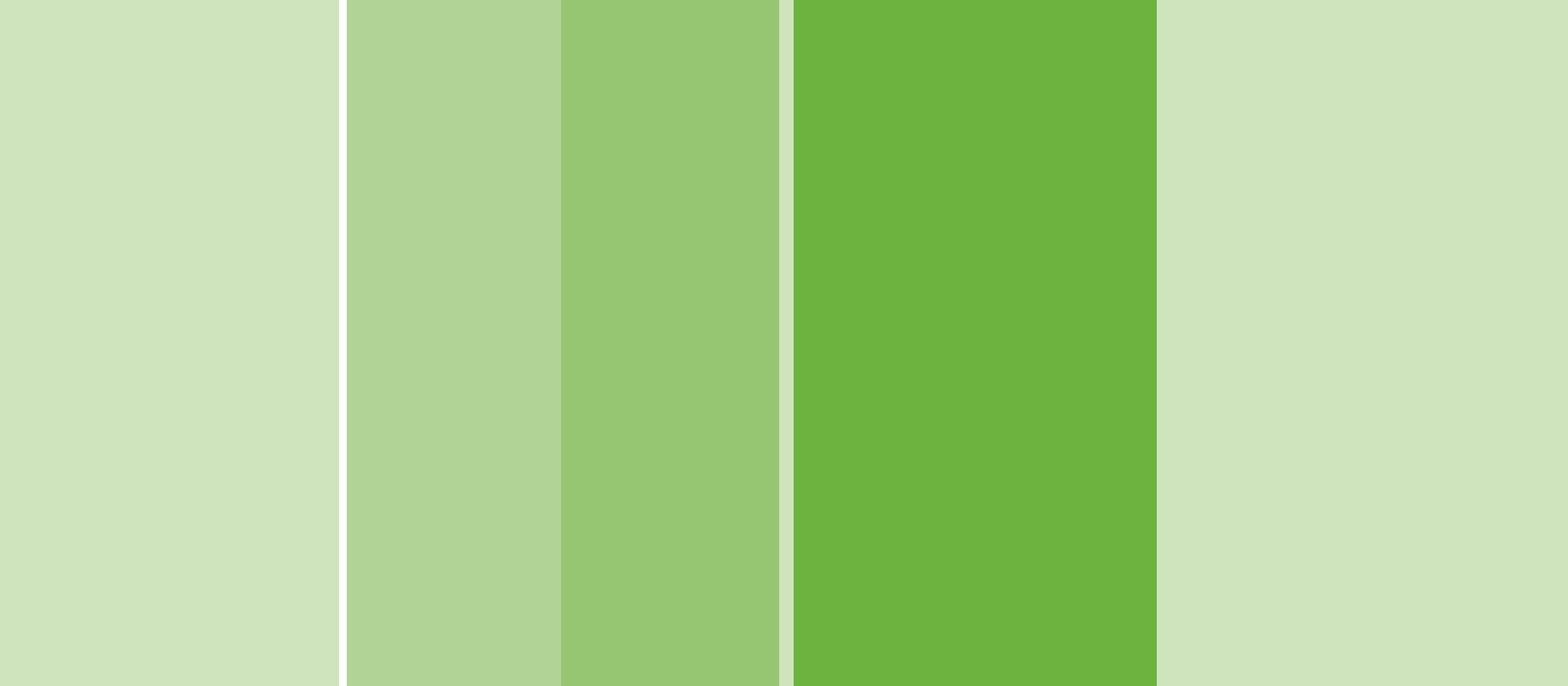
PARTE II

Resultados de Informe

Se identificaron 249 indicadores que permiten medir la calidad de la atención en salud en el país, agrupados en tres conjuntos de mediciones de la calidad: efectividad de los servicios (110), seguridad del paciente (76) y experiencia de atención en salud (63). Para el primer informe nacional de calidad de la atención en salud - INCAS Colombia 2009, fue posible coleccionar 65 mediciones que se presentan en esta segunda parte distribuidas así: 30 indicadores de efectividad de la atención, 7 indicadores de seguridad de la atención de los pacientes y 28 indicadores de experiencia de atención (14 de las cuales son de percepción de calidad).

En el capítulo 4, se presentan entonces las mediciones de efectividad de la atención, que dan cuenta de la calidad de los resultados de los servicios de salud que se proveen en el país y se presentan las mediciones de seguridad del paciente en el capítulo 5. En el capítulo 6 se presentan las mediciones de la experiencia de atención de las personas, 14 de las cuales corresponden a mediciones de percepción de la calidad de la atención y que se presentan de forma separada en el capítulo 7.

Nota importante: Los datos de los ítems de REFERENCIACIÓN INTERNACIONAL presentados en muchos de los indicadores, corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referencia, dadas las limitaciones de validez en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas y en muchos casos provenientes de fuentes nacionales diversas, recolectadas por ejemplo por las oficinas de OMS en cada país. La presentación de los países en los diferentes indicadores, corresponde en general a una selección aleatoria de los mismos, buscando representatividad por continente.



Capítulo 4

Indicadores de efectividad de la atención en salud

- El análisis de ésta dimensión tiene como finalidad, valorar si los servicios de salud que se proveen en el país cuentan con la calidad necesaria para que la atención en salud produzca una resolución y mejora a las necesidades de salud de las personas y las poblaciones.
- Esta dimensión agrupa todas las cualidades que permiten valorar si los servicios efectivamente prestados, cumplieron con su propósito de mejorar la situación de salud de los individuos y de las comunidades. Por ello, las mediciones de efectividad son de resultado y están directamente relacionadas con las enfermedades que caracterizan el perfil de estado de salud del país, dando cuenta de los problemas de salud y necesidades de atención que interesan a los colombianos.
- En este grupo de mediciones se valora el resultado de las acciones de promoción de la salud de la gente, de la identificación de riesgos y prevención de aparición de enfermedades, del tratamiento para la recuperación de la enfermedad cuando estas aparecen, del cuidado de las personas con enfermedades crónicas que requieren apoyo para evitar complicaciones o el agravamiento de su situación, del apoyo para rehabilitar y cuidar las personas con alguna discapacidad y para acompañar las personas en el periodo final de la vida.
- La colección corresponde a un número de 30 mediciones, del conjunto nacional de indicadores de efectividad identificados (110).
- Los indicadores de efectividad de la atención que se coleccionaron para este 1er. Informe 2009 son:

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - Indicadores | No. |
|--|--|----------|---|-----|
| 1. Materno infantil | 1. Atención en el embarazo | EF1.1.1 | Cobertura de control prenatal | 1 |
| | | EF1.1.4 | Proporción de bajo peso al nacer | 2 |
| | 2. Atención parto | EF1.2.1 | Proporción de partos institucionales | 3 |
| | | EF1.2.2 | Proporción de nacimientos por cesárea | 4 |
| | 4. Atención recién nacido | EF1.4.3 | Proporción de recién nacidos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito | 5 |
| | 5. Atención lactancia | EF 1.5.1 | Duración de la lactancia materna | 6 |
| | 6. Atención niños menores de 5 años | EF1.6.1 | Tasa de mortalidad por IRA en niños menores de 5 años | 7 |
| | | EF1.6.2 | Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de 5 años | 8 |
| | 7. Indicadores globales materno infantil | EF1.7.2 | Razón de mortalidad materna | 9 |
| | | EF1.7.3 | Tasa de mortalidad perinatal | 10 |
| | | EF1.7.4 | Tasa de mortalidad infantil | 11 |
| 2. Enfermedades inmunoprevenibles | 1. Atención aplicación biológicos | EF2.1.1 | Proporción de coberturas de vacunación adecuados en niños menores de un año (coberturas de vacunación: polio, BCG, DPT, HB, HIB). | 12 |
| | 2. Atención enfermedades Inmunoprevenibles | EF2.2.1 | Proporción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles | 13 |
| 4. VIH SIDA y otras ET sexual | 1. VIH/SIDA | EF4.1.2 | Proporción de incidencia de infección por VIH y/o SIDA adquirido por transmisión vertical | 14 |
| | | EF4.1.4 | Proporción de prevalencia de infección por VIH | 15 |
| | 2. Sífilis congénita | EF4.2.1 | Tasa de incidencia sífilis congénita | 16 |
| 5. Enfermedad crónica transmisible | 1. Tuberculosis | EF5.1.1 | Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron. | 17 |
| | | EF5.1.2 | Tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar | 18 |
| | | EF5.1.3 | Proporción de baciloscopias positivas para TB pulmonar | 19 |
| 8. Enfermedades crónica no transmisibles cardiovasculares | 3. HTA | EF8.3.1 | Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada | 20 |
| | | EF8.3.2 | Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva | 21 |
| 10. Enfermedades crónica no transmisibles - Diabetes | 1. Diabetes | EF10.1.1 | Tasa de mortalidad por diabetes mellitus | 22 |
| 12. Enfermedades crónica no transmisibles - factores de riesgo | 1. Sobrepeso | EF12.1.1 | Proporción de prevalencia de sobrepeso en población de 18-64 años | 23 |
| 13. Cáncer | 1. Cáncer gástrico | EF13.1.3 | Tasa de mortalidad por cáncer gástrico | 24 |
| | 2. Cáncer tráquea, bronquios, pulmón | EF13.2.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón | 25 |
| | 4. Cáncer útero | EF13.4.2 | Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino. | 26 |
| | | EF13.4.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino | 27 |
| | 5. Cáncer mama | EF13.5.3 | Tasa de mortalidad por cáncer de mama | 28 |
| 15. Efectividad global de la atención | 1. Reingreso hospitalización | EF15.1.1 | Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados | 29 |
| | 3. Mortalidad intrahospitalaria | EF15.3.1 | Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas | 30 |

Indicador EF 1.1.1

Cobertura de control prenatal

Racional

El control prenatal tiene como objetivo una identificación oportuna y manejo adecuado de los factores de riesgo obstétricos, la realización de pruebas de laboratorio básicas y el seguimiento de parámetros clínicos como la altura uterina, el peso materno y la presión arterial diastólica, lo cual ayuda a un diagnóstico temprano de patologías clínicamente evidentes y a un manejo oportuno de factores de riesgo, que benefician la salud materna y perinatal, incluido el suministro de micronutrientes (hierro, ácido fólico y calcio) especialmente en pacientes con estados carenciales o clasificadas como de alto riesgo obstétrico.⁽¹⁾

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 prioritario de salud pública, es indispensable, no sólo el aumento de la cobertura del control prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permitan lograr un impacto positivo en la reducción de la morbilidad y mortalidad.⁽¹⁾

La cobertura y contenidos 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 de un país.⁽²⁾

La cobertura de atención prenatal es un indicador de acceso y uso de la asistencia sanitaria durante el embarazo. El período prenatal presenta oportunidades para llegar a las mujeres embarazadas con las intervenciones que podrían ser vitales para su salud y bienestar y el de sus hijos. Recibir atención prenatal al menos cuatro veces, según lo recomendado por la OMS, aumenta la probabilidad de recibir

intervenciones eficaces de salud materna durante las visitas prenatales. Este es un indicador de los objetivos del milenio (ODM).⁽³⁾ La atención prenatal y del parto por personal calificado es uno de los indicadores aceptados para verificar el cumplimiento de la meta 6 de los objetivo de desarrollo del milenio, relativa a la mortalidad materna.⁽⁴⁾

Los objetivos de desarrollo del milenio plantean como meta la reducción en dos terceras partes la tasa de mortalidad infantil y reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna. Estos dos indicadores son logrados en parte, cuando se cuenta con un adecuado control prenatal en el que se puedan detectar oportunamente riesgos tanto para la madre como para el hijo, teniendo en cuenta como meta alcanzar cuatro o más controles prenatales.

Descripción

La OMS propone para este indicador la relación entre el número de mujeres de 15-49 años con un nacimiento vivo en un determinado período de tiempo que recibieron atención prenatal cuatro o más veces entre el número total de mujeres de 15-49 años con un nacimiento vivo en el mismo período multiplicado por 100.⁽³⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.1.1

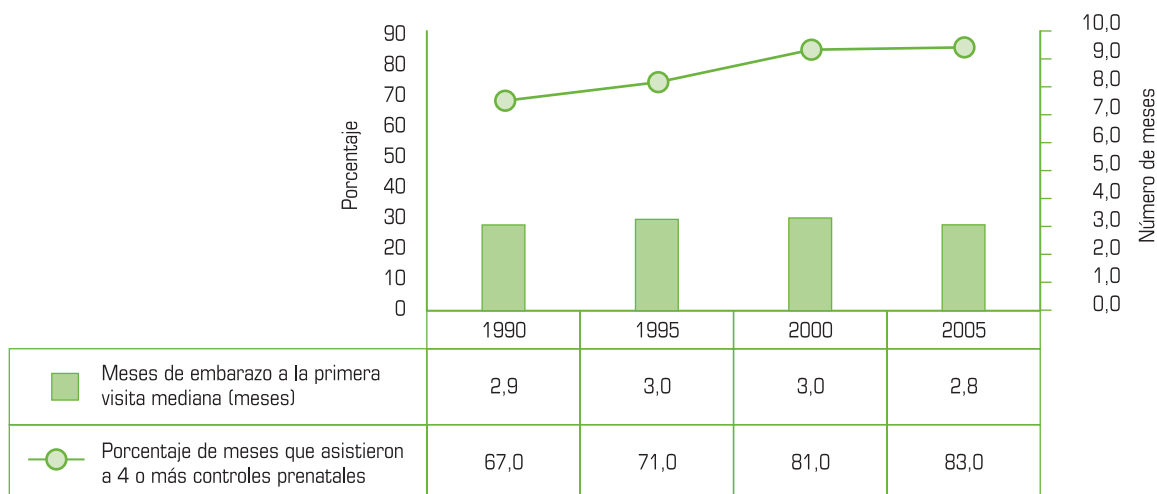
Apéndice 2. Tablas de datos: Atención prenatal por características seleccionadas (Doctor, enfermera, partera y no recibió atención) 1990-2005; Cambios en el cuidado prenatal 1990-2005; Número de visitas prenatales y meses de embarazo a la primera visita 1990-2005.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

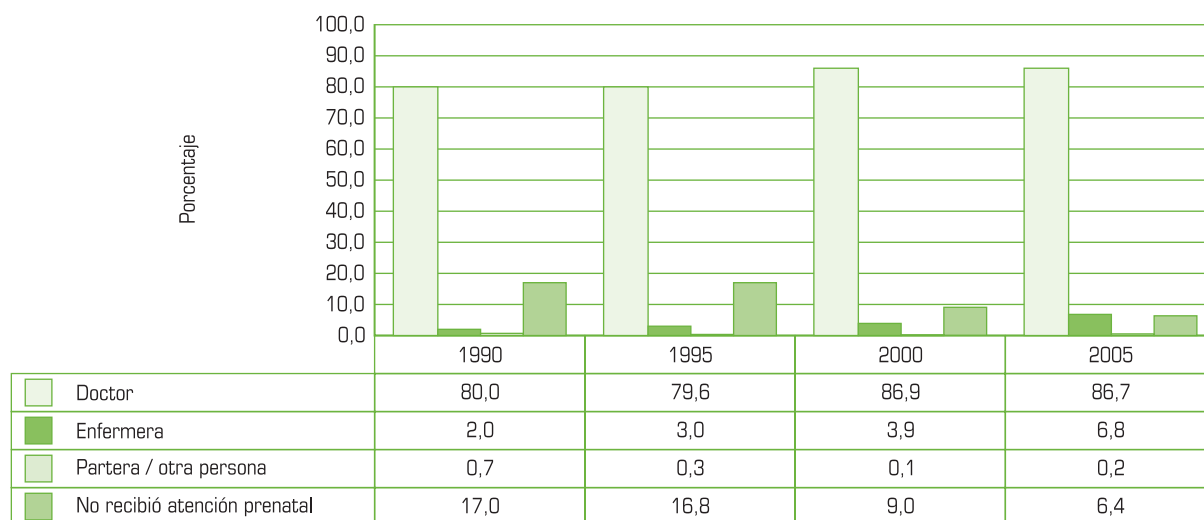
- El porcentaje de mujeres en embarazo en Colombia, que recibieron atención y asistieron 4 o más veces al control prenatal, entre 1990 y 2005, pasó de 67% a 83% respectivamente; tendencia: incremento sostenido; criterio de referencia: cobertura del 100% de mujeres en embarazo y meta del milenio para el 2015; incrementar al 90% el porcentaje de mujeres con cuatro controles prenatales o más.⁽⁵⁻¹⁰⁾
- La primera atención de control prenatal, según la mediana de los datos, muestra valores entre los 2,8 y 3,0 meses; tendencia: permaneció estable; criterio de referencia: “primera visita, en el primer trimestre”.
- El % de mujeres en embarazo que no recibió ninguna atención prenatal, entre 1990 y 2005, pasó de 17% al 6,4% respectivamente. Tendencia: disminución lineal progresiva; criterio de referencia: “toda mujer en embarazo debe recibir atención prenatal”.
- El porcentaje de controles prenatales realizado por médico y enfermera, entre 1990 y 2005, pasó de 82% a 93,5%; tendencia: incremento sostenido; criterio de referencia: 100% atenciones por personal profesional.

Gráfico 1. Cobertura control prenatal y edad gestacional primera visita. 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾

Gráfico 2. Porcentaje de mujeres en embarazo que recibieron control prenatal y personal que lo atendió. 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005⁽⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁾

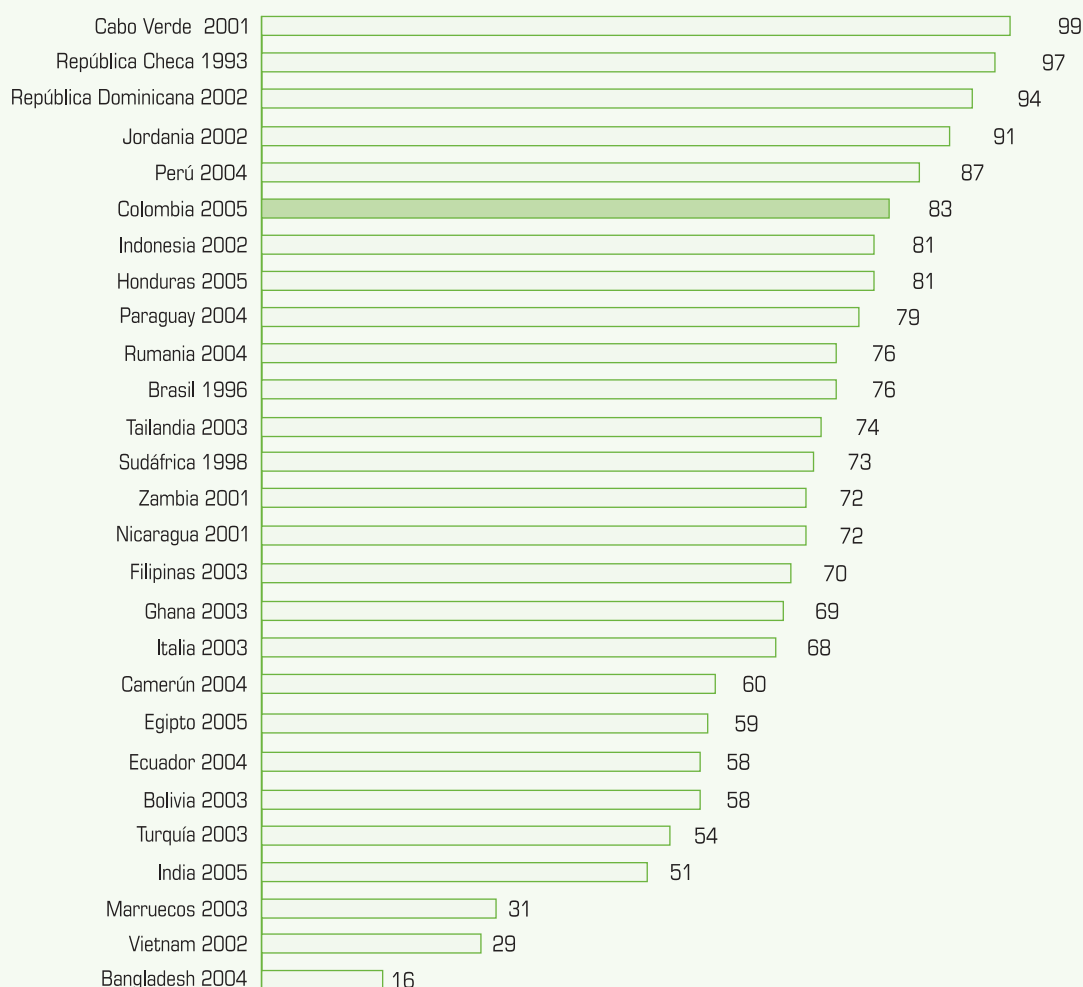
Nota: según ENDS este indicador expresa la proporción de mujeres que en el embarazo del último hijo nacido vivo en los cinco años anteriores a la encuesta tuvo cuatro controles prenatales o más. Es un indicador del acceso del control prenatal y de su calidad en términos de la intensidad de las prestaciones.⁽⁵⁾

Referencias bibliográficas

1. Julián A. Herrera. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado prenatal. Colombia Médica Vol. 33 N° 1, 2002. Pp. 21-25.
2. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Capítulo X: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005.
3. WHO Statistical Information System (WHOSIS). http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm.
4. Los objetivos y metas de desarrollo de los milenios relacionados con la salud: comparación de los indicadores de los avances en los países de la región.
5. 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". Pp. 56-57.
6. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. Bogotá, Colombia. Junio 1991. Pp. 117-118.
7. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Profamilia.. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 1995. Pp.101-102
8. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Capítulo IX: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2000. Pp. 107-110.
9. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre 2005. Pp. 197-201.
10. La salud en los objetivos del milenio. <http://odm.pnud.org.co/odm5.html>.

Referenciación internacional

Gráfico 3. Cobertura de atención prenatal (%) en varios años y diversos países*



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS). http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 1.1.4

Proporción de bajo peso al nacer

Racional

Se estima que en el mundo 30 millones de niños nacen cada año con un peso inferior al normal para la edad gestacional. ^(1,2) De acuerdo con la OMS ^(3,4), el bajo peso al nacer (BPN) representa un problema de salud pública, pues se estima que contribuye en 9.1 millones de muertes en menores de un año. Este indicador se considera como predictor de la supervivencia del recién nacido y del riesgo de morir en el primer año que para estos niños se encuentra entre 5 y 10 veces más; por lo que se reconoce como uno de los principales determinantes de la salud infantil y está fuertemente ligado a la calidad de la atención en salud, en términos de la capacidad del sistema de salud para captar la mujer embarazada y dentro del control identificar factores de riesgo y lograr incidir para corregirlos. ⁽⁵⁾

Los niños que nacen prematuramente o con bajo peso son más vulnerables a las enfermedades en etapas posteriores de su vida y a menudo sufren trastornos del desarrollo cognitivo. 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. ⁽²⁾

El BPN es considerado por la OMS como un indicador fiel para evaluar la capacidad reproductiva y las posibilidades de desarrollo de una población. Su incidencia varía de acuerdo con el grado de desarrollo de un país o región, siendo mayor en países subdesarrollados; los riesgos asociados al BPN en nuestro medio están relacionados con factores biológicos y psicosociales, muchos de los cuales son prevenibles ⁽⁴⁻⁷⁾. El peso al nacer es un importante indicador de la salud fetal y neonatal a nivel individual y poblacional.

El BPN o peso inferior a los 2.500 g es el principal determinante de la morbilidad y mortalidad perinatal. ⁽⁵⁾ En los países en desarrollo el BPN es el principal responsable de la mortalidad infantil. ⁽⁶⁾

El BPN se considera uno de los indicadores más significativos para evaluar la calidad de vida de la población. Bajo la misma perspectiva, se considera el eslabón primordial en la cadena de causalidad de la mortalidad perinatal y otras patologías del periodo neonatal y problemas de salud en el primer año de vida. La incidencia de bajo peso al nacer genera un incremento innecesario de la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga de los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales especiales. Además se asocia con alteraciones en el desarrollo psicomotor y algunos informes sugieren que más de 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este trastorno. ⁽⁸⁻⁹⁾

Descripción

Se define como el número de niños recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos, ponderado en el momento de nacer o en las primeras horas de vida antes que la pérdida significativa de peso postnatal haya ocurrido, expresado por cada 100 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. ⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.1.4

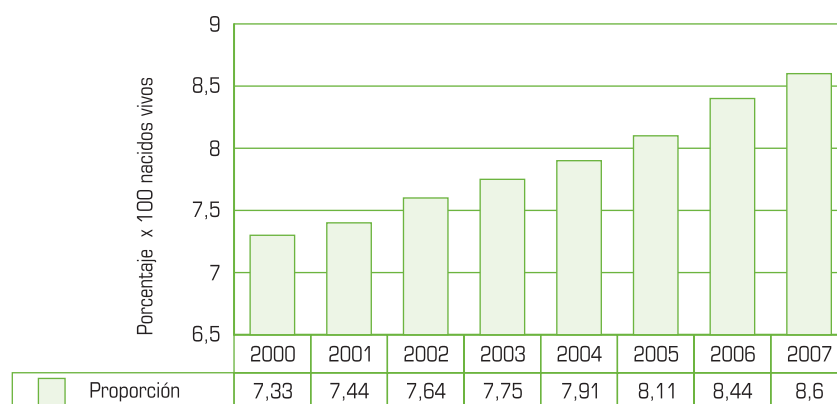
Apéndice 2. Tablas de datos: Distribución porcentual según estimación del peso y la talla al nacer por parte de la madre, según características seleccionadas, Colombia 1995, 2000 y 2005;

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

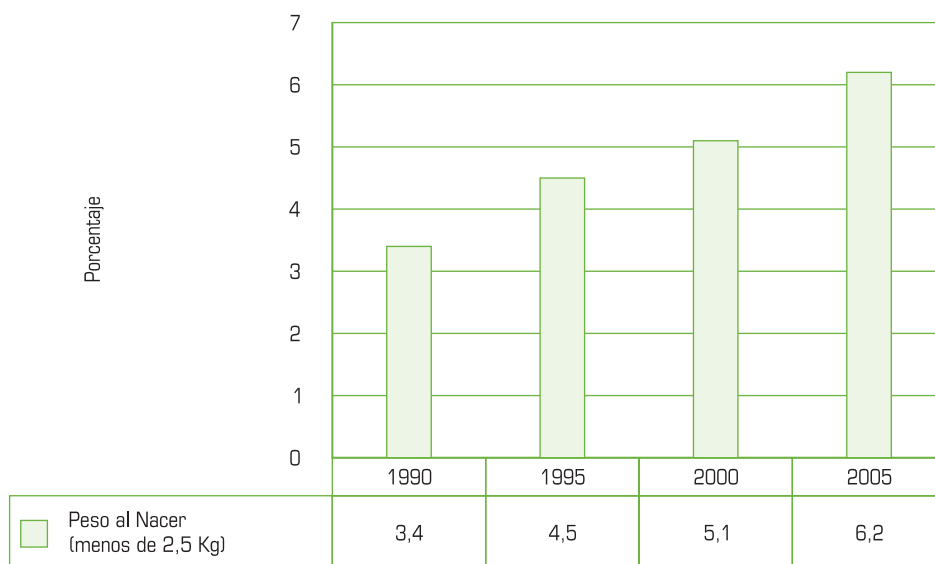
- Primera fuente: datos DANE de la serie 2000 a 2007, el BPN varió de 7,33 a 8,6 por cada 100 nacidos vivos, respectivamente; tendencia: incremento lineal sostenido; criterio de referencia: menor de 4 x 100 NV, valor de los países de mejor desempeño.
- Este dato se corrobora, en una segunda fuente: Profamilia ENDS. En su serie quinquenal 1990 a 2005, obtenida de las declaraciones de las madres sobre la recordación del peso o verificación en carnet de recién nacido, el BPN pasó de 3,4% a 6,2% respectivamente; tendencia: incremento lineal sostenido; criterio de referencia similar al anterior.

Gráfico 4. Proporción de bajo peso al nacer x 100 nacidos vivos 2000-2007



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales.

Gráfico 5. Distribución porcentual según estimación del peso al nacer por parte de la madre, según características seleccionadas. Colombia 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-1995-2000-2005. Profamilia. ^(11,12,13,14)

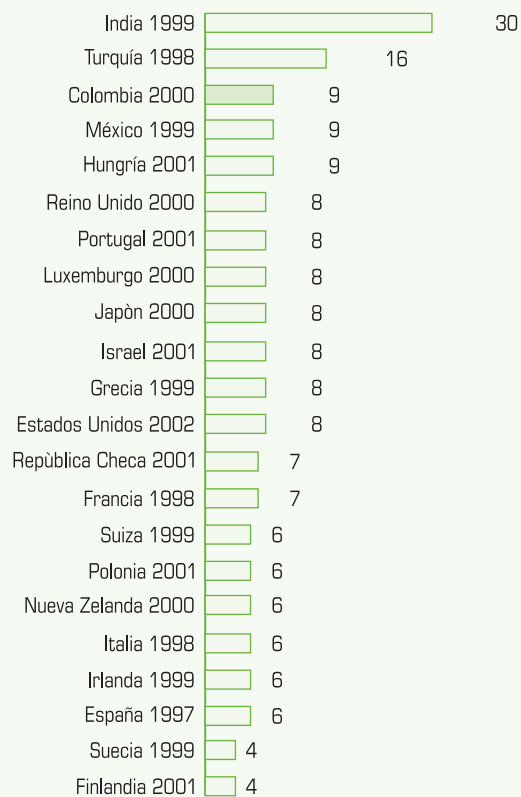
Nota: Según ENDS 2005, “los niños que pesaron menos, corresponden a madres menores de 20 años y mayores de 35, básicamente primogénitos, de las zonas urbanas, de mayor educación y menor pobreza, de Bogotá, Boyacá y Arauca”; según DANE, 2007, las mayores prevalencias de BPN se “encuentran en su orden en Vaupés, Bogotá, Cundinamarca, Guaviare, Antioquia, Chocó y Boyacá”. Según el proyecto “así vamos en salud”, las causas principales corresponden a “mayor número de partos pretérmino, periodo intergenésico corto y embarazos en adolescentes”⁽¹⁰⁾

Referencias bibliográficas

1. OMS. The management of nutrition in major emergencies. Geneva: OMS;2002.
2. OMS. Feto-maternal nutrition and low birth weight. Denmark: OMS;2001.
3. World Health Organization. The incidence of low birthweight. A critical review of available information. World Health Stat Q 1980; 33: 197-224.
4. World Health Organization. Maternal health and safe motherhood programme. The low birth weight: A tabulation of available information. WHO 1992; 92: 131.
5. World Health Organization. Maternal and child health. increasing frequency of low birth weight, United States of America 1981-1991. Geneva: Weekly Epidemiological Record, N° 48, 2 December, 1994.
6. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicialiva; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#A>
7. Granada-Patino. MU; et al. Bajo Peso al Nacer, Atención Hospitalaria a la madre y el Recién Nacido. Cali: XVZ impresores. 1994.
8. Puffer, Ruth y Serrano, Carlos. Características del bajo peso al nacer. Publicación 504. OPS/OMS 1988.
9. Estudio bajo peso al nacer en Colombia: Su magnitud y factores de riesgo. Min Salud, Dpto Nal de Planeación y Unicef. 1990
10. Así Vamos en Salud. Fundación Santafé de Bogotá. Fundación Corona. www.asivamosensalud.org/index2.php
11. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta de Prevalencia de Demografía y Salud 1990. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Bogotá, Colombia 1991. P. 119
12. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. 1995. P.106
13. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Santafé de Bogotá, Colombia. 2000. P. 117-118.
14. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Santafé de Bogotá, Colombia. 2005. Pp. 215-216.

Referenciación internacional

Gráfico 6. Recién nacidos con bajo peso al nacer x 100 NV en varios países* del mundo en diferentes años



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 1.2.1

Proporción de partos institucionales

Racional

La mayoría de lesiones y muertes maternas podrían ser evitadas si la mujer tuviera acceso a cuidados básicos durante el embarazo, parto y posparto, y fuera instruida para hacer uso de los servicios de salud materna.⁽¹⁾ La disparidad entre países desarrollados y en desarrollo es mayor en el área de la salud materna que en otras áreas de la salud pública.⁽²⁾ En países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del embarazo y el parto es de 1 de cada 1,800 mujeres, mientras que en los países en desarrollo este riesgo es de 1 en 48.⁽³⁾ Al menos el 75% de las muertes maternas son debido a causas obstétricas directas: hemorragia, infección, hipertensión y parto prolongado.⁽⁴⁾

Los factores individuales y contextuales, que estarían contribuyendo al retraso en el tratamiento de complicaciones obstétricas, según Thaddeus y Maine (1994) serían: 1) retraso de parte de la mujer embarazada, su familia o ambos, en buscar ayuda. 2) retraso en alcanzar un adecuado servicio de salud y 3) retraso en recibir el tratamiento adecuado en el servicio de salud.⁽⁴⁾ Es por esto que el indicador de parto institucional se constituye en una importante medida de la calidad de los servicios de salud en la atención de las gestantes así como de la accesibilidad a los servicios.⁽⁵⁾

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.⁽⁶⁾

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.⁽⁶⁾ La atención durante el parto es uno de los mecanismos más eficaces para reducir los índices de mortalidad materna e infantil a través de la disminución de la tasa de riesgo de morir por problemas no detectados a tiempo.⁽⁷⁾

La maternidad segura es un componente esencial de la salud reproductiva, principalmente porque el embarazo, parto y posparto son causas significativas de discapacidad y muerte de mujeres que viven en países en vías de desarrollo, en la mayoría de los casos.⁽¹⁾

Descripción

Expresa la proporción de los partos atendidos en una institución de salud con relación al número de nacidos vivos para un periodo de tiempo determinado.⁽¹²⁾ 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 su razón no puede ser usado para monitorear las tendencias a corto plazo, la proporción de partos atendidos por personal sanitario cualificado se utiliza como indicador indirecto para este propósito.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código 1.2.1

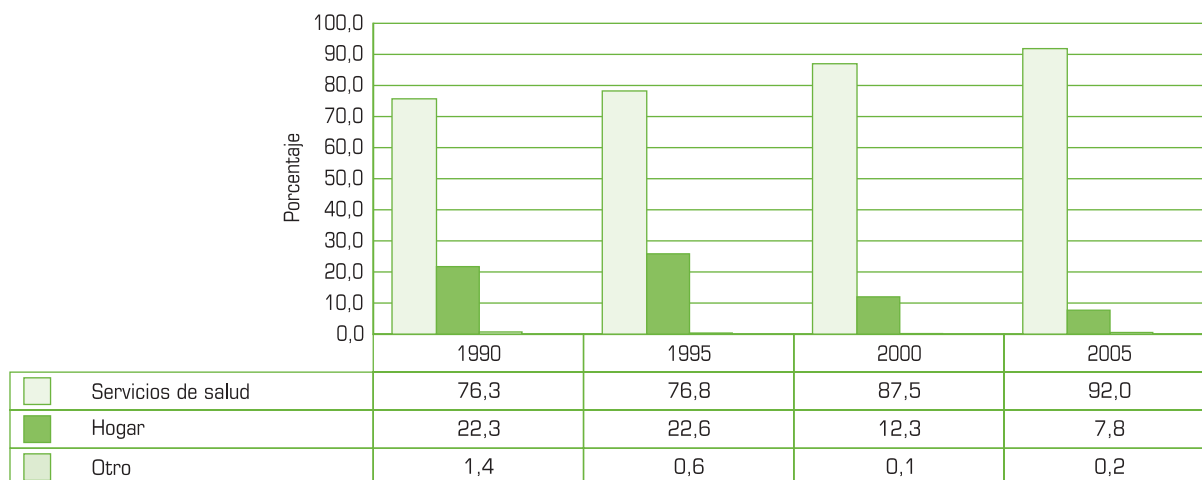
Apéndice 2. Tablas de datos: Número de partos atendidos en instituciones de salud por departamento, 1998-2007; Cambios en la asistencia del parto 1990-2005; Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por lugar de ocurrencia del parto; y por tipo de asistencia durante el parto, según características seleccionadas, Colombia 1990-2005.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

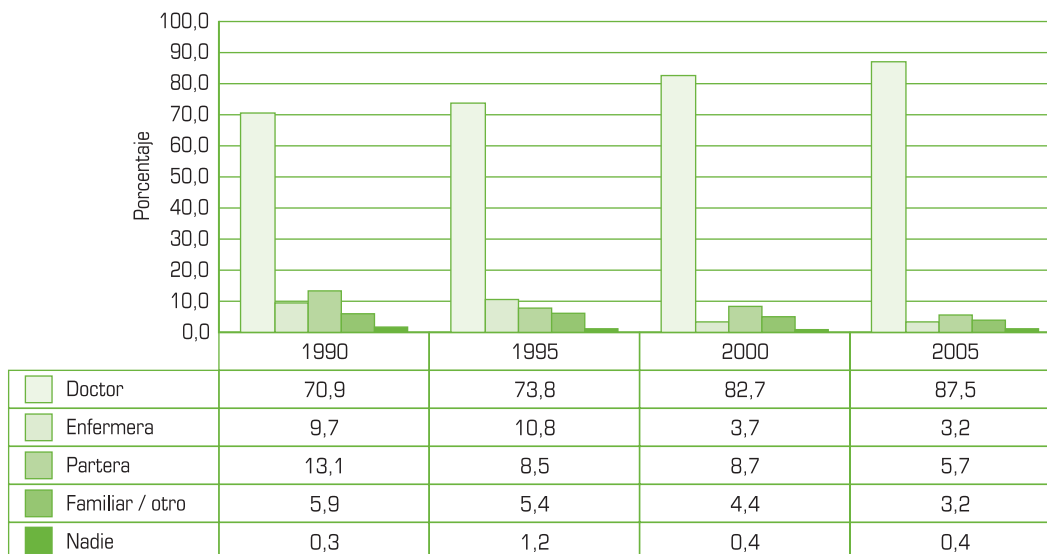
- Fuente datos ENDS: del total de nacimientos que fueron atendidos en algún establecimiento de salud, se pasó de 76.3% en 1990 a 92.0% en 2005. De igual forma, los partos atendidos por médico han pasado de 71% a 88% en el mismo periodo. Tendencia: crecimiento lineal sostenido. Los partos atendidos en el hogar u otro lugar o por enfermera, partera u otro, han venido descendiendo progresivamente. Criterio de referencia: el objetivo de desarrollo del milenio es de 95% de atención institucional.
- Fuente datos DANE: del total de nacimientos registrados, la proporción de partos institucionales pasó de 93% en el 2000 a 98% en el 2008, Tendencia: incremento sostenido, con un descenso a 94% en 2002.

Gráfico 7. Lugar de ocurrencia del parto. 1990-2005



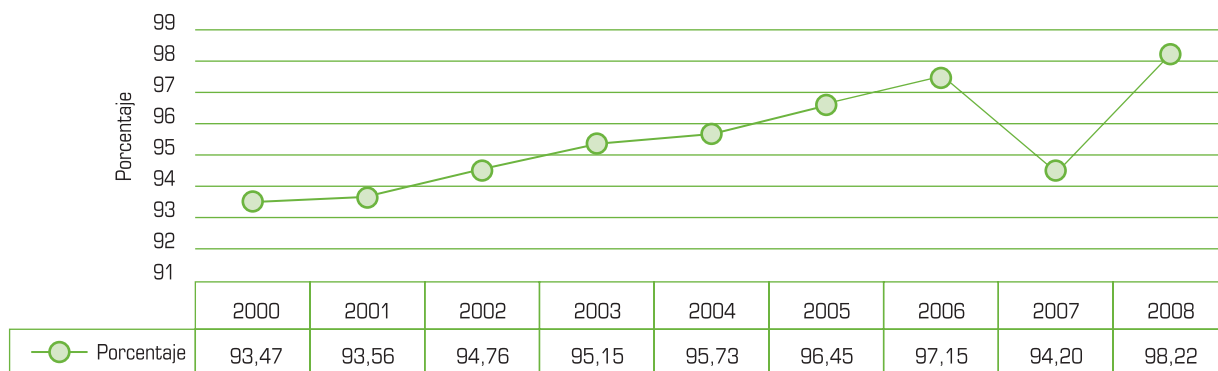
Fuente: ENDS 1990-2005

Gráfico 8. Tipo de asistencia durante el parto. 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005

Gráfico 9. Proporción de partos atendidos en instituciones de salud 2000-2008



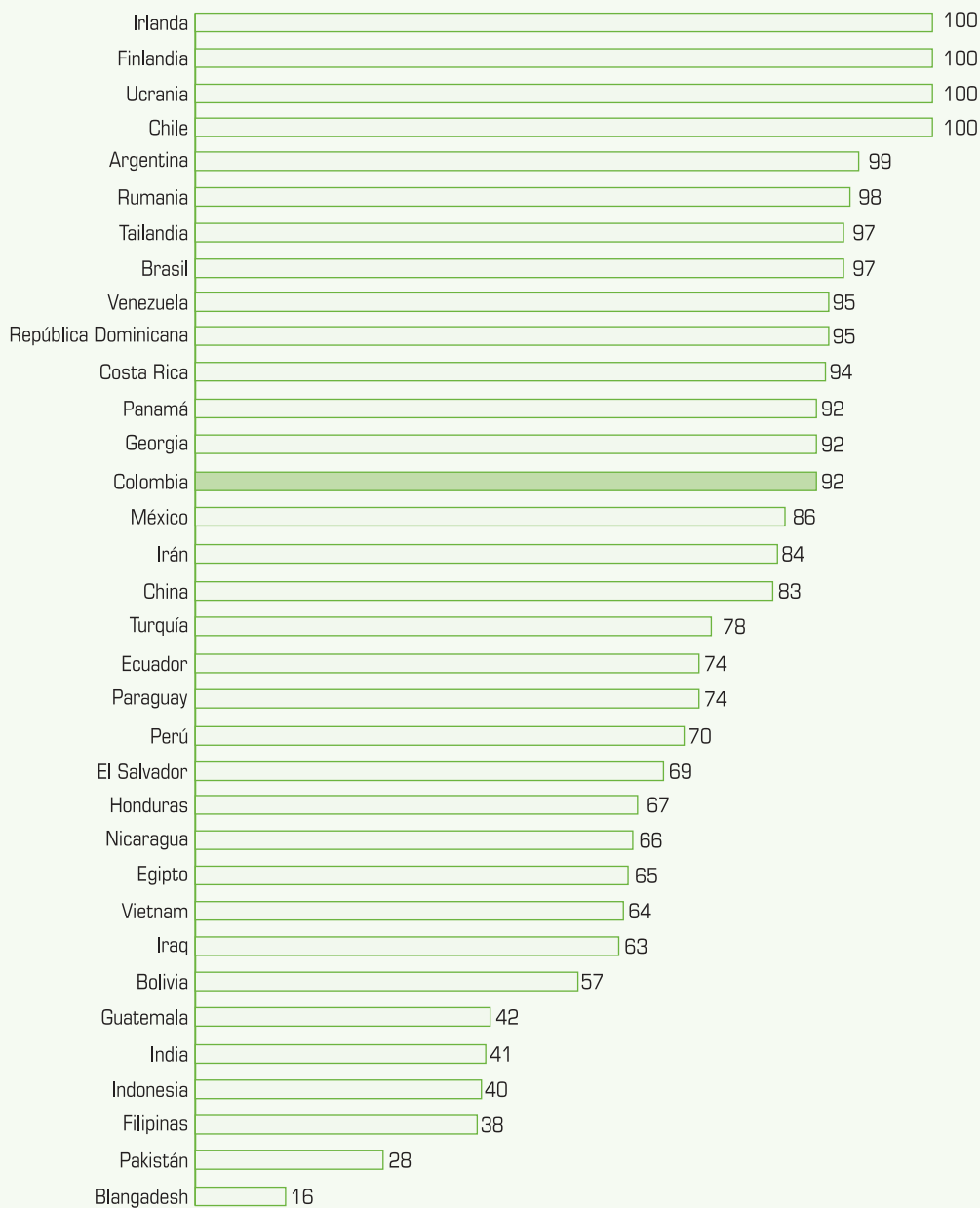
Fuente: DANE estadísticas vitales

Referencias bibliográficas

1. Vilma Sandoval Falcón. Atención prenatal, parto institucional y atención posparto en el Perú: efectos individuales y de la comunidad.
2. Wall, L. (1998). Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality Among the Hausa of Northern Nigeria. *Studies in Family Planning*
3. WHO and UNICEF. (1996). Revised 1990 estimates of maternal mortality: a new approach by WHO and UNICEF. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
4. Thaddeus, S. & Maine, D. (1994). Too Far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science and Medicine*.
5. Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS). Definiciones de los indicadores 2008. <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/3bsn/en/>
6. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas: Consenso Estratégico Interagencial para América Latina y el Caribe Washington D.C. PAHO, 2003).
7. Luis Fernando Aguado Quintero, Luis Eduardo Girón Cruz, Ana María Osorio Mejía, Luis Miguel Tovar Cuevas, Jaime Rodrigo Ahumada Castro. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev. latinoam.cienc.soc. niñez juv5* (1):2007. www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html. Citado de: UNICEF (1998). *Data Social*. Lima.
8. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud. 1990. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Bogotá, Colombia. Junio 1991. P. 118-119
9. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1995. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 1995. P. 104-107.
10. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2000. Capítulo IX: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2000. P. 113-116.
11. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2005. Capítulo X: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005. P. 207-214.
12. 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. P. 2015. P.57

Referenciación internacional

Gráfico 10. Partos institucionales (porcentaje) 2000-2006 en diversos países*



Fuente: <http://www.unicef.org/sowc08/statistics/tables.php>

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 1.2.2

Proporción de nacimientos por cesárea

Racional

Las altas tasas de operación cesárea en América Latina, incluida Colombia, incrementan el riesgo de salud para madres y recién nacidos así como aumentan los costos del sistema de salud, cuando se compara con los partos vaginales normales. Un artículo médico del British Medical Journal-BMJ, encontró en un estudio que involucraba a 19 países latinoamericanos, que 7 países tenían tasas por debajo del 15% (cifra encontrada por la Organización Mundial de la Salud como la adecuada y representativa de la necesidad real), mientras que los restantes 12 países, incluida Colombia, tenían tasas superiores al 15%, llegando hasta el 40% de partos por cesárea.⁽¹⁾

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.⁽²⁾

El nacimiento por medio de operación cesárea 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 exagera notablemente sus aspectos negativos, a saber: 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.⁽³⁾

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 aten-

ción 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.⁽⁴⁾ 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. Este es un indicador para evaluar la calidad del proceso de la atención médica obstétrica.⁽²⁾

Las estimaciones de la proporción de cesáreas pueden reflejar en qué medida las mujeres tienen acceso a los servicios obstétricos.⁽⁷⁾

A partir de estudios realizados por OMS, se ha llegado a establecer que la relación entre el número de partos por cesáreas con respecto al número de partos vaginales, no debe ser mayor a 15%. Una mayor relación significa que se estaría realizando una práctica inadecuada en la atención de los partos.⁽⁶⁾

Descripción

La proporción de nacimientos por cesárea es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en un periodo determinado en una institución entre el total de nacimientos atendidos en las unidades de esa institución de salud, multiplicando ese cociente por 100. Del total de partos se excluye: Presentación anormal (podálica o transversal), parto pretérmino, muerte fetal, gestación múltiple.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.2.2

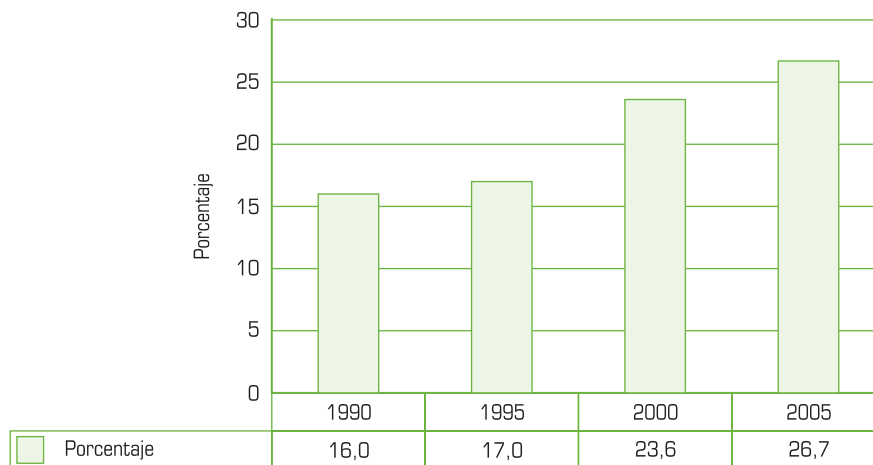
Apéndice 2. Total de nacimientos por tipo de parto. Colombia. 1998-2007. Porcentaje de nacimientos por cesárea según características seleccionadas. Colombia. 1995, 200, 2005; Nacimientos por cesárea por departamento Colombia, 2005.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS :(<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

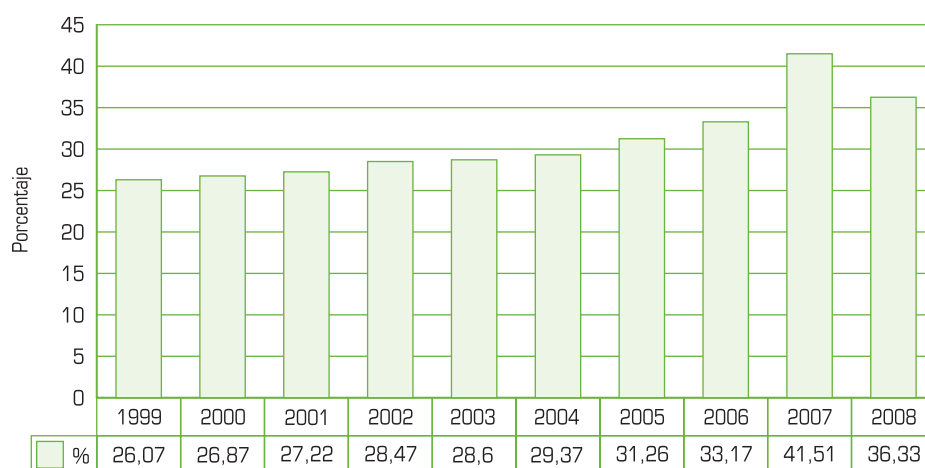
- Según ENDS la proporción de nacimientos por cesárea varió de 16% en 1990 a 26,7% en 2005. Tendencia: incremento lineal sostenido. Criterio de referencia: Menor del 15% ⁽⁶⁾
- Según DANE la proporción de nacimientos por cesárea en Colombia paso de 26% en 1999 a 36% en 2008. Tendencia: incremento lineal sostenido, con un “pico” de incremento del 42% en 2007.

Gráfico 11. Proporción de nacimientos por cesárea según ENDS 1990-2005



Fuente: ENDS 1990-2005 ⁽⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾

Gráfico 12. Proporción de nacimientos por cesárea 1999-2008



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

Referencias bibliográficas

- Villamizar H. Implicaciones del parto por Cesárea en Colombia y en la región. Presidente Sociedad Colombiana de Pediatría y de la Asociación Latinoamericana de Pediatría www.scp.com.co / www.alape.org
- Cesárea segura. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México D.F. www.salud.gob.mx
- 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 monitoria 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.
- Desempeño de las instituciones públicas de salud. México 2004. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2004/capitulo3.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Propuesta de indicadores básicos para el Monitoreo de la situación de las salud De las mujeres. Versión: enero 2003
- UNFPA. Conjunto de Herramientas de Planificación, Seguimiento y Evaluación del Administrador de Programas. Herramienta Número 6: Indicadores de programas- Parte II: Indicadores para reducir la mortalidad materna. Marzo 2004.
- Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Prevalencia, Demografía y Salud 1990. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Bogotá, Colombia. Junio 1991. P. 119
- Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995. Capítulo VIII. Salud materno infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 1995. P. 106-108.
- Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Capítulo IX: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2000. P. 116.
- Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Capítulo X: Salud Materno-Infantil. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005. P. 212-216.

Referenciación internacional

Gráfico 13. Proporción de partos por cesárea en varios países del mundo* en años diversos



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 1.4.3

Proporción de recién nacidos con tamizaje neonatal para hipotiroidismo congénito

Racional

El hipotiroidismo congénito es una de las patologías pediátricas más frecuentes. Se produce por deficiencia de la hormona tiroidea en período crítico del desarrollo del niño, afectando principalmente el sistema nervioso central y esquelético, y que al no ser detectada oportunamente lleva irremediablemente a un retardo mental severo e irreversible.⁽¹⁻³⁾

En el mundo la razón de retardo mental evitable se encuentra entre 1:3.500 a 1:4.000 recién nacidos vivos.⁽⁴⁾ De allí que el desarrollo de esta enfermedad puede evitarse sólo si el tratamiento sustitutivo comienza en los primeros momentos de la vida, por lo cual el diagnóstico precoz constituye la clave para el tratamiento exitoso de la enfermedad.⁽⁵⁾

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.⁽⁶⁾

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.⁽⁶⁾

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.⁽⁷⁾

Si en los recién nacidos no se identifica y atiende el hipotiroidismo adecuadamente, aunque éste sea leve, puede ocasionar retraso mental y un retardo severo del crecimiento. Su diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno (primer mes de vida) producen buenos resultados en la disminución de las complicaciones derivadas del hipotiroidismo. La detección se realiza a través de un examen de tamizaje y a partir de las exploraciones clínicas del paciente, dando énfasis a los recién nacidos de familias con antecedentes de casos previos o con factores de riesgo conocidos.⁽⁶⁾

- Estudios en Colombia reportan datos de frecuencia de la enfermedad cuyos valores se han situado entre 1:1.886, 1:2.500 y 1:3.348. En Colombia nacen al año en promedio 930.000 niños, por lo tanto, se esperan aproximadamente 372 nuevos casos de hipotiroidismo congénito anuales.⁽⁸⁾
- De acuerdo a estudios de la Universidad Javeriana de Bogotá, se tamizaron desde 1983 hasta 1998 17.000 recién nacidos, entre quienes se detectaron 12 casos de hipotiroidismo congénito, cuatro de los cuales fueron transitorios, lo que equivale a una frecuencia de 1:2.100, cifra ligeramente más alta que las reportadas en el ámbito mundial.⁽⁸⁾

Descripción

Este indicador relaciona la proporción de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito en relación al total de nacidos vivos registrados en una población y un periodo determinado. Se obtiene de dividir el número de recién nacidos con detección oportuna de hipotiroidismo congénito entre el total de nacidos vivos atendidos en una población y periodo determinado, por cien.⁽⁶⁾

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 se estipula que el porcentaje de niños por aseguradora a quienes se les hace la prueba de TSH neonatal es de 90% contributivo y 95% subsidiado.⁽⁸⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.4.3

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccion-social.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- En la actualidad, 152 laboratorios clínicos tanto públicos como privados, participan en forma rutinaria en el “Programa de evaluación externa del desempeño para la prueba de TSH en muestras de sangre seca de cordón umbilical” del INS. Estos laboratorios proveen información de utilidad para la salud pública cuando reportan el total de muestras analizadas y el número de casos confirmados. Dicha información, consolidada desde el año 2004, revela un incremento sostenido en la tasa de cobertura. Para el año 2005 se informaron resultados de laboratorio de 589.490 muestras, que indicarían una cobertura cercana a 70 % de todos los nacimientos para ese año. Sobre esa muestra se identificaron 157 casos, lo que representa una incidencia de uno por cada 3.755 niños.
- Para el año 2007, solamente el Distrito Capital logró coberturas superiores a 95%, incluida la población pobre no asegurada. Para el año 2004, de acuerdo con los indicadores de cumplimiento de la resolución 412 del 2000, las empresas promotoras de salud (EPS), apenas alcanzaron una calificación en el rango aceptable, aproximadamente de 50%. Sin embargo, la cobertura de tamizaje neonatal establecida por reporte de casos varía en el país según la capacidad de cada departamento o región, dado el esquema descentralizado de la prestación del servicio de tamizaje neonatal. ⁽⁸⁾

Referencias bibliográficas

1. Delange F, Camus M, Winkler M, Dodion J, Ermans A. Clinical aspects and systematic screening for congenital hypothyroidism in the Newborn. *Acta Paediatr Belg.* 1977;30: 37-52
2. Brunch H, McCune DJ. Mental development of congenitally hypothyroid children: its relation to physical development and adequacy of treatment. *Am J Dis Child* 1971; 67: 205-224
3. Raiti S, News GA. Cretinism: early diagnosis and its relation to mental prognosis. *Arch Dis Child* 1971; 46: 692-694
4. Dussault JH, Parlow A, Letarte J, Guyda H, Laberge, C. TSH measurements from blood spots on filter paper: a confirmatory screening test for neonatal hypothyroidism. *J Pediatr* 1976; 89: 550-552
5. Klein AH, Meltzer S, Kenny FN. Improved prognosis of congenital hypothyroidism treated before 3 months. *J Pediatr* 1972; 81: 912-915
6. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. *Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas.* Primera edición, 2007. P. 91-92
7. Sato H, Nakamura N, Harada S, Kakee N, Sasaki N. Quality of life of young adults with congenital hypothyroidism. *Pediatr Int* 2009; 51(1): 126-31.
8. 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

Indicador EF 1.5.1

Duración de la lactancia materna

Racional

Según la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna es la forma ideal de aportar a los recién nacidos los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.⁽¹⁾

La lactancia materna en forma exclusiva hasta la edad de los 6 meses y su continuación como alimentación suplementaria hasta los 2 años de edad, beneficia a los niños reduciendo la incidencia de diarrea, de alergias y otras infecciones, mejorando la condición nutricional y prolongando los intervalos de nacimientos. Las actuales recomendaciones incluyen amamantar en forma exclusiva durante los 4 a 6 meses de edad, después amamantar parcialmente, como un medio para reducir considerablemente el severo riesgo de muerte causada por diarrea, dado que el problema se presenta con la introducción de alimentos complementarios a la lactancia materna (en general, dentro del período comprendido entre los 4 y 6 meses de edad).⁽²⁾

Unas prácticas de alimentación adecuadas son fundamentales para la supervivencia, el crecimiento, el desarrollo, la salud y la nutrición de los lactantes y niños en cualquier lugar del mundo. Partiendo de este principio, la duración óptima de la lactancia materna exclusiva es uno de los aspectos cruciales de salud pública que la OMS estudia continuamente.⁽³⁾

La lactancia materna exclusiva durante seis meses no retarda el crecimiento del niño, sino que reduce las infecciones gastrointestinales, demora el regreso de la fertilidad y ayuda a la madre a perder peso.⁽⁴⁾

Con frecuencia, luego de tres o cuatro meses se introducen otros alimentos para bebés con lactancia materna exclusiva por considerarse que la lactancia resulta nutricionalmente inadecuada. El crecimiento de bebés con lactancia materna exclusiva durante seis meses no se ve afectado, aunque pueden existir niveles de hierro más bajos.⁽⁴⁾

La promoción, protección y apoyo a las prácticas de la lactancia materna son actividades esenciales de los sistemas

de salud para preservar este recurso natural, contribuyendo a la posibilidad de la crianza de niños más sanos, seguros y felices. El fomento de la lactancia es una de las herramientas más útiles y de más bajo costo que se puede utilizar a nivel local para contribuir a la salud de las madres y al crecimiento y desarrollo de los niños.⁽²⁾

La práctica de la lactancia natural, lactancia materna o amamantamiento es un derecho claramente consagrado en la jurisprudencia internacional y nacional (Convención sobre los derechos del niño y Código de la Infancia y la Adolescencia). La garantía de este derecho para los niños y las niñas corresponde no solo a la madre que acaba de parir, sino al compañero progenitor, a la familia, al personal de salud y a la sociedad toda.⁽⁵⁾

Descripción

Cociente del número de lactantes que se alimentan exclusivamente de lactancia materna, en la edad considerada y el número total de lactantes de esta edad en determinado espacio geográfico y año considerado, multiplicado por 100. Organizaciones internacionales como UNICEF y OMS y en Colombia el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición recomiendan que la leche materna (sin líquidos o sólidos complementarios) sea alimento exclusivo durante los 6 primeros meses de edad. También se recomienda que a los niños se les dé alimentación complementaria (sólida o semisólida) a partir del séptimo mes.

En consecuencia, se toma como indicador estándar de lactancia exclusiva el porcentaje de niños de 6 meses que reciben lactancia exclusiva; y como indicador estándar de alimentación complementaria se toma el porcentaje de niños de 6-9 meses que reciben leche materna y alimentación complementaria. Se considera aceptable el dar a los niños otras leches después de los 6 meses pero se recomienda continuar la lactancia hasta los 2 años. El uso de biberón no se recomienda a ninguna edad. Se esperaría que por lo menos el 80% de los recién nacidos fueran colocados en contacto piel a piel con las madres y que ellas reciban apoyo inmediato para colocarlos al pecho dentro de las mismas salas de parto, ya que esto favorece una adecuada adaptación neonatal y la salud de la mujer.^(6,9)

Información técnica del indicador:

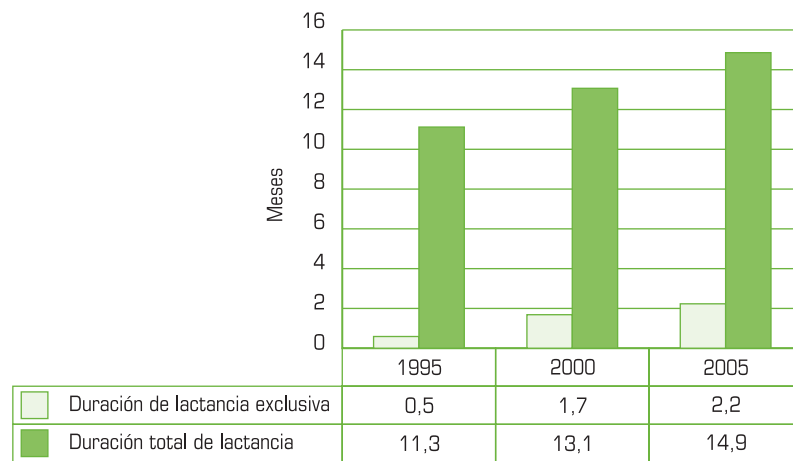
Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.5.1

Apéndice 2. Tabla de datos: ENDS. Duración mediana y duración promedio de la lactancia para niños menores de 36 meses. 1990; duración y frecuencia de la lactancia según características seleccionadas. 1995; Duración de la lactancia para niños menores de 3 años e intensidad diaria de amamantamiento para menores de 6 meses. 2000; Duración mediana e intensidad de la lactancia por características seleccionadas. 2005. Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

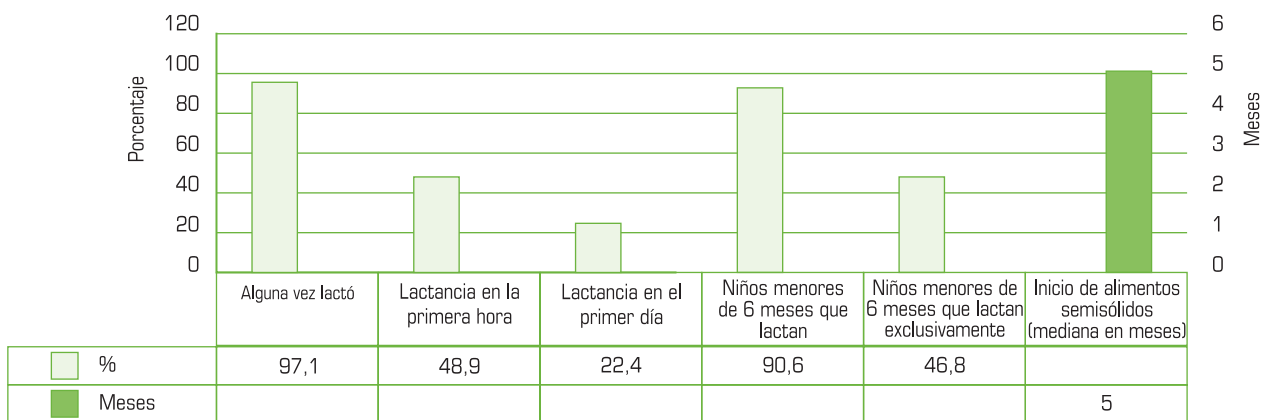
- Según ENDS la duración de la lactancia materna exclusiva encontrada, paso de 0,5 meses en 1995 a 2,2 en el 2005. Tendencia: incremento marcado en el último quinquenio. Criterio de referencia: 6 meses.⁽⁶⁾
- La duración total de la lactancia encontrada en 1995 fue de 11,3 meses a 14,9 meses en el 2005. Tendencia: incremento sostenido. Criterio de referencia: continuar la lactancia hasta los 2 años.
- Según ENSIN 97,1% de los niños y niñas son amamantados, de los cuales 48,9% inician lactancia en la primera hora y un 22,4% más en el primer día; de otro lado, 90,6% de los niños y niñas menores de 6 meses, reciben lactancia y de forma exclusiva en esta edad lo hace 46,8%; a los 5 meses (mediana) se inicia el consumo de alimentos semisólidos.

Gráfico 14. Duración de la lactancia materna en meses. 1995-2005



Fuente: ENDS 1995-2005⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾

Gráfico 15. Situación de la lactancia materna 2005



Fuente: ENSIN 2005

Nota: Estos datos corresponden a algunos de los resultados de la encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia (ENSIN 2005)⁽¹⁰⁾ aplicada por el Instituto colombiano de bienestar familiar a una población de 14.597 niños y niñas.

Referencias bibliográficas

1. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación y Consejería para la Política Social. Bogotá, 1996.
2. Acciones de Salud Materno Infantil A nivel Local: Según las metas de la cumbre mundial para la infancia. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo Lactancia Materna. P. 251
3. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva. Organización mundial de la salud. 54ª ASAMBLEA mundial de la salud Punto 13.1 del orden del día provisional. 1 de mayo de 2001. A54/INE.DOC./4
4. Kramer MS, Kakuma R. Duración óptima de la lactancia materna exclusiva (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. (Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
5. Boletín del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia Año XIV (2009) número 110. Acompañamiento en la lactancia natural. La crianza humanizada.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_spa.pdf
7. Profamilia.. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia ENDS 1995. Capítulo IX lactancia y nutrición. Pp. 121-127
8. Profamilia.. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia ENDS 2000. Capítulo X Lactancia y Nutrición de Niños y Madres. Pp. 137-142
9. Profamilia.. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia ENDS 2005. Capítulo XI Lactancia y Estado Nutricional. Pp. 247-259
10. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2005.

Referenciación internacional

Gráfico 16. Alimentación del lactante exclusivamente alimentados con leche materna (%) en varios países del mundo en años diversos*

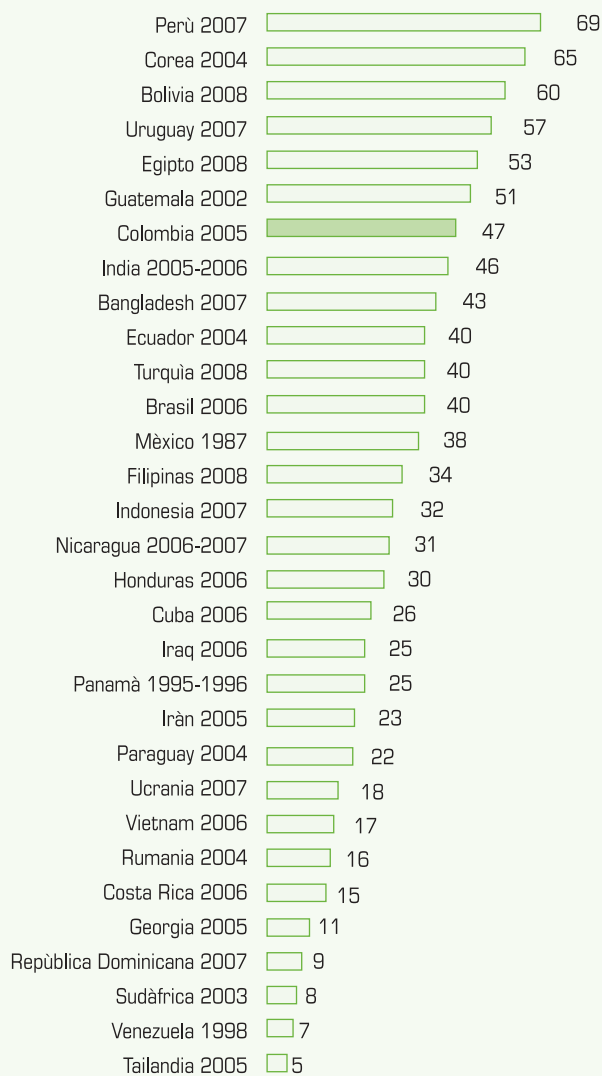
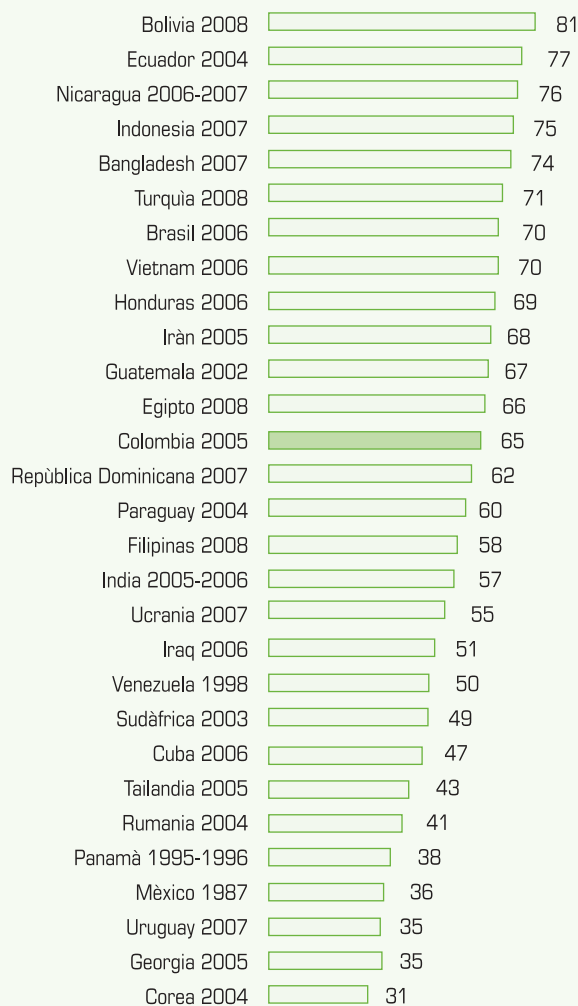


Gráfico 17. Alimentación del lactante con leche materna y con alimentación complementaria (%) en varios países del mundo en años diversos*



Indicador EF 1.6.1

Tasa de mortalidad por IRA de niños menores de 5 años

Racional

La enfermedad respiratoria aguda (IRA) es en todo el mundo, una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad. Se calcula que en el mundo se presentaron 451 millones de nuevos episodios de enfermedad respiratoria y cerca de 4 millones de muertes por esta causa de las cuales el 45% fue en menores de 5 años.⁽¹⁾

El 80% de las muertes por enfermedad respiratoria, se presentan en los países menos desarrollados y según los cálculos realizados, estas muertes se incrementarían en 30% en los próximos 10 años si no se toman acciones preventivas urgentes.⁽¹⁾

Las 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, 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.⁽²⁾

Las 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.⁽²⁾

La monitorización de este indicador proporciona 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, eficacia y efectividad clínica y vigilancia del asegurador sobre el estado de salud de su población, e incentivar los procesos de mejoramiento subsecuentes.⁽⁴⁾

La mortalidad permite establecer la efectividad de la atención por parte los servicios de salud, porque evalúa de forma holística el proceso de la atención en el tratamiento de la IRA, a través del resultado, determinando tanto la oportunidad como la calidad de los diferentes tratamientos establecidos. 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.⁽³⁾

Descripción

Relaciona el número total de niños entre 0 y 5 años que mueren de cada mil niños entre 0 y 5 años, a causa de alguna infección respiratoria aguda. Se calcula como el cociente, para un año determinado, entre el número de defunciones estimadas, por enfermedades respiratorias agudas (códigos 460-466, 480-487 en la CIE 9 y J00-J22 en la CIE 10) en los menores de 5 años, en un periodo de tiempo definido, y la población de menores de 5 años, multiplicado por 100.000.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.6.1

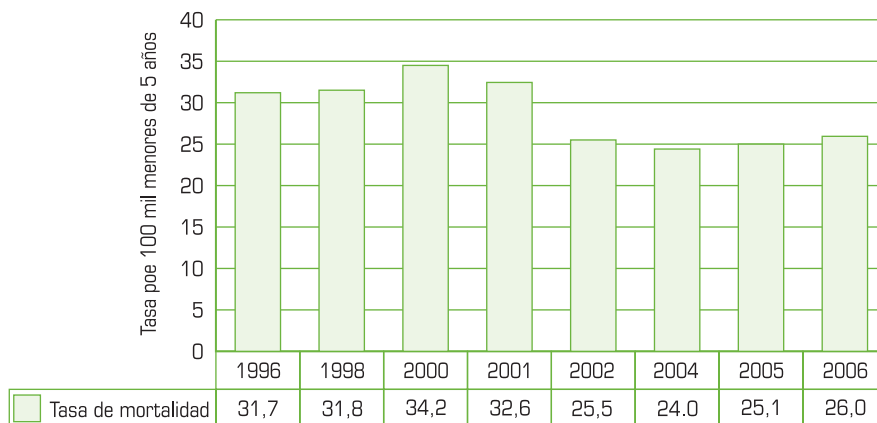
Apéndice 2. Tabla de datos: Total de defunciones por IRA en menores de 5 años. Colombia. 2000-2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La mortalidad por IRA, en menores de 5 años ha variado desde un valor de 31,7 x 100 mil niños menores de 5 años en 1996 a un valor de 26 en 2006 de acuerdo con datos DANE. Tendencia: un segmento de fluctuación entre 30 y 35 x 100 mil menores de 5 años entre 1996 y 2001 y otro segmento de fluctuación entre 24 y 26 entre 2002 y 2006.

Gráfico 18. Mortalidad por IRA en menores de cinco años, 1996-2006 (tasa por 100 mil menores de 5 años)



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

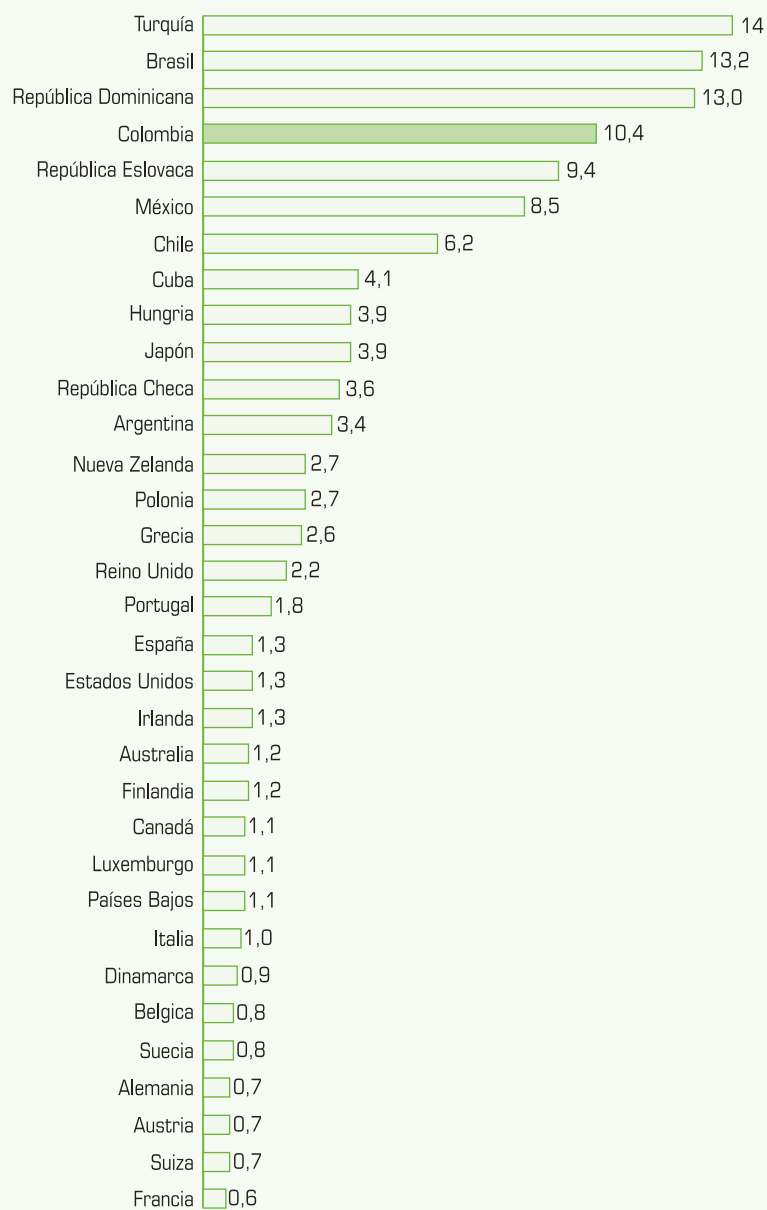
Nota: Según los datos que presenta el DANE en cuanto a mortalidad ya consolidada para Colombia en el año 2004, las IRA constituyen la quinta causa de mortalidad en los niños menores de 1 año, con tasas de 90 x 100.000 habitantes para hombres y 81,6 para mujeres, y la primera causa en los niños de 1 a 4 años con tasas para este grupo etáreo de 8,4 x 100.000 habitantes para hombres y 7,2 para mujeres. Aunque las tasas de mortalidad secundarias a neumonía han disminuido en los últimos años esta entidad continúa siendo la principal causa de muerte en población menor a 5 años.⁽⁶⁾

Referencias bibliográficas

- Organización Panamericana de la Salud. Análisis y formación de conjuntos de prestaciones de atención para enfermedades respiratorias de carácter epidémico. Washington, 2007.
- 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.
- 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.
- Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo técnico. P. 65.
- OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/eGlos.htm>
- Instituto Nacional de Salud – Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Protocolo de Infección Respiratoria Aguda. Versión actualizada 2006.

Referenciación internacional

Gráfico 19. Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años en países diversos* (%) 2000



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 1.6.2

Tasa de mortalidad por EDA de niños menores de 5 años

Racional

Según la OMS se estima que 1,8 millones de personas mueren cada año en el mundo debido a enfermedades diarreicas (incluido el cólera), 90% de esas personas son niños menores de cinco años, principalmente procedentes de países en desarrollo. Se considera que 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes lo cual si fuera corregido habría una reducción entre 21% y 32% de la morbilidad por diarrea, además las medidas de higiene, entre ellas la educación sobre el tema y la insistencia en el hábito de lavarse las manos, pueden reducir el número de casos de diarrea en hasta 45%.⁽¹⁾

En la última década del siglo XX, la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA- fue uno de los problemas de salud pública más serios en los países en desarrollo y se constituye en una de las principales causas de enfermedad y muerte en los niños menores de 5 años, la mayor morbimortalidad la sufren los niños menores de dos años y se estima que aproximadamente de 80% a 90% de las muertes por diarrea, ocurre en ese grupo de edad.⁽¹⁾

De acuerdo con estudios efectuados por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF-, las dos principales complicaciones de las EDA son la deshidratación y la desnutrición.⁽²⁾

Cada año en las Américas, más de 250.000 niños mueren antes de los 5 años por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición, y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa de 60 a 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud y de 40 a 50% de las hospitalizaciones de niños menores de 5 años. Esta abrumadora carga de sufrimiento y muerte ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero es más seria en países donde las tasas de mortalidad infantil superan 40 muertes por mil nacidos vivos.⁽²⁾

La mortalidad por EDA se encuentra entre las diez principales causas de mortalidad infantil en Colombia.⁽⁴⁾ En Colombia, la enfermedad diarreica aguda ocupa los pri-

meros lugares de morbi-mortalidad en la población menor de cinco años, especialmente en los municipios con mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. 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.⁽³⁾

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.⁽⁵⁾

Un aumento progresivo de este indicador nos puede alertar al fortalecimiento de las intervenciones de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.⁽⁶⁾

Adicionalmente nos permite cumplir la meta del milenio Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.⁽⁷⁾

Descripción

Este indicador se considera un trazador de la accesibilidad a los servicios de salud y a la calidad técnica de estos servicios. Relaciona el número de muertes de niños menores de 5 años de edad para al que la causa básica de muerte fue una enfermedad intestinal infecciosa para un año dado, entre el número total de niños menores de 5 años por 100 mil. Se calcula como el cociente, para un año determinado, entre el número de defunciones estimadas por enfermedades infecciosas intestinales (códigos 001-009 en la CIE 9 y A00-A09 en la CIE 10) en los menores de 5 años, en un periodo de tiempo definido, y la población de menores de 5 años, multiplicado por 100.000. Se trata de un indicador muy utilizado para expresar la supervivencia y calidad de la vida infantil a partir del nivel de la mortalidad en la primera infancia.^(1,5,7,8)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.6.2

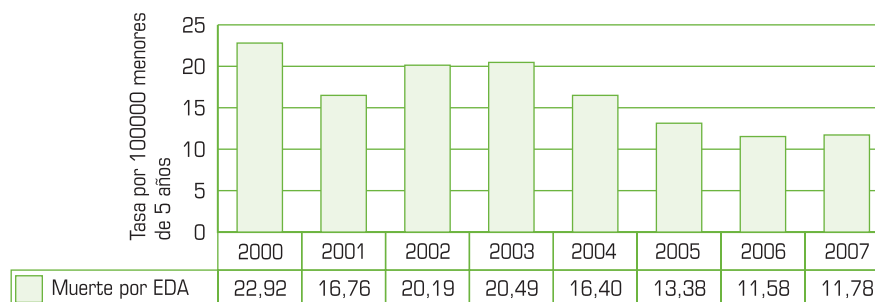
Apéndice 2. Tabla de datos: Total de defunciones por enfermedades infecciosas intestinales. Colombia. 2000-2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Las tasas de mortalidad por EDA en la población menor de cinco años pasó de un valor de 23 casos por 100 mil menores de 5 años en el año 2000 a un valor de 12 casos por 100 mil menores de 5 años en el año 2007.
- Disminuido considerablemente entre 1990 y 2001, de 45,4 a 16,76 con un número de defunciones en 1990 de 2.002 casos a 1.023 casos en el 2001⁽⁵⁾.

Gráfico 20. Tasa de mortalidad por EDA en menores de cinco años. 2000-2007



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

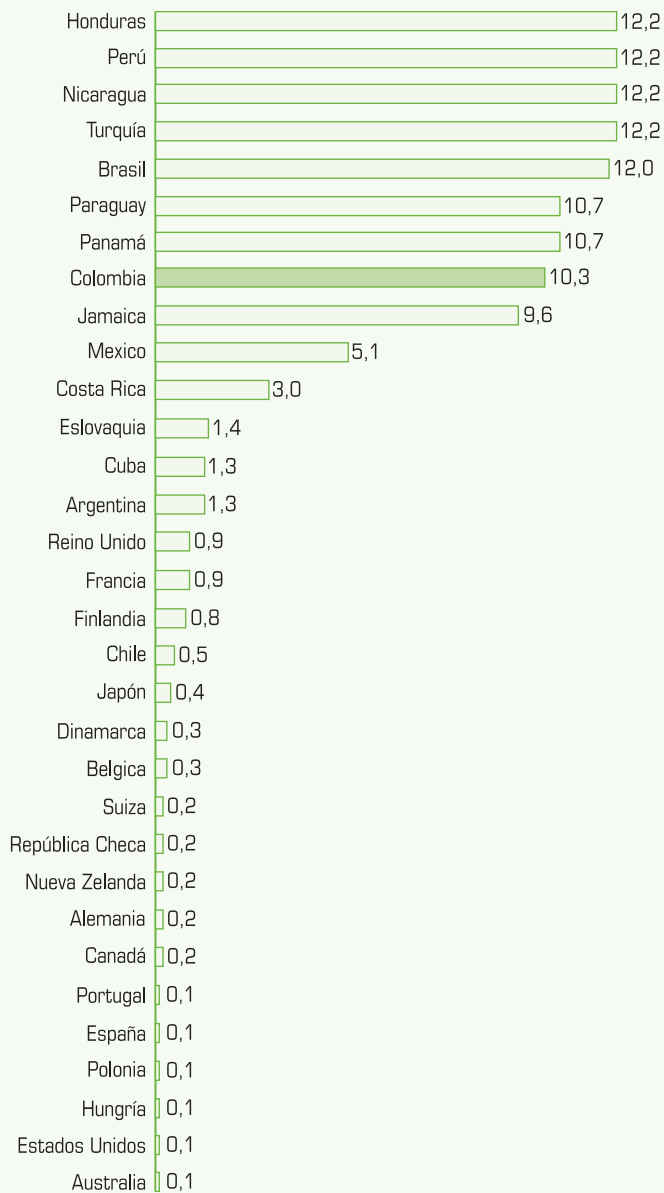
Nota: De acuerdo a los indicadores básicos publicados por el Ministerio de la Protección Social y la OPS, en el 2006 se presentaron 500 muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años, con una tasa de 11,6 x 100.000.⁽⁵⁾

Referencias bibliográficas

- Ministerio de salud de Colombia. Dirección general de promoción y prevención. Resolución 412 de 2000. Guía de atención de enfermedad diarreica aguda Colombia.
- World Health Organization. The World Health Report 2004. Genova. Anex 3 pp. 120-6
- Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas. Publicación Científica N° 549, Washington. 1994.
- Mortalidad por Enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de cinco años. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2008: 13(12):177-92. P. 183
- Instituto Nacional de Salud. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda "EDA". Protocolos de Vigilancia en Salud Pública.
- Guía de atención de la Enfermedad Diarreica aguda. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. 2000
- 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.
- OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/eGlos.htm>

Referenciación internacional

Gráfico 21. Tasa de mortalidad por EDA en niños menores de cinco años en países diversos* (%). Año 2000



Fuente: WHO Statistical Information System. (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 1.7.2

Razón de mortalidad materna (RMM)

Racional

Este indicador muestra el volumen de muertes asociadas al embarazo.⁽¹⁾ En el mundo se producen más de 500,000 muertes maternas cada año. Alrededor del 99 por ciento de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo. Una de cada 48 mujeres en los países en vías de desarrollo tiene posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo. En contraste, en los países desarrollados la relación es de una por cada 1,800.⁽²⁾ Su resolución se aborda no solo con un diverso conjunto de acciones del sector salud, sino también de otros sectores de la sociedad. Se considera un problema evitable con medidas mixtas, dado que está asociado a múltiples determinantes⁽³⁾. Sin embargo, la atención en salud y su calidad, tienen una participación trascendente sobre su presencia.

Garantizar una maternidad segura es uno de los objetivos de desarrollo del milenio. La reducción de las muertes maternas y perinatales por causas médicas y no médicas totalmente prevenibles y susceptibles de intervención a través de la oportuna aplicación de la tecnología disponible.⁽⁴⁾ La vigilancia en salud pública de la mortalidad materna y perinatal es la herramienta básica para el monitoreo y la toma de decisiones que desemboquen en su reducción.⁽⁵⁾ Así mismo, es indispensable mejorar los sistemas de información y registro de muertes maternas y desarrollar procesos de análisis de los casos que permitan identificar los factores determinantes de la mortalidad por esta causa, especialmente en las regiones con tasas más elevadas.⁽⁶⁾ En este aspecto las autoridades sanitarias nacionales y territoriales tiene una responsabilidad directa. El nivel de tolerancia social con la mortalidad materna debería ser “base cero”. La clave está en la capacidad de identificar a cada mujer en embarazo y en poder cuidarla durante el tiempo necesario, para controlar cualquier riesgo de enfermar y morir en éste periodo de su vida, a través de intervenciones sociales y de salud que se requieran para protegerlas. De ahí que las EPS en su papel de “promotoras de la salud de sus afiliados” tienen responsabilidad prioritaria.

Al examinar en detalle el perfil de las patologías asociadas a la mortalidad materna, se puede advertir su fuerte asociación con el acceso y calidad de las atenciones en salud. Dado que es un problema que puede evitarse, está entonces directamente ligado a la efectividad de las acciones de promoción y prevención, así como al tratamiento médico oportuno y adecuado (calidad de la atención). Las variaciones de la RMM se encuentran claramente asociadas con los niveles de cobertura del parto institucional y con la calidad de la atención perinatal. En este sentido, aquellos países con coberturas medias (50 a 75%), pero que mantienen altas tasas de mortalidad, estarían poniendo de manifiesto severas deficiencias de la atención institucional.⁽⁷⁾ La atención en salud “que se requiere para evitar la mortalidad materna consiste en: sencillos métodos y prácticas” (seguimiento médico continuo, traslado efectivo y oportuno a niveles especializados, acceso real a servicios de emergencia)⁽²⁾, entre otros.

Descripción

“Número de mujeres que fallecieron por alguna causa relacionada o agravada por el embarazo o su tratamiento (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales) durante el embarazo y el parto o antes de transcurridos 42 días de la terminación del embarazo, cualquiera que sea la duración y lugar del mismo, por cada 100 mil nacidos vivos”. [...] “El denominador es el número de nacidos vivos”.⁽¹⁾

Información técnica del indicador:

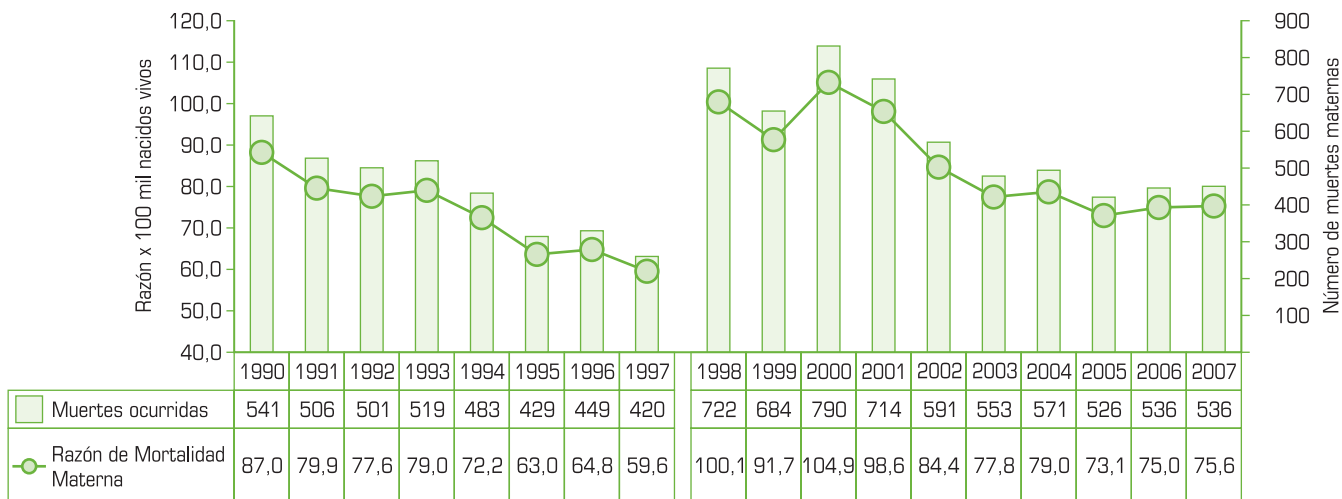
Apéndice 1. Nota Técnica: Código EF 1.7.2

Apéndice 2. Tabla de datos: Defunciones maternas por grupos de edad según departamento de residencia. Colombia. 2000 -2007; Principales causas de mortalidad materna según lista de causas a 3 caracteres. CIE 10. Año 2000-2007

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Gráfico 22. Razón de Mortalidad Materna Colombia. 1990-1997 y 1998-2007



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales.

Nota 1: La tendencia de la mortalidad materna en la serie de estadísticas vitales del DANE, presenta una ruptura en el año 1998, debido a que en este año se cambiaron los formatos de certificado de defunción y de nacido vivo (sistema de Registro Civil y Estadísticas Vitales) y se adoptó la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Antes del año 1998, la serie corresponde a un valor estimado a partir de los registros de defunción, con respecto a una proyección censal de los nacidos vivos. A partir de dicho año la razón se calcula con los datos que arroja el Sistema de Estadísticas vitales, motivo por el cual las cifras previas a 1998 no son comparables con las posteriores. ⁽⁸⁾

Nota 2: Desde 1998 en todos los departamentos, comienza la aplicación de registro de defunciones maternas y la certificación de la mortalidad fetal e infantil. Por lo tanto, el registro de mortalidad materna mejoró ⁽⁹⁾, dejando advertir un importante subregistro antes de 1998.

Nota 3: "... una proporción importante del aumento en la mortalidad por causas obstétricas pudiera atribuirse al mejoramiento en el sistema de registro; éste hecho ha sido documentado ⁽¹⁰⁾ y es más evidente cuando se observa el pico de las causas indirectas de muerte obstétrica, grupo de causas donde se esperaría precisamente la bondad del sistema para neutralizar el enmascaramiento" ⁽³⁾.

- De acuerdo con los datos de las series 1990-1997 y 1998-2007, la RMM varió de 87 a 59,6 y de 100,1 a 75,6 por cada 100 mil nacidos vivos (nv), respectivamente; tendencia: serie 1990-1997 disminución sostenida con "repuntes" en 1993 y en 1996; serie 1998-2007 disminución sostenida con "repunte" marcado en 2000 y "estancamiento" al final de la serie; criterio de referencia 1: menor de 1 x 100 mil nv, valor de los países de mejor desempeño; criterio de referencia 2: metas del milenio, 45 x 100 mil nv para el año 2015. ⁽⁵⁾

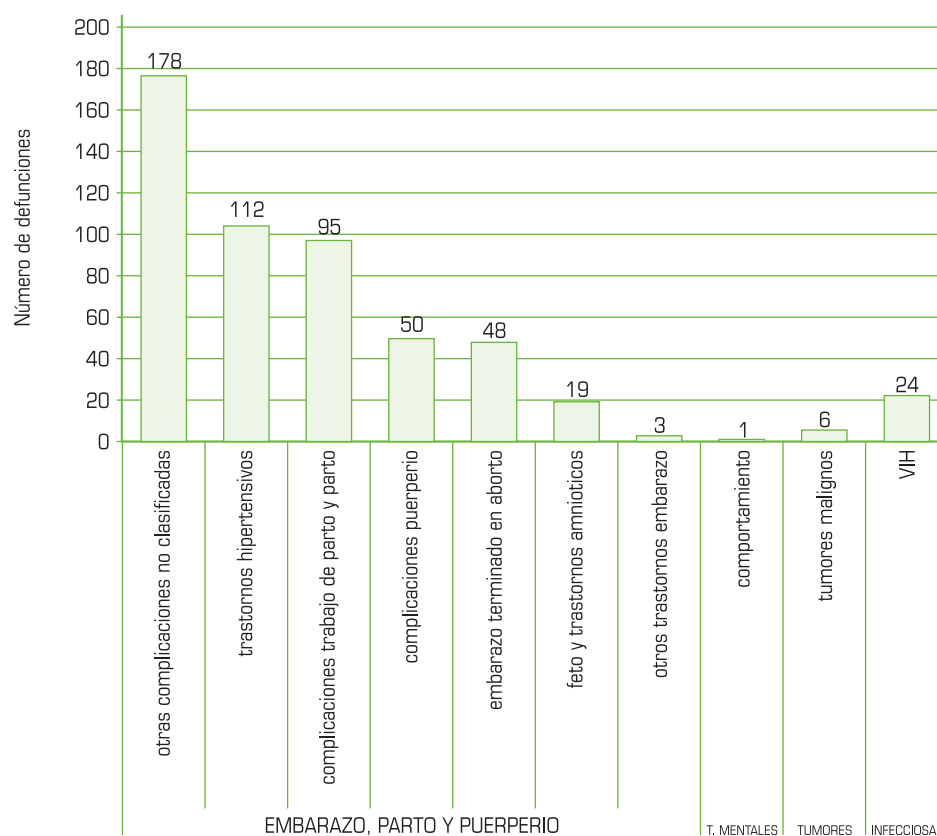
Nota: La RMM para el año 2007 aún está lejos de la meta del milenio, para el año 2015, lo que significa que Colombia requiere tener una reducción sostenida de 3,3 muertes por 100 mil nacidos vivos anualmente para lograr la meta en el país.

- Las patologías asociadas a la mortalidad materna, están relacionadas en su mayoría, con causas obstétricas directas, que son evitables y relacionadas con la calidad de la atención en salud.
- La mortalidad materna en Colombia, tiene una variación territorial significativa y mayor impacto en las edades extremas del llamado periodo de edad fértil (15-45 años).

Nota 1: En algunos departamentos se duplica y se triplica la RMM respecto al promedio nacional: en Chocó, Nariño, Amazonas, Caquetá, Cauca y Putumayo, cuyos índices de desarrollo humano son los más bajos del país, lo mismo que en zonas afectadas por la violencia, en la zona rural y en población indígena. ⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾

Nota 2: Al observar el comportamiento de la mortalidad materna en cada grupo de edad, se observa que en las jóvenes entre 15 y 19 años la tasa es más alta que en las mujeres de 20 a 24 años. [...] Así mismo, se observa que el mayor riesgo de muerte materna está relacionado con los nacimientos después de los 34 años. ⁽¹⁴⁾

Gráfico 23. Causas mortalidad materna 2007 Colombia.



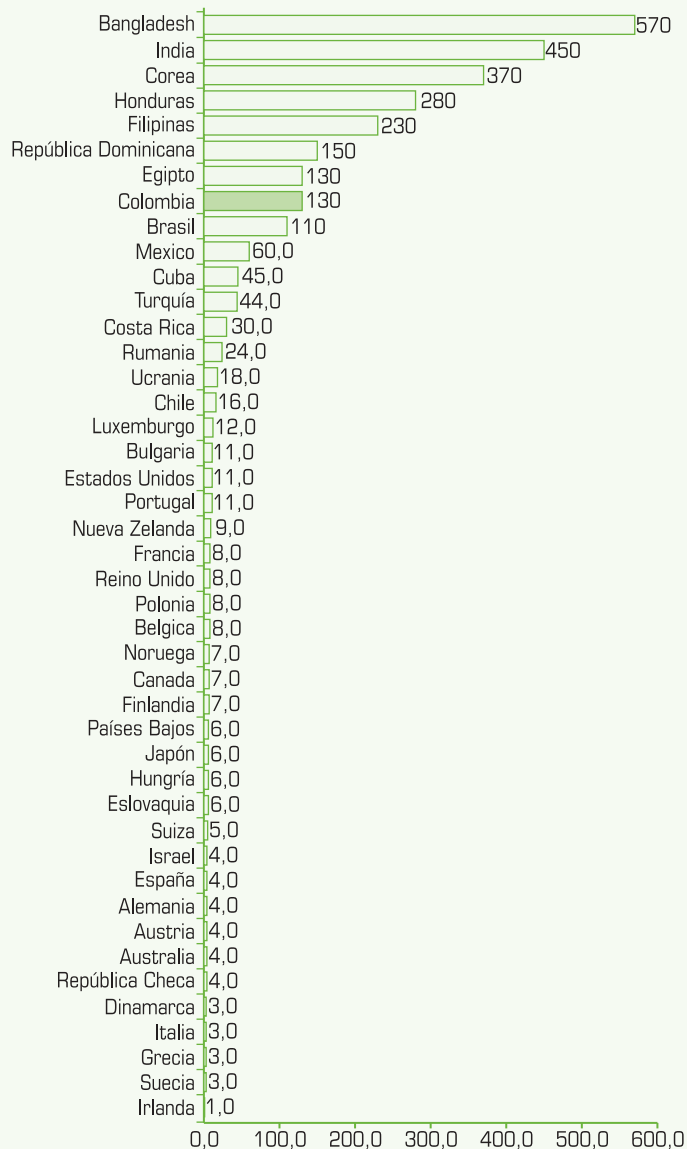
Fuente: DANE. Estadísticas Vitales.

Referencias bibliográficas

- 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. 35
- Daniela Díaz y Dora Sánchez-Hidalgo. La Mortalidad Materna: Un Problema Sin resolver. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. México, Octubre, 2002. Pp. 3-6.
- Gómez Arias. Ruben Dario, La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia. 1985-2001. Trabajo de tesis. Universidad de Alicante. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Mayo 2008. Pág. 191.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). Informe sobre la salud del mundo 2004. Cambiar el rumbo de la historia, anexo estadístico. Ginebra, 2004. Pp. 103
- Concejo Nacional de Política económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social No. 91. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015" Marzo. 2005.
- Política nacional De salud sexual y reproductiva. Fondo de población de las naciones unidas. Bogotá, febrero de 2003. Pp. 16
- Acciones de Salud Materno Infantil A nivel Local: Según las metas de la cumbre mundial para la Infancia. Organización Panamericana de la Salud.
- Análisis de Salud sexual y reproductiva 2006: indicadores trazadores. Ministerio de la Protección Social. Pp. 6-10
- Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Enfermedades inmuno prevenibles. Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C., noviembre 2005. Pp. 50
- Ruiz M. La mortalidad materna en Colombia 1998-2001 ¿Cuánto ha mejorado su estimación? Población, pobreza y desarrollo: memorias del día mundial de la población 2004. Bogotá: Fondo de población de las Naciones Unidas; 2005. p. 133-58. Citado por Gómez Arias. Ruben Dario. En La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia. 1985-2001. Pág.208.
- Informe nacional 2003- 2006 Seguimiento de la aplicación del plan de acción "un mundo apropiado para los niños" Nueva york, 2002. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Bogotá, D.C. 9 de marzo de 2007. Pp. 20-21
- www.asivamosensalud.org/index2.php
- Informe de la vigilancia rutinaria de la mortalidad materna y perinatal, Colombia, 2007. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2008; 13(17):255-7. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Pp. 255
- Prada Salas, Elena. Mortalidad materna en Colombia, evaluación y estado actual. Family Care Internacional (FCI), Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP). Medellín; 2001, p. 7.

Referenciación internacional

Gráfico 24. Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) en diversos países*. 2005



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS). http://apps.who.int/whosis/database/core/core_select.cfm

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 1.7.3 Tasa de mortalidad perinatal (RMP) Indicador EF1.1.3 Mortalidad fetal tardía (MFT) y Indicador EF1.4.2 Mortalidad Neonatal Temprana (MNT)

Racional

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad de la atención prenatal posterior a 28 semanas, la atención del parto y puerperio y los cuidados del recién nacido en sus primeros 8 días de vida. Sin embargo, a pesar de su utilidad, existen graves problemas de subregistro de estos datos.⁽¹⁾ Se reconoce que debido a los nacimientos y muertes que ocurren por fuera de los ambientes hospitalarios, las causas y las cifras de mortalidad neonatal también son bastante imprecisas.⁽²⁾ La tasa (y 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 calidad en la prestación de los servicios de salud.⁽³⁾

Se calcula que cada año se presentan 8 millones de muertes perinatales en el mundo, la mitad antes del nacimiento, 2.9 millones antes de los siete días de vida y 1.1 millones entre los días 7 y 28 día de vida. El 98% de ellas ocurren en los países en vías de desarrollo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número, las tasas de mortalidad neonatal y mortinatalidad más elevadas son las del África subsahariana, donde se reportan tasas de 76 por 1000 nacidos vivos y en algunas áreas hasta de 200 por 1000 nacidos vivos.⁽⁴⁻⁵⁾ La OMS establece que en el año 2000 la tasa de muerte perinatal para los países desarrollados en su conjunto fue de 10 defunciones por cada mil nacimientos, mientras que en los países en desarrollo la tasa alcanza 60 muertes por cada mil nacimientos en los países más pobres del planeta.⁽¹⁾

De acuerdo con la magnitud que tiene este evento, la mortalidad perinatal se ha constituido en un importante indicador que refleja el estado de salud materna e infantil, las condiciones de atención obstétrica, de cuidado perinatal y el nivel de desarrollo de la población. Su reducción se ha considerado también como un indicador de mejoramiento

de la salud de la población y refleja los avances en la calidad del control prenatal y perinatal. Es un importante indicador de la calidad de la atención en salud.⁽⁶⁾

Este indicador, está fuertemente asociado a la calidad de las atenciones en salud que se brindan durante el cuidado prenatal, la atención del parto y la atención del recién nacido y directamente relacionadas con causas evitable. Dentro de las principales causas de las muertes perinatales se encuentran: la desnutrición materno fetal, la infección (fetal y neonatal), las complicaciones derivadas de la prematuridad, la hipertensión crónica o la inducida por el embarazo, el parto distócico y la iatrogenia durante el parto, la hipoxia feto-neonatal y las malformaciones congénitas, los recién nacidos traumatizados pueden llegar a sobrevivir; pero sufren como consecuencia discapacidad física o mental para el resto de sus vidas.⁽³⁻⁷⁾ Las muertes perinatales, infantiles y de la niñez constituyen un reflejo de las acciones que se desarrollan por los prestadores en los distintos niveles de atención.⁽⁸⁾

Descripción

La tasa se obtiene del cociente entre la suma del número de muertes fetales tardías (28 o más semanas completas de gestación según la CIE-9 o 22 o más semanas completas de gestación según la CIE-10) y el número de muertes neonatales precoces (menos de 7 días de vida) (numerador) y el número de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por mil. Expresa el riesgo absoluto de morir durante el periodo perinatal.⁽⁹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota Técnica: Código EF 1.7.3

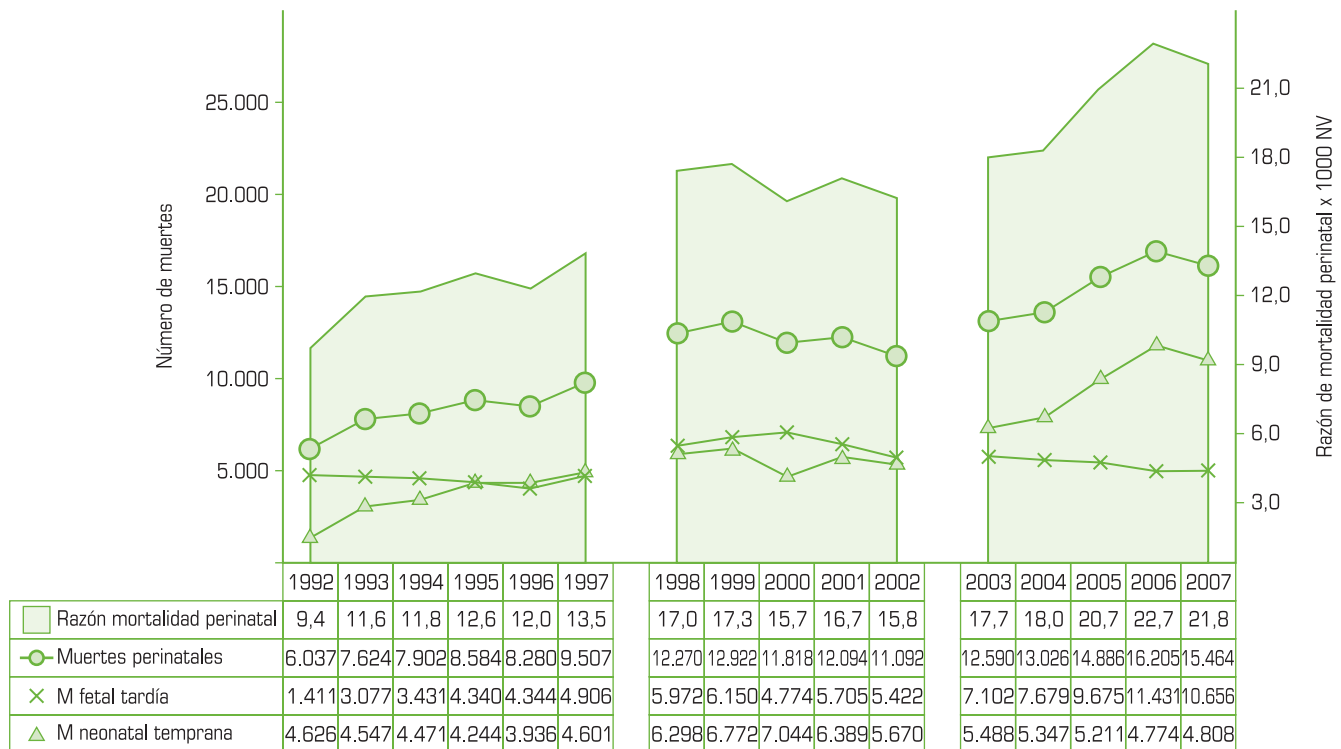
Apéndice 2. Tabla de datos: Defunciones fetales por tiempo de gestación y sexo, según grupo de causas de mortalidad. Años 1992-2007; defunciones neonatales por grupos de edad y sexo. Colombia. 1992-2007; diez primeras causas de mortalidad fetal, según grupos de la CIE-10. Colombia. 1998-2007; mortalidad perinatal por características seleccionadas. Colombia. 2000-2005.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La mortalidad neonatal temprana, tuvo en los tres segmentos de tiempo revisados entre 2002 y 2007, unas magnitudes que fluctuaron en un rango de estabilidad en el periodo, que inicia con 4.626 muertes en 1992 y termina con 4.808 en 2007, y oscila entre un valor máximo en 2002 de 7.044 y mínimo de 3.936 en 1996, con un promedio anual de 5.264 muertes.
- La mortalidad fetal tardía, presentó en los tres periodos de registros un comportamiento diferente:
- En el segmento 1992-97, tuvo un crecimiento anual sostenido, con unas variaciones que fluctuaron entre un 1.411 en 1992 y 4.906 en 1997; y un promedio anual de 3.585 muertes.
- El segundo periodo de registros 1998-02, tuvo un comportamiento estable con variaciones leves dentro de un rango de fluctuaciones de 4.774 muertes en el año 2000 y 6.150 en 1999 y un promedio anual de 5.605 muertes y un tercer periodo de 2003-07, tuvo un significativo incremento anual sostenido, que fluctuó entre 7.102 en 2003 y alcanzó un valor máximo de 11.431 en 2006, con un promedio de 9.309 muertes.
- La mortalidad perinatal total, tiene un comportamiento que está determinado por la mortalidad fetal tardía y por tanto, con variaciones similares, para cada uno de los tres periodos de registros.
- Derivado de lo anterior, la magnitud de la RMP tuvo un valor máximo de 22,7 por cada 1000 mil nacidos vivos (nv) en 2006 (tercer periodo de registros) y un valor mínimo de 9,4 en 1992 (primer periodo de registros).
- Criterio de referencia: mejor desempeño regional: razón de mortalidad perinatal Chile 8.8 por mil nacidos vivos ⁽⁴⁾.
- Existen diferencias regionales importantes en la presentación de la RMP, correspondiendo a los departamentos de la zona oriental y al Chocó, los peores resultados.

Gráfico 25. Razón de mortalidad perinatal (RMP) por 1000 NV y número de muertes fetales tardías, neonatal temprana y perinatal total en Colombia entre los años 1992 y 2007



Fuente: Datos mortalidad y nacidos vivos DANE. Estadísticas Vitales y Boletín anual de indicadores básicos de salud OPS. 2008.

Nota 1: Los datos de mortalidad fetal tardía, son reportados por el DANE, corresponden a la suma de los segmentos de mortalidad fetal entre 28 y 37 semanas y entre 39 y 42 semanas; Los datos de mortalidad neonatal temprana, son reportados por el DANE, corresponden a la suma de los segmentos reportados de mortalidad neonatal precoz, entre muertes menores de 1 día y entre 1 y 6 días. Los datos de nacidos vivos (nv) de 1992 a 1997, corresponden a la "estimación de NV con base en la relación de nacimientos del periodo 1988 a 2001 y la población total del país" presentados en el Boletín de indicadores básicos Colombia OPS 2008 pg. 9. Los datos de nv 1998 a 2007 corresponden a estadísticas vitales DANE.

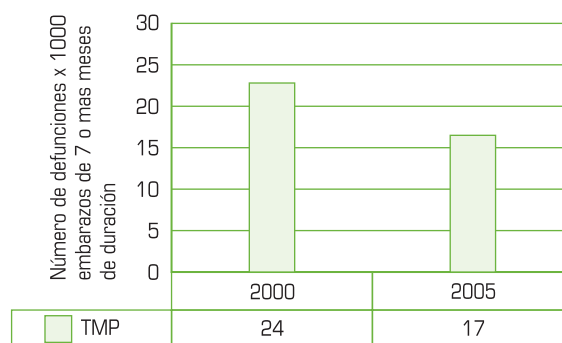
Nota 2: Para el año 2007, se consideró el dato de mortalidad fetal tardía del DANE, aunque no tenía el rótulo correspondiente al periodo de 39 a 42 semanas que se venía utilizando en los años anteriores y en cambio aparece el dato rotulado "ignorado". Es necesario valorar la tendencia de años posteriores en los siguientes informes DANE.

Nota 3: Los tres segmentos en los que se divide el gráfico, corresponde a los cambios en los sistemas de registros, así: "El certificado de defunción que se ha empleado en Colombia para la recopilación de la información de mortalidad ha sufrido diversas modificaciones en sus diferentes preguntas. Uno de esos cambios ha estado relacionado con tiempo de gestación en que falleció el feto o el menor de un año. Hasta 1996 se podía escribir en números el tiempo de gestación en que ocurría el fallecimiento. Desde entonces ha variado la forma en que se puede suministrar esta información. Desde 1997 y hasta 2001 se optó por colocar una serie de alternativas que incluyeron menos de 20 semanas, de 20 a 27 semanas, de 28 y más semanas e ignorado⁽¹⁰⁾ entre las cuales se debía seleccionar la respuesta. A partir de 2002, las opciones de respuesta a esta pregunta se adaptaron a las recomendaciones internacionales para recolectar información sobre mortalidad perinatal y el certificado de nuevo permitió recopilar datos a partir de las 22 semanas de gestación. A partir de 1997 se inició igualmente la codificación de la causa básica de defunción de acuerdo con las reglas de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Después, en 1998, el certificado amplió el número de preguntas que permiten caracterizar la defunción".⁽¹¹⁾

Nota 4: Según el Instituto Nacional de Salud, Las razones de mortalidad fetal tardía más altas se registraron en Guaviare (11,7), Vichada (11,5) y Guainía (11,5); y las razones de mortalidad neonatal temprana más altas se presentaron en Vichada (15,1), Guaviare (13,8), Chocó (13,3), Guainía (12,7), Vaupés (11,8) y Caquetá (11,7). El 80,5% de las muertes fetales tardías ocurrieron antes del parto, 12,9% durante el parto y para el 6,5% restante el momento de la muerte no se determinó.⁽⁶⁾

- Otra fuente de información valiosa, sobre mortalidad perinatal en Colombia, corresponde a la generada de forma quinquenal en la encuesta nacional de demografía y salud de Profamilia. Dadas las variaciones en los registros DANE, se presenta adicional los datos de la ENDS realizados en las encuestas de los años 2000 y 2005.
- La tasa de mortalidad perinatal es de 17 muertes por 1000 embarazos de 7 o más meses de duración, con un número mayor de muertes neonatales tempranas que de mortinatos. Frente a la encuesta del 2000 la tasa de mortalidad perinatal bajo de 24 a 17 por mil.

Gráfico 26. Mortalidad perinatal 2000 y 2005



Fuente: Datos ENDS años 2000 y 2005.

Nota 1: En la ENDS la tasa de mortalidad perinatal se calcula sumando el número de mortinatos y muertes neonatales tempranas dividida por el número de embarazos de 7 ó más meses. Los mortinatos corresponden a las muertes fetales tardías, es decir, en embarazos de 7 ó más meses de duración y las muertes neonatales tempranas son aquellas que ocurren durante los primeros 7 días entre niños nacidos vivos.

Nota 2: En relación con la encuesta 2000, en todas las regiones ha disminuido la mortalidad perinatal en el 2005, principalmente en las regiones Oriental y Bogotá. Los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal fueron: Chocó (37 por mil), Magdalena (35 por mil), Cesar (29 por mil), Vichada (28 por mil), Nariño y Amazonas (26 por mil NV), Cauca y Guaviare (24 por mil), Córdoba, Norte de Santander y la Guajira (23 por mil). La tasa de mortalidad perinatal de la subregión del Litoral Pacífico es especialmente elevada: 88 por mil, casi tres veces el nivel encontrado en otros departamentos de la misma región (33 por mil en Cauca-Nariño) y 8 veces más alta que la de Cali (88 por mil comparada con 11 por mil).⁽³⁾

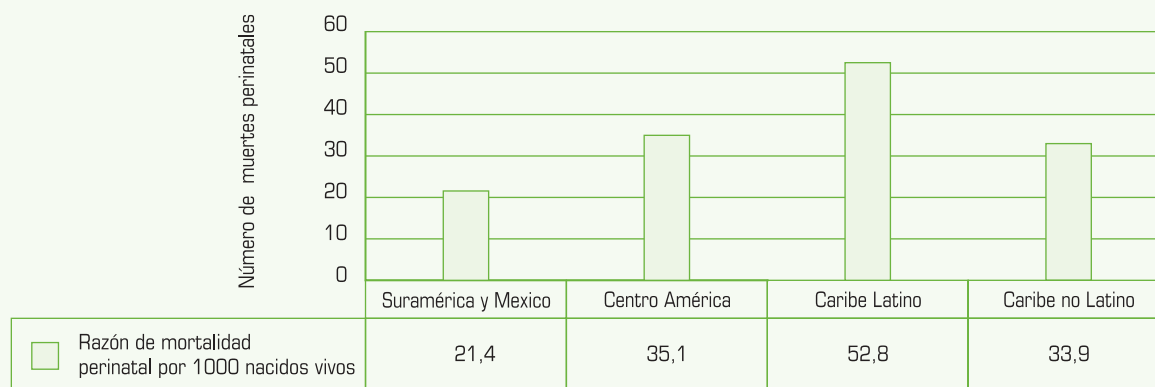
Nota 3: Entre las mujeres sin educación, los riesgos de tener un nacido muerto o una muerte neonatal son casi 5 veces los de las mujeres con educación universitaria (37 y 8 por mil respectivamente). La mortalidad perinatal es ligeramente más alta en la zona rural (26 por mil) que en la urbana (22 por mil). La mortalidad perinatal para las madres que tenían 40-49 años en el momento del nacimiento es especialmente alta (45 por mil), en comparación con los otros grupos de edad (un poco más de 20 por mil para las mujeres de 15-24 años).⁽¹²⁾

Referencias bibliográficas

1. 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. 141 <http://evaluacion.salud.gob.mx>
2. Child Health Research Project special report. Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a Meeting Baltimore. 1999 May 10-12; 3 (1):50.
3. Protocolo de vigilancia de mortalidad perinatal. Instituto Nacional de Salud - Subdirección de Vigilancia y Control. [Http://www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)
4. 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).
5. Zuleta Tobón, John Jairo, Gómez Dávila, Joaquín Guillermo y Jaramillo Posada, Diana Cecilia. Análisis poblacional de la mortalidad perinatal. Colombia 2005
6. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2009; 14(8):113-28. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Pp. 113-123 <http://www.ins.gov.co>
7. Acciones de Salud Materno Infantil: A nivel local. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. Pp. 222
8. Guía para la vigilancia de la mortalidad Perinatal, infantil y de la niñez. Ministerio de salud pública y asistencia social dirección de regulación - Gerencia de atención integral en salud a la mujer y niñez. El salvador, C.A. mayo 2005.
9. OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/eGlos.htm>
10. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Manual de pre crítica y codificación para los certificados de nacido vivo y de defunción. Impreso en la División de Ediciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Bogotá, 1999.
11. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2008; 13(17):255-70. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Pp. 255-267 <http://www.ins.gov.co>
12. Profamilia.. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia ENDS. 2000 y 2005.

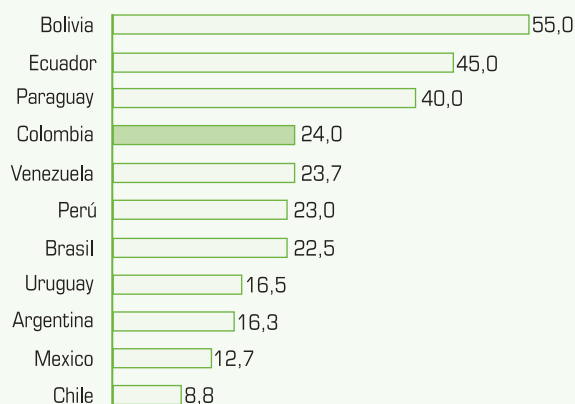
Referenciación internacional

Gráfico 27. Razón de mortalidad perinatal en América latina y el Caribe.2003



Fuente: CLAP-OPS/OMS actualización de octubre de 2003, publicado 2005

Gráfico 28. Razón de mortalidad perinatal en América Latina* (x1000 NV) 2003



Fuente: CLAP-OPS/OMS actualización de octubre de 2003, publicado 2005.

La cita reportada de Colombia corresponde a datos de ENDS-2000.

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 1.7.4

Tasa de mortalidad infantil (TMI)

Racional

La mortalidad infantil es posiblemente el indicador más usado en salud pública en todo el mundo. Fue ratificado en la Cumbre del Milenio del año 2000 y su reducción es una de las ocho prioridades de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que deberían alcanzarse en 2015.⁽²⁾ Como muchas veces no se dispone de datos sobre la incidencia o prevalencia de las enfermedades (datos sobre la morbilidad), las tasas de mortalidad se utilizan con frecuencia para identificar la situación de salud.⁽¹⁾ Este indicador se emplea con mucha frecuencia porque capta la calidad de vida y el nivel de desarrollo social. De igual forma, es muy sensible a las diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de la atención que recibe la madre y el niño. La mortalidad infantil es muy sensible a las condiciones de vida de las poblaciones y en ese sentido es un alto predictor de las desigualdades sociales.⁽²⁾

La mortalidad infantil, es uno de los indicadores más sensibles para expresar el desarrollo de una sociedad, está íntimamente ligada a las condiciones generales de carácter económico y social, así como a una amplia red de interacciones entre éstas y la situación sanitaria particular.⁽³⁾

Se calcula que en el mundo mueren anualmente 4 millones de niños durante el año, según estimaciones de la OMS. En Colombia durante el año 2007, ocurrieron 10.867 muertes⁽⁴⁾

La tasa de mortalidad infantil es un indicador del grado de desarrollo de un país⁽⁴⁾ 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.⁽²⁾

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.⁽⁵⁾

La TMI es un indicador sintético del desarrollo social y económico de toda una comunidad, que se utiliza como medida de bienestar social, desbordando los límites del sistema sanitario de una nación y de la medición numérica de un grupo de defunciones; con frecuencia el indicador está incluido en los informes sociales o económicos del Banco Mundial.⁽⁷⁾

El descenso de la MI está asociado a diversas causas, entre las cuales se destacan el mejor nivel educativo de las mujeres, los esfuerzos sistemáticos por llevar mensajes educativos sobre salud a la población y un mayor acceso a los servicios básicos de salud, condicionantes que contribuyen al descenso en la mortalidad por EDA y la morbimortalidad por IRA y enfermedades prevenibles por vacunación.⁽⁸⁾ En Colombia, la tasa de mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud que ha logrado mayor descenso y transformación en su estructura durante los últimos años, pasando de 123,2 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en 1950 a 37 en 1990.⁽⁸⁾

Descripción

La tasa de mortalidad infantil mide la intensidad de la mortalidad durante el primer año de vida en una población.⁽⁶⁾ Se calcula estableciendo un cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período (numerador) y el total de nacidos vivos del mismo período (denominador), expresado por 1000 nacidos vivos. La TMI representa el riesgo (probabilidad) de morir durante el primer año de vida en una población determinada.^(1,6,10)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 1.7.4

Apéndice 2. Tabla de datos: Defunciones por grupos de edad según departamento y municipio. Colombia 1998-2007.

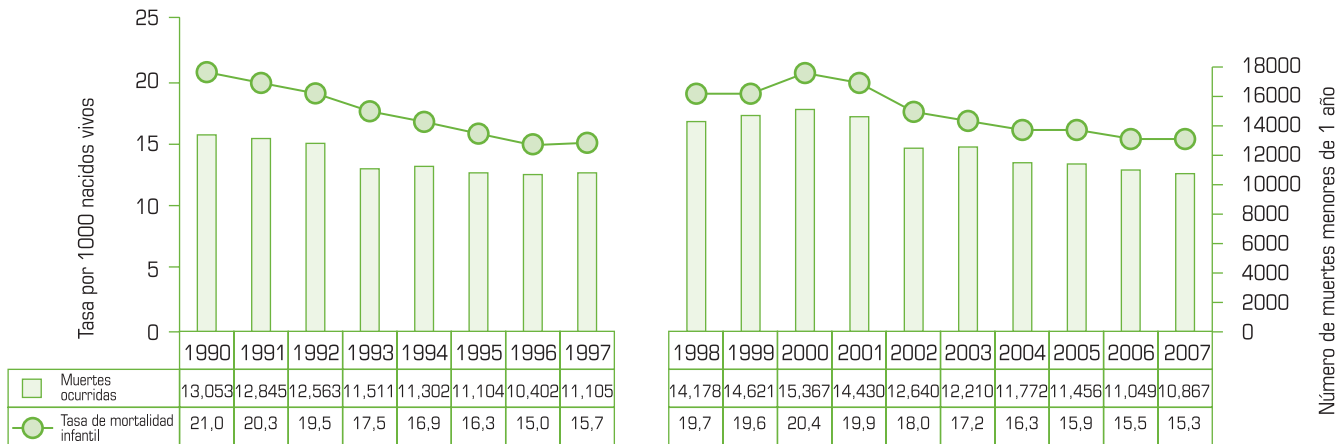
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La magnitud de la mortalidad infantil cambio entre 1990 y 1997, pasando de una tasa de 21 a otra de 15,7 por mil nacidos vivos. En el periodo 1998 a 2007, la magnitud de la mortalidad infantil cambia de una tasa de 19,7 a otra de 15,3 muertes por 1000

nacidos vivos. En ambas series de tiempo, la tendencia es decreciente. Criterio de referencia: meta del milenio de 14 defunciones por mil nacidos vivos para el año 2015.⁽¹⁾

Gráfico 29. Mortalidad Infantil Colombia – Tasa x 100 NV 1990-1997 y 1998-2007



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales.

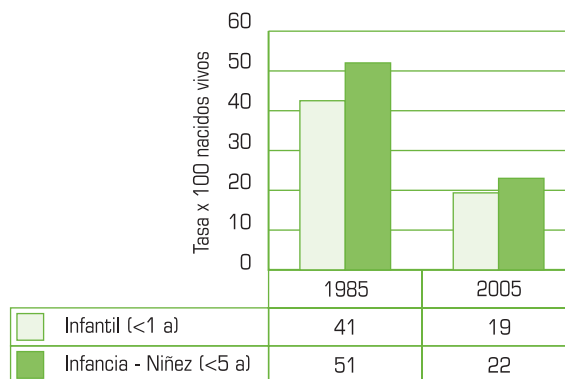
Nota 1: En 1998 cambió la forma de medición de la mortalidad. Las cifras no son comparables. Por favor, revisar notas de pie de gráfico del indicador EF1.7.2.

Nota 2: Para la serie 1990-1997 el denominador utilizado corresponde a la estimación de nacidos vivos con base en la relación de nacimientos del período 1998-2001 y la población total del país. Para la serie 1998-2007 el denominador usado corresponde a información de nacidos vivos de las estadísticas vitales.

Nota 3: En el perfil de causas de muerte infantil, continúan predominando las relacionadas con el periodo perinatal y las infecciones respiratorias agudas. Para el grupo de 1 a 4 años, predominan las infecciones respiratorias agudas, las deficiencias nutricionales, el ahogamiento y los accidentes y las enfermedades infecciosas intestinales. Destaca la tendencia sostenida a la reducción de la mortalidad por causas infecciosas, EDA e IRA para ambos grupos de edad.⁽⁸⁾

- Según fuente ENDS, la TMI también disminuyó de manera sostenida, al igual que la mortalidad de la infancia (niñez) para menores de 5 años.

Gráfico 30. Diferencial de mortalidad infantil y en la infancia 1985 – 2005



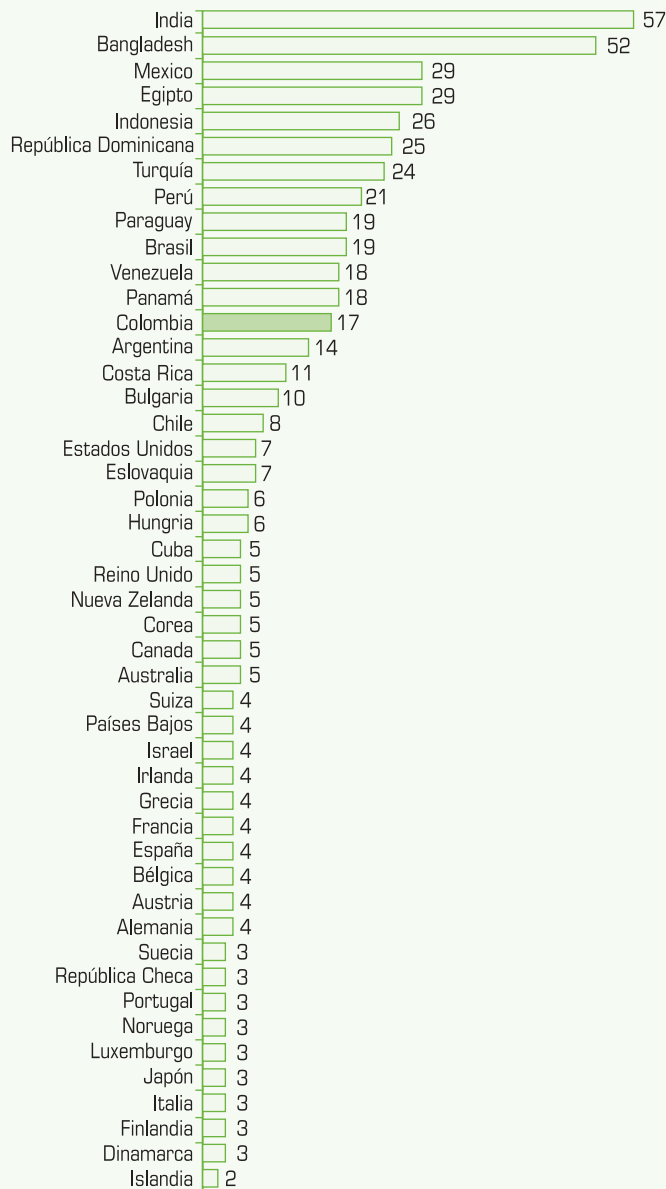
Fuente: ENDS 2005.

Referencias bibliográficas

1. 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. 32
2. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2007. Pp. 19 <http://evaluacion.salud.gob.mx>
3. Mortalidad infantil y condiciones de vida. KAIROS. Revista de Temas Sociales. Publicación de la Universidad Nacional de San Luis. Proyecto Culturas Juveniles Urbanas Año 10. N° 18. Noviembre de 2006. <http://www.revistakairos.org>
4. Así vamos en salud. Fundación SantaFe de Bogotá. Fundación Corona. <http://www.asivamosensalud.org>
5. 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
6. Carvajal A, Cruz C, Vásquez M. Biometría. Cali: Universidad del Valle; 1993.
7. Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia. Estado Mundial de la Infancia 2004. Nueva York: UNICEF; 2003
8. Ministerio de la Protección Social. Análisis de Situación de salud de la infancia 2006: Indicadores Trazadores. Bogotá D.C. PP. 1-5
9. Salud de los niños menores de 5 años. Salud en las Américas, 2007. Volumen II- Países. Colombia. PP. 224
10. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicial; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#c>

Referenciación internacional

Gráfico 31. Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) en países diversos*. 2006



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 2.1.1

Proporción de coberturas de vacunación adecuados en niños menores de un año

Racional

La vacunación no es un fin en sí mismo; debe lograr la inmunidad y en última instancia, reducir la morbilidad y reducir el número de muertes por enfermedad. Cuando se sustituye la inmunidad adquirida naturalmente por la inmunidad que ofrece la vacuna, el efecto epidemiológico sobre el patrón de comportamiento de la enfermedad dependerá de la tasa de cobertura de vacunación. La cobertura de vacunación debe ser calculada por grupo de edad y área geográfica (municipios por ejemplo) lo cual permite dirigir las acciones de vacunación hacia los grupos menos protegidos y las áreas de más alto riesgo.⁽¹⁾

Los resultados de la evaluación de cobertura proporcionan un importante sustento para la toma de decisiones. En el análisis de áreas prioritarias, sirven para definir la necesidad de realizar las siguientes acciones: definir el área de baja cobertura y aumentar las coberturas pertinentes.⁽¹⁾

La vacunación, es una de las acciones de mayor costo efectividad probada a nivel sanitario como intervención tanto individual como colectiva y su mayor importancia radica en la prevención de la mortalidad y morbilidad infantil. En la actualidad se pueden prevenir once enfermedades infecciosas y se estima que se salvan tres millones de vidas anualmente.⁽²⁾

La aplicación de vacunas en una población tiene como fin último lograr inmunidad colectiva, entendida esta como la resistencia que la comunidad tiene ante la invasión y diseminación de un agente infeccioso, con base en la protección contra la infección de una gran proporción de individuos del grupo. Es decir, se trata de minimizar la capacidad del agente a mantenerse en circulación, reduciendo la probabilidad de encontrar susceptibles.⁽²⁾

En el transcurso de la última década el esquema del programa regular de vacunación del país se fue mejorando progresivamente con vacunas más seguras y eficaces, de tal forma que en la actualidad este prevé la vacunación contra 11 enfermedades incluyendo adicionalmente hepatitis B, meningitis e infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo B (HiB) en menores de un año; así como contra rubéola, paperas y sarampión (triple viral) y fiebre amarilla en niños y niñas de un año. Para el resto de la población el programa incluye la aplicación de refuerzos de las principales vacunas a los 18 meses y 5 años de edad, la vacunación contra fiebre amarilla a población entre 2 y 65 años en zonas de riesgo, la vacunación contra sarampión y rubéola en postparto y postaborto, la aplicación de toxoide

tetánico y diftérico en control prenatal y a mujeres en edad fértil en municipios de alto riesgo y la contención de brotes de meningitis por meningococo.⁽³⁾

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es el resultado de una acción conjunta de las naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años. Las enfermedades objeto del Programa son: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina (pertussis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, influenza y hepatitis B. Para que un programa de vacunación cumpla con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles y de producir la inmunidad de grupo, se requiere de coberturas de vacunación iguales o superiores al 95 % en la población objeto del programa, con el fin de alcanzar un umbral de inmunidad comunitario que limite la transmisión.⁽²⁾

La prevención de enfermedades es una de las tareas sustantivas de todo sistema de salud y la vacunación, es sin duda, uno de los grandes logros de la salud pública en los últimos años. Su seguimiento permite establecer la capacidad del sistema para ofrecer (disponibilidad) y dar protección (accesibilidad) a los niños contra enfermedades prevenibles por vacunación⁽⁴⁾ y sus logros en términos de coberturas y efectos en inmunidad que deben generar las vacunas, permiten valorar la calidad con la que se lleva a cabo el programa en el país.

Descripción

La cobertura de vacunas debe ser calculada por grupo de edad y área geográfica lo cual permite dirigir las acciones de vacunación hacia los grupos menos protegidos y las áreas de más alto riesgo.⁽¹⁾ 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.⁽⁵⁾

Se define como la proporción de niños menores de 1 año de edad con esquema de vacunación adecuado para la edad según las normas del PAI con relación al número total de niños menores de un año multiplicado por 100. Se expresa en indicadores de cobertura desglosados por tipo de vacunas y dosis inmunizantes respectivas a cada una de ellas.⁽⁹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 2.1.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Coberturas por Biológico por departamento 1999-2008

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en el SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- En el periodo observado, entre 1998 y 2008, la magnitud de las coberturas de vacunación pasó de un valor de coberturas que fluctuaban entre 70 y 85% a un valor de coberturas mayores del 90%. Tendencia:

crecimiento sostenido y esabilización al final de la serie en valores superiores al 90%. Criterio de referencia: coberturas útiles de vacunación superiores al 95%.

Gráfico 32. Coberturas de vacunación por Biológico en Colombia, 1998 a 2008



Fuente: Programa Ampliado de Inmunización - Ministerio de la Protección Social (MPS)

Nota 1: Desde el inicio del programa en 1978, las coberturas nacionales de vacunación tuvieron un progresivo aumento de 15% hasta lograr más del 92% en 2008 en todas las vacunas. Entre 1997 y 1999 las coberturas descendieron a porcentajes que varían entre 88% y el 75%, situación que comenzó a recuperarse paulatinamente a partir del año 2000, a niveles cercanos al 90%. La gran limitante para disponer de un indicador claro de coberturas de vacunación radica en la incertidumbre sobre la población objeto del programa, por obsolescencia en las proyecciones de población del censo de 1993. ⁽³⁾

Nota 2: Frente al descenso de coberturas de vacunación, registrado durante los primeros años de implantación del nuevo sistema de salud, a partir del año 2000 las mismas se han venido incrementando. No obstante, es preciso tener en cuenta que las actuales coberturas no pueden compararse con las coberturas al inicio de la década de los noventa, cuando se disponía de información sobre población susceptible más real que la actual y cuando el esquema de vacunación de PAI era más simplificado⁽⁵⁾. Los principales logros del programa incluyen la recuperación de las coberturas útiles de vacunación con todos los biológicos, y la vacunación de las cohortes de niños susceptibles que no habían completado esquema de vacunación. ⁽³⁾

Otra fuente alternativa de análisis disponible en Colombia, para valorar este indicador, corresponde a ENDS, que muestra los siguientes datos:

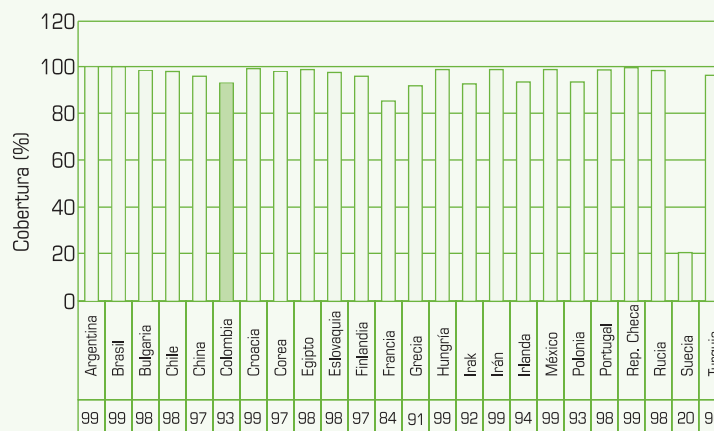
- ENDS 2000. En el primer año de vida el 92 por ciento de los niños de un año recibió la vacuna BCG contra la tuberculosis; la primera dosis de DPT contra la difteria, tosferina y tétanos la recibió el 93 por ciento; la de Polio al nacimiento 65 por ciento y la primera dosis de Polio 95 por ciento. Hay una reducción en la cobertura para la DPT y para el Polio entre la primera y la tercera dosis al reducirse a 67 por ciento para la DPT y a 63 por ciento para la Polio.⁽⁷⁾ La cobertura de BCG se ha mantenido relativamente constante (alrededor del 92-93 por ciento), al igual que la de DPT1 y Polio 1 (93-94 por ciento). Parecería que la cobertura de la segunda y la tercera dosis de estas vacunas se están deteriorando ligeramente, después de las ganancias importantes entre 1990 y 1995. ⁽⁷⁾
- ENDS 2005. Observando los niños vacunados en cualquier momento, las vacunas más aplicadas han sido la BCG (97 por ciento) y la primera dosis de DPT-1 (97 por ciento); la DPT-2 se aplica a una proporción menor (89 por ciento) y la DPT-3 bastante menos (81 por ciento). El 83 por ciento de los niños recibió la vacuna de Polio al nacimiento, en tanto que las de Polio 1, 2 y 3 disminuyen desde 89 por ciento a 69 por ciento. Las dosis 1, 2 y 3 de Polio, disminuyeron entre 2000 y 2005, en tanto que las de BCG, DPT-1 y DPT-3 aumentan; la de DPT-2 permanece en 89 por ciento. El 82 por ciento de los niños de 1 año recibió la de sarampión. A la tercera parte (37 por ciento) de los niños les pusieron todas las vacunas durante los primeros 12 meses de edad. Un porcentaje muy pequeño (2 por ciento) no ha recibido ninguna vacuna. ⁽⁸⁾

Referencias bibliográficas

1. Acciones de Salud Materno Infantil A nivel Local: Según las metas de la cumbre mundial para la Infancia. Organización Panamericana de la Salud. Capítulo Programa Ampliado de Inmunización. Pp. 159
2. Arce P. Boletín epidemiológico distrital. Informe de evaluación rápida de coberturas de vacunación. Volumen 9, No. 13, 5-12-2004/1-1-2005.
3. Análisis de Situación de salud de la infancia 2006: Indicadores Trazadores. Módulo Salud Infantil. Ministerio de la Protección Social. Pp. 5
4. www.mex.ops/oms.org/cd_saludmaterna/documentos/prevencion/aiepi4.pdf
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1445 del 8 de mayo de 2006 P. 60.
6. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Enfermedades inmunoprevenibles. Bogotá D.C. 2005
7. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Santafé de Bogotá; Octubre de 2000. Pp. 122-126.
8. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Santafé de Bogotá; Octubre de 2005. Pp. 222-224.
9. Dirección General de Evaluación del Desempeño-Dirección General de Información en Salud. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2007. Pp. 192.

Referenciación internacional

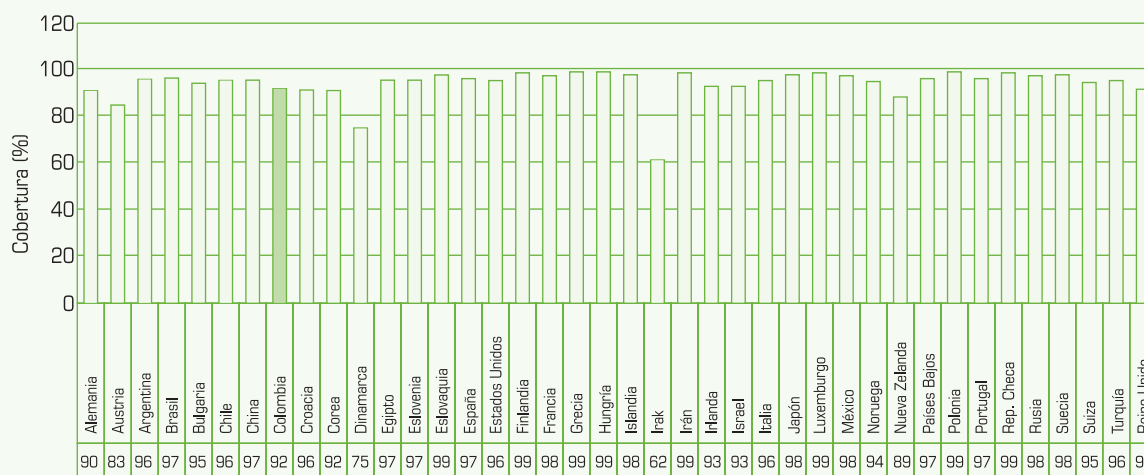
Gráfico 33. Coberturas de vacunación por biológico – BCG (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary.

* Selección aleatoria de países.

Gráfico 34. Coberturas de vacunación por biológico – DPT3 (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Gráfico 35. Coberturas de vacunación por biológico – HepB3 (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary
 * Selección aleatoria de países.

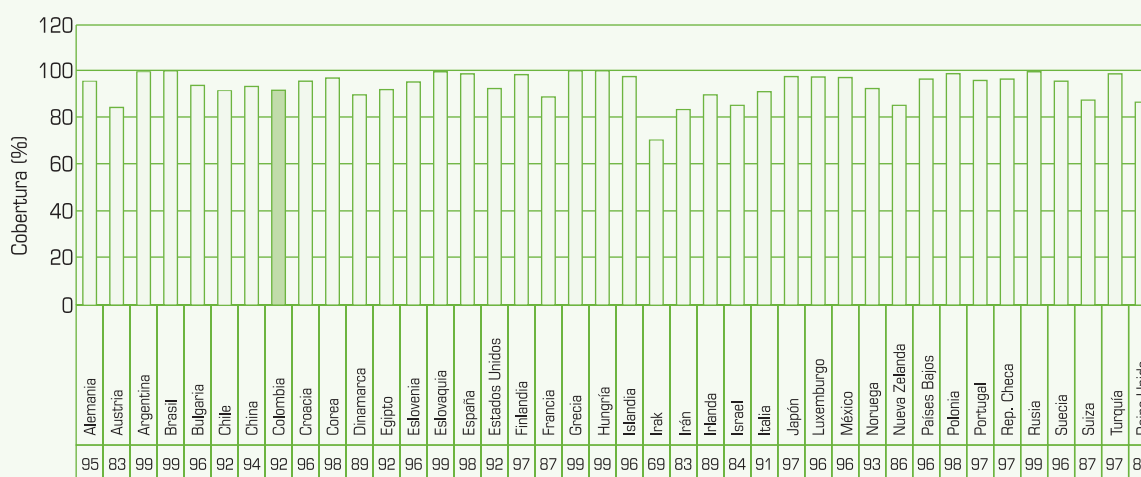
Gráfico 36. Coberturas de vacunación por biológico – Hib3 (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary
 * Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Gráfico 37. Coberturas de vacunación por biológico – MCV (Measles-containing vaccine) - (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary
 * Selección aleatoria de países.

Gráfico 38. Coberturas de vacunación por biológico – Pol3 - (%) en varios países.* Año 2008



Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system 2009 global summary
 * Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 2.2.1

Proporción de incidencia de enfermedades inmunoprevenibles

Racional

Las enfermedades inmunoprevenibles son una de las problemáticas que afectan a los niños menores de 5 años y, especialmente, a los menores de un año. Desde 1978 han sido abordadas mediante el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). En Colombia se logró la erradicación de enfermedades como la viruela (década de los 70), la poliomielitis (1994), la ausencia de circulación de sarampión y la futura eliminación del tétanos neonatal. En el país se han logrado éxitos en el control de algunas enfermedades inmunoprevenibles; el último aislamiento del virus de la poliomielitis se registró en mayo de 1991 y la incidencia de difteria descendió de 2,5 por cien mil en 1981 a 0,01 por cien mil en 2003. En 1993 se adoptó el compromiso de eliminación del sarampión y se asumió como estrategia principal la vacunación masiva en el grupo de recién nacidos a 5 años.⁽¹⁾

Desde que la Organización Mundial de la Salud propuso hace más de 20 años desarrollar y fortalecer el programa ampliado de inmunización en todos los países, se han realizado grandes progresos en materia de reducción de enfermedades prevenibles por vacunación en todo el mundo.⁽²⁾

Las coberturas de vacunación aumentaron de aproximadamente 10% en 1974 a más del 80% en el año 1990 y no solamente se han mantenido sino que han seguido aumentando hasta la fecha. Se estima que la vacunación evita actualmente que más de 3 millones de niños mueran anualmente de sarampión, tétanos neonatal y tosferina, pero a pesar de estos avances más de 2 millones de niños mueren cada año a causa de las seis enfermedades contra las que se vacuna en el programa de inmunizaciones: poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión y tuberculosis. Igualmente, se evitan 400 mil casos de poliomielitis paralítica, pero todavía existen países en el mundo donde esta enfermedad produce brotes epidémicos.⁽²⁾

El PAI es una acción conjunta de las naciones del mundo y organizaciones internacionales, tendiente a lograr una

cobertura universal de vacunación, con el fin de disminuir la morbilidad y mortalidad causada por enfermedades inmunoprevenibles. El objetivo del PAI es eliminar, erradicar y controlar las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años.⁽³⁾

Es un indicador de la efectividad de las acciones de vacunación del PAI. Es una medida de frecuencia que refleja la ocurrencia de nuevos casos en el periodo que se está evaluando y que permite establecer la magnitud del evento en la población, estimar la magnitud de las intervenciones a ser realizadas y evaluar el número de casos de incidencia por enfermedades inmunoprevenibles presentados en un periodo de tiempo como un indicador para detectar problemas en el seguimiento de los menores de 5 años.⁽⁴⁾ Permite también, medir el impacto de las medidas de control implementadas, establecer la eficiencia del sistema para captar casos y detectar municipios o distritos con tasas de incidencia críticas y adoptar oportunamente acciones correctivas.⁽⁵⁾

Descripción

El indicador se determina de la relación entre el número de casos de cada una de las enfermedades vacunables declarados en un año y la población a mitad de año (1 de julio) durante el mismo año por 100.000 habitantes. Se incluyen todos los casos notificados a la red nacional de vigilancia epidemiológica, de diagnósticos efectuados de enfermedades sujetas a declaración e incluidas en el calendario oficial de vacunación aprobado por el MPS.⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 2.3.1

Apéndice 2. Casos totales de enfermedades inmunoprevenibles notificables. Colombia. 2005-2008.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

TOS FERINA (PERTUSIS)

La tos ferina afecta a los niños menores de cinco años, especialmente a los lactantes. Las bajas coberturas de vacunación y las condiciones de hacinamiento favorecen la aparición de la enfermedad. El aumento de las coberturas de vacunación ha disminuido notoriamente la proporción de incidencia y la mortalidad por esta causa.⁽¹⁾ En Colombia para 1980, la incidencia en el grupo de menores de un año estuvo entre los 400 casos por 100.000 habitantes a principios de la década y descendió hasta 88 casos por 100.000 habitantes en 1989. Luego, en los 90' la tendencia continúa hacia el descenso con tasas de 41 y 42.5 por 100.000. En el grupo de 1 a 4 años durante la década de los 80's la tendencia igualmente fue hacia el descenso con tasas que oscilaron entre 124 por 100.000 niños en 1982 a 22 por 100.000 en 1989. De manera similar, a partir de 1990 continúan disminuyendo la incidencia de Tosferina en este grupo, con tasas de 25 por 100.000 en 1990 hasta 7 por 100.000 en 1996.⁽⁷⁾

En el 2003 se notificaron 461 casos al SIVIGILA, se confirmó por laboratorio el 20,17%; por clínica, el 3%; se descartó el 51,74%, y el 23,8% quedó como probables. Se realizó prueba de laboratorio al 71,4% de los casos probables, de los cuales fueron positivos el 15,7%. Se realizó investigación de campo al 63% de los casos probables. Del 44,6% no se conocen los antecedentes de vacunación; el 29,7% no ha recibido ninguna dosis de DPT; el 18,3% completó las dosis de DPT de acuerdo con su edad, y el 7,1% lo tenía incompleto. El 36% de los casos notificados son no afiliados, el 26% contributivo y el 15% subsidiado. El 70% de los casos probables reside en el área urbana. No se encontraron diferencias por género. Por grupos de edad; el grupo más afectado fue el de lactantes mayores con 62,5%; el 90% de los casos era del grupo de menores de 5 años.⁽⁸⁾

Durante el 2004 se notificaron al SIVIGILA 739 casos, del total de los casos notificados en el 2004 aumentó la notificación en un 37% comparado con el año inmediatamente anterior (n=461). Del total de los 739 casos el 92% (n=682) quedó en el SIVIGILA como casos probables y solamente 7.7% (n=57) fueron confirmados.⁽⁹⁾

La incidencia para la población general en 2005 fue de 0,30 por 100.000 habitantes; en la población menor de 1 año fue de 5,6 por 100.000 y en los menores de 5 años, de 2,3 por 100.000. Se observa un aumento importante de la incidencia en menores de 5 años comparado con los años anteriores. Los primeros cinco departamentos que presentan mayor incidencia de tos ferina en la población menor de 5 años en el ámbito nacional son Guainía con 16,17, Tolima con 10,46, Cauca con 7,44, Vichada con 6,32 y Na-

riño con 5,69 por 100.000 habitantes. Cuando se compara con las coberturas de vacunación para el biológico de DPT (corte a noviembre), se observa que en su gran mayoría los departamentos no alcanzaron coberturas útiles, lo que podría explicar en parte la presencia de casos, sin olvidar que éste no es el único condicionante que existe para la presencia de casos de tosferina.⁽¹⁰⁾

El comportamiento de la tosferina en Colombia mantiene una tendencia estable con dificultades en el diagnóstico. Para el año 2006 se notificaron al SIVIGILA 52 casos (0.11) por 100.000. La región de Amazonía y el Departamento de Antioquia han mostrado predominio de la infección por Tosferina durante los últimos años, sin embargo durante 2006 Cauca, Santander y Tolima lideran el aporte del número de casos. Las bajas coberturas de vacunación para DPT y las dificultades en el acceso a los servicios de salud son condiciones que favorecen la aparición del evento.⁽⁷⁾

Durante el año 2008, según el Instituto Nacional de Salud, se notificaron al SIVIGILA 907 casos, de los cuales se confirmaron por laboratorio 40 y por clínica 2 y 82 casos se descartaron del sistema. El 79% de los casos notificados se presentaron en niños menores de un año y el 15% en niños de 1 a 4 años. De los casos confirmados el 75% fueron en niños de 1 año, la incidencia para el país es de 0.09 por 100.000 habitantes de población general, los departamentos con mayor reporte son Bogotá con 567 y Antioquia con 111.

RUBÉOLA Y RUBÉOLA CONGÉNITA

En Colombia las tasas anuales de incidencia acumulada de rubéola entre 1985 y 1995 han fluctuado entre 18,5 y 7,5/100.000 habitantes; el comportamiento de la enfermedad ha sido endemo-epidémico manifestado por la ocurrencia de tres ondas epidémicas regionales: en la costa Atlántica en 1986 y 1989 -1992, en la región centro oriente 1986-1989 y 1993-1995 y en la región de la Orinoquia y la Amazonia 1985-1989 y 1992-1994. El porcentaje de casos de rubéola en <1año en relación con el total de casos presentados en todas las edades entre 1995 y 1998 está por debajo del 25%; la tendencia de la enfermedad es hacia el descenso, con una tasa de incidencia nacional para 1995 en <1año estimada con base en SIS-12 de 1,3x1000, siendo similar para 1996; durante los dos años siguientes se presentó una disminución del 77% para una tasa de 0,3/1000 <1 año. Para el periodo 1998- 2003 el grupo de menores de un año ocupó el primer lugar en incidencia con un rango de 0.13-0.84 x 1000, excepto para el año 2000 donde el grupo de 20-24 años de edad tuvo una tasa de incidencia de 1.04.⁽¹¹⁾

En nuestro país existen tres fuentes de información para la evaluación de casos de rubéola: el sistema de vigilan-

cia SIVIGILA, el sistema de vigilancia de sarampión/rubéola (MESS) y los datos obtenidos por el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) del INS. Desafortunadamente las tres fuentes de información no guardan correlación entre ellas y por esto debemos presentar las tres fuentes: El SIVIGILA notifica para el periodo 1997-2003 un total de 10.826 casos sospechosos de rubéola, de los cuales ingresaron al MESS 492 casos (confirmados por laboratorio o clínicamente) en el mismo periodo, mientras que en el LNR se confirmaron solo 229 de estos 492 casos. Dentro de la información disponible en estos sistemas de notificación es de resaltar que la incidencia se presenta fundamentalmente entre el grupo de manos de 5 años y el de 20 a 24 años de edad, como se observa en el gráfico.⁽¹¹⁾

POLIO

Durante los años 1986 -1991 se presentaron en el país 240 casos confirmados de polio, de los cuales 113 se presentaron en los departamentos de la región Atlántica. De estos el departamento que más casos presentó fue Bolívar (36 casos). El último caso de poliomielitis se presentó en el municipio de Arjona, mayo de 1991. Desde este año a la fecha, no se ha vuelto a aislar el poliovirus salvaje en Colombia. Este indicador ha sido verificado anualmente por la OPS a través del seguimiento del cumplimiento de los indicadores de vigilancia de las parálisis flácidas.⁽¹²⁾

SARAMPIÓN

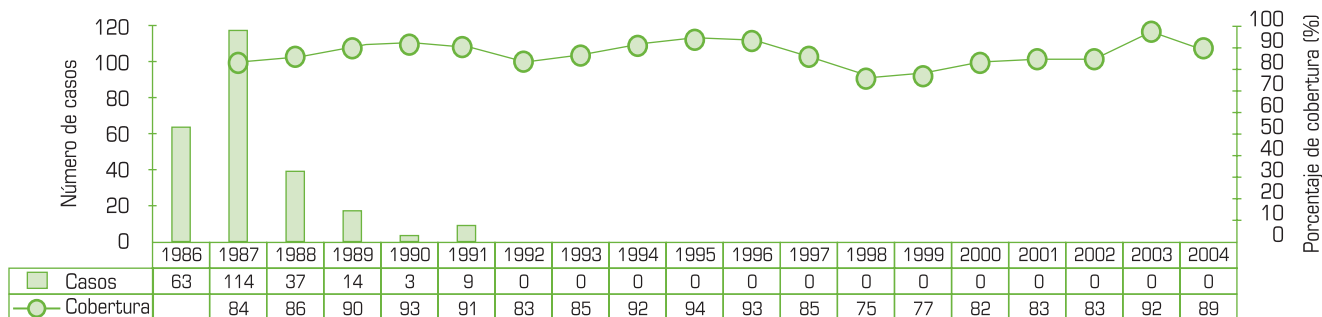
La última epidemia de sarampión en Colombia fue en 1993. Se registraron 5.000 casos, con una tasa de incidencia de 28

Gráfico 39. Tasa de incidencia de rubeola según grupos de edad, Colombia, 1998 - 2003



Fuente: Sistema de vigilancia de sarampión/rubéola (MESS) - INS

Gráfico 40. Casos Confirmados de Polio vs. Coberturas de Vacunación. Colombia 1986-2004



Fuente: Coberturas de vacunación 1986-1991 Ministerio de Salud. La Salud en Colombia- Diez Años de Información. Pág.81 y Casos de polio INS programa PESS

por 100.000 habitantes y 48 muertes. En 1994, se notificaron 2.777 casos de enfermedad febril eruptiva, de los cuales se confirmaron 1.611 casos (639 por laboratorio y 972 por clínica). En 1995 se notificaron 2.383 casos febriles eruptivos, de los cuales se confirmaron 781 casos (308 por laboratorio y 473 por clínica). En el periodo de 1996 a 2001, el número de casos confirmados por laboratorio había disminuido a menos de 10 casos por año hasta un caso en 2001. La tasa anual de incidencia ha tenido una tendencia decreciente de 156/100.000 habitantes en 1993 a 0,1/100.000 habitantes en el 2000 como resultado de la implementación de las estrategias a nivel nacional y regional que disminuyen el riesgo de circulación autóctona del virus.⁽¹³⁾

Colombia realizó la campaña de ‘puesta al día’ en 1993 y varias campañas de seguimiento en 1995, 1999 y en 2002, con lo cual ha logrado mantenerse sin evidencia de circulación autóctona del virus desde 1999. Sin embargo, las coberturas de vacunación del programa regular con triple viral (MMR) presentaron un descenso importante después de 1997. Así, aunque en 1996 se logró 94% de cobertura, en 1997 disminuyó a 88%; en 1998, la cobertura fue de 78% y en 1999 se logró solamente 76,8%, la cifra más baja en 4 años. En el 2000, la cobertura de vacunación en el grupo de 1 año alcanzó 79,5%; en el 2001, 87,4%, y el 2002 fue de 93,3%; esto indica una tendencia al ascenso nuevamente, sin alcanzar todavía las coberturas útiles para la erradicación del sarampión.⁽¹³⁾

Como resultado de la estrategia de eliminación, entre 1994 y 1999 los casos confirmados de sarampión disminuyeron en un 97%, hasta lograr su erradicación en el año 2000. Sin embargo, en los años posteriores, el país ha tenido que esforzarse en la contención de brotes y epidemias

de sarampión que reintrodujeron el virus al territorio nacional a partir de focos epidémicos en varios países de la Región. Tal fue la situación de la última epidemia de sarampión ocurrida en 2002, con 12 casos confirmados por introducción del virus salvaje de sarampión a partir de focos epidémicos registrados en Venezuela a finales del 2001 y que amenazaron con diseminar la circulación viral en todo el territorio nacional. Hoy las coberturas con vacuna antisarampionosa, y triple viral, y la vacunación masiva de la población de 14 a 39 años con sarampión rubéola han reducido al mínimo las posibilidades de transmisión de la enfermedad a partir de casos aislados.⁽¹²⁾

DIFTERIA

Esta enfermedad de distribución mundial afecta principalmente a los niños menores de 15 años no inmunizados; su incidencia ha disminuido considerablemente en países con campañas permanentes de vacunación.⁽⁸⁾

En Colombia la difteria ha tenido un comportamiento endémico. Desde 1990, el promedio de casos fue de 27 por año, siendo el grupo más afectado el de los menores de un (1) año, donde la tasa alcanzó en 1996 1.1 por 100.000 habitantes. En 1996 el sistema de vigilancia reportó un total de 40 casos en todo el país, de los cuales ninguno se confirmó por laboratorio. Durante 1997 se notificaron tres casos sospechosos, lográndose confirmar un caso en el departamento de Arauca.

Es así como en el país se ha venido observando una disminución en la incidencia de la difteria que se corresponde con el aumento de las coberturas de vacunación. Estas coberturas en la década del 80 se mantenían alrededor del

Gráfico 41. Coberturas de vacunación con sarampión vs. tasas de incidencia de sarampión. Colombia. 1970 –2005. Tasas x 100 mil Hab.



Fuente: Sistema de vigilancia de sarampión/rubéola (MESS) - INS

60% en tanto para la década del 90 sobrepasaron el 80%, alcanzando en 1995 y 1996 el 94%. A partir de 1997 se introdujo el refuerzo con DPT, a los 18 meses y cinco años de edad, además de fortalecer la vacunación a mujeres en edad fértil con Td, en busca de reforzar la inmunidad contra esta enfermedad y contra el tétanos.⁽¹⁴⁾

Para el año 2000 fueron reportados al SIVIGILA un total de 37 casos; de estos 33 casos fueron notificados por el departamento del Valle al SIVIGILA a pesar de lo cual solo 8 casos (24.2%) fueron confirmados y los demás correspondieron a contactos sin características confirmadas de difteria; de los 8 casos confirmados, el 75% fueron menores de 10 años y el 25% tenían entre 11 y 18 años. El primero de los casos confirmados en el Valle, correspondió a una niña de 3 años de edad que fue el único resultado letal, para una tasa de letalidad de 12.5%; la proporción de vacunados en los casos fue de 12.5% a expensas de un niño vacunado con tres dosis de DPT, en tanto el 62% presentó esquema de vacunación incompleto.⁽¹⁴⁾

La falta de mantenimiento de los niveles elevados y uniformes en la cobertura de la vacunación contra DPT es la causa probable de que existan brotes nuevamente de difteria. Eso fue lo que sucedió con el brote de 2000 en Cali, donde se notificaron 8 casos que afectaron a personas entre los 5 y 9 años (31,2 por 100.000); en el 2003 se reportaron 10 casos sospechosos, 6 fueron notificados por parte del departamento del Valle (60%), 2 casos por Cauca y uno notificado por Caquetá y Nariño. A cada uno de los casos se les realizó investigación de campo y pruebas de laboratorio, cuyos

resultados descartaron 8 para difteria y dos del Valle, uno fue clasificado como positivo por prueba de toxigenicidad para *Corynebacterium diphtheria* y uno confirmado por clínica. Los casos probables se presentaron en personas entre 5 y 25 años; el 80% residía en el área urbana; en el momento de la investigación de campo, el 20% presentó carné de vacunación y cada uno de ellos con 3 dosis de DPT. El 60% de los casos se presentó en hombres; de los municipios que presentaron casos de difteria, solamente Cali tenía coberturas útiles para DPT.⁽⁸⁾

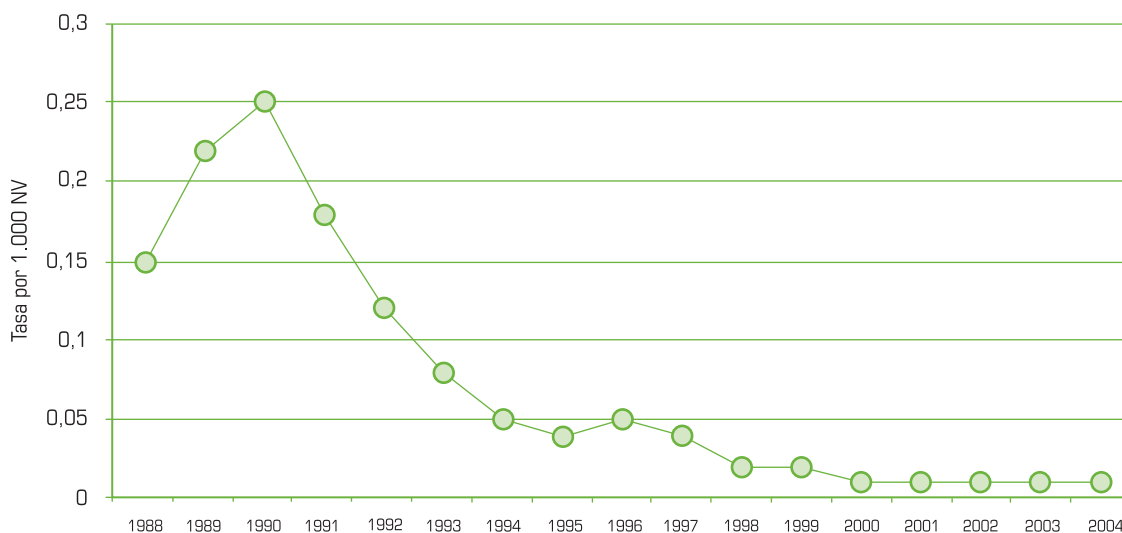
TÉTANOS NEONATAL

Colombia en los últimos 10 años ha logrado reducir los casos de tétanos neonatal en un 90%, disminuyendo la tasa de incidencia de 0.22 por 1000 NV en 1989 a 0.01 para el año 2004, la cual se ha mantenido desde el 2002.⁽¹²⁾

De 1998 a 2003 se han notificado en el país 77 casos para una incidencia de 0,007; la meta del país es eliminar el tétanos neonatal. Durante 2003 se presentaron 7 casos, en igual número de municipios, que hacen parte de los 483 que se encuentran dentro del plan de eliminación del tétanos neonatal. En tres de los municipios la tasa fue superior a uno.⁽¹⁾

De los municipios, 4 están en fase de ataque, y los restantes en mantenimiento; se observan dos factores importantes de riesgo como es la cobertura con Td-2 por debajo del 50% y una alta proporción de necesidades básicas insatisfechas. Como otros factores de riesgo, en 6 de los casos, la madre no había recibido vacunación antitetánica, una de las 7 maternas tuvo acceso al control prenatal y recibió

Gráfico 42. Incidencia de Tétanos Neonatal, Colombia 1990-2004. Tasas por 1000 NV



Fuente: SIVIGILA – INS.

una sola dosis de Td aplicada 2 meses antes del caso, dosis insuficiente para proteger al recién nacido. La atención de parto fue por parteras no complementadas y por familiares. Los seis casos se presentaron en multíparas (entre la 3ª y la 7ª gestación) lo cual confirma la deficiencia del sistema para la captación de gestantes. Un caso se presentó en una primigestante adolescente. La letalidad fue del 70% y el periodo de inicio de la sintomatología estuvo entre los 5 y los 13 días. Todos los casos provenían del área rural, con difícil acceso a los servicios de salud; a esto se agrega que una materna estaba asegurada.⁽¹⁾

HAEMOPHILUS INFLUENZA TIBO B

Un logro significativo en la última década en términos de prevención de enfermedades inmunoprevenibles, ha sido la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) en el esquema nacional de vacunación desde 1998. Este impacto se fortaleció en 2002 con la introducción de la vacuna pentavalente que permitió alcanzar coberturas útiles con este biológico, situación que ha generado una importante disminución de la morbimortalidad infantil por neumonía y meningitis causada por esa bacteria.⁽¹²⁾

En el 2000, se procesaron 467 muestras con IRA alta o baja, de las cuales correspondieron 260 (56%) a Bogotá, 133 (28%) a Manizales y 74 (16%) de diferentes regiones del país; de éstas, 45,6% fueron mujeres, 54% hombres y 0,4% no tenían dato. El 93,7% de los virus de influenza aislados correspondió al virus de influenza A/Johannesburg/82/96-LIKE (H1N1) que circuló entre enero y junio, y tuvo su pico máximo en mayo y el 6,3% al virus de influenza A/Panamá/2007/99-LIKE (H3N2) que circuló de una manera muy baja en noviembre.⁽¹⁵⁾

En el 2000, circularon en Colombia los virus influenza A/Johannesburg/82/96-LIKE (H1N1), virus Influenza A/Panamá/2007/99-LIKE (H3N2) y en noviembre de 1999, el virus influenza B/Sichuan/379/99-LIKE.

Del 1 de enero al 31 de julio del 2001, se han recolectado 183 muestras con IRA alta o baja de las cuales correspondieron 99 a Bogotá y 49 a Manizales; 74 (40,5%), mujeres, 102 (55,7%) hombres y 7 (3,8%) sin dato. El virus de la influenza no ha circulado en el presente año, pero el virus sincitial respiratorio se halló en 42,6% de las muestras. De las muestras procesadas, el 69,4% correspondía a menores de 5 años.

En estos cuatro años (1997-2000) de vigilancia de virus respiratorios, se puede observar que tanto el virus de influenza como el virus sincitial respiratorio no tienen un patrón definido de circulación; por tanto, es importante continuar con la vigilancia para conocer más sobre la dinámica de circulación, cepas

circulantes y ampliar la información del comportamiento del virus de influenza en las regiones tropicales.⁽¹⁵⁾

HEPATITIS B

Colombia es un país de baja endemicidad para hepatitis B aunque tiene zonas con alta circulación del virus, especialmente áreas rurales con baja densidad de población. Existen numerosos estudios de prevalencia en diversas regiones del país, aunque no se hacía vigilancia de la infección aguda lo cual no permite estimar el número de personas que se infectan anualmente con el VHB. Además, desde 1992 se introdujo la vacunación universal en zonas endémicas y, desde 1995, se extendió esta actividad a todo el país. Por otro lado, la carencia de un sistema de vigilancia sobre la etiología de las ictericias dificultaba la evaluación de la efectividad de la vacuna.⁽¹⁶⁾

La notificación de los cuadros agudos de hepatitis B por el SIVIGILA se inició a mediados de 1996, pero realmente alcanzó cobertura nacional en 1997.

Entre 1997 y 2000, se informaron en el SIVIGILA 4.928 casos agudos de hepatitis B lo cual da una incidencia acumulada para el país de 12 casos por cada 100.000 habitantes. Del total de casos reportados, 7 departamentos contribuyeron con el 64% del total: Antioquia, 21%; Bogotá, 10%; Cundinamarca, 12%; Santander, 7%; Cesar, 5%; Tolima, 5%, y Caldas, 5%. La tendencia global de la notificación ha sido hacia el incremento, con un aumento de un 71% en 1998, 88% en 1999 y 63% en el 2000. Las incidencias acumuladas por departamento variaron desde 3 hasta 125 por 105 habitantes.⁽¹⁵⁾

Desde 1997 se ha observado un descenso de la incidencia notificada, con un pico de presentación durante 1999 con 3,6 por 100.000 habitantes y un descenso en los últimos cuatro años a 2,4 en el 2003.

El grupo de edad más afectado fue el de 15 a 44 años con el 66%. El 1% sucedió en menores de un año, 3% de 1 a 4 años y 11% de 5 a 14 años. Diez departamentos y 2 distritos presentaron casos en menores de 5 años.⁽¹¹⁾

El número de casos de hepatitis B desde el año 2000 hasta el final del decimotercer período epidemiológico del 2005 exhibe una tendencia al decremento; sin embargo, en el 2005 se produjo un aumento respecto al 2004, posiblemente debido al mayor número de unidades que notificaron el evento y también a un aumento en el número de casos notificados en Bolívar, Bogotá, Cartagena, Cesar, Guainía, Guaviare, Meta, Nariño, Risaralda, Tolima y Valle.⁽¹⁷⁾

El número de casos de hepatitis B por semana epidemiológica hasta el final del 13º período del 2005, comparado con el

2004, evidencia un aumento en general y un pico epidémico. Hasta la semana epidemiológica 52 se han notificado al Sivi-gila 1.070 casos de hepatitis B, de los cuales 1.049 (98,03%) fueron notificados a partir de confirmado por laboratorio y 21 (1,96%) por nexo epidemiológico, lo cual no se ajusta a la notificación de caso. El incremento de casos de hepatitis B fue de 9,43% respecto al período decimotercero del 2004. Al 30 de noviembre de 2005, en general los departamentos se encuentran por debajo de las coberturas útiles de vacuna-ción antihepatitis B, con un promedio de 77,8%.⁽¹⁷⁾

La incidencia de hepatitis B por 100.000 habitantes en el país es de 2,32, lo cual nos ubica en América Latina y el Caribe como país de moderado endemismo. Continúan siendo los departamentos de mayor incidencia del evento en el país los departamentos de Guainía con 113,44, segui-do de Guaviare con 17,24 y Tolima con 12,08.⁽¹⁸⁾

PAROTIDITIS

La parotiditis es endémica y de distribución mundial a lo largo de todo el año. Antes de la introducción de la vacuna contra la enfermedad, la parotiditis era una infección más común entre el grupo de 5-6 años, el cual también era el grupo de más alto riesgo; el 90% de los casos ocurrían en menores de 15 años. A partir de los años 80 ocurrió un desplazamiento hacia grupos de edad mayores (10-19) y en 1990 la proporción de casos en lactantes y adultos se ha incrementado.⁽²¹⁾

Es un evento de notificación obligatoria a través del Sivi-gila; la parotiditis es uno de los eventos que presenta mayor subregistro, ya que en la mayoría de casos, de no presentarse complicaciones, no se consulta al médico; sin embargo, es muy importante que cuando se conozca la presentación de un caso o brote se realice la respectiva notificación con el

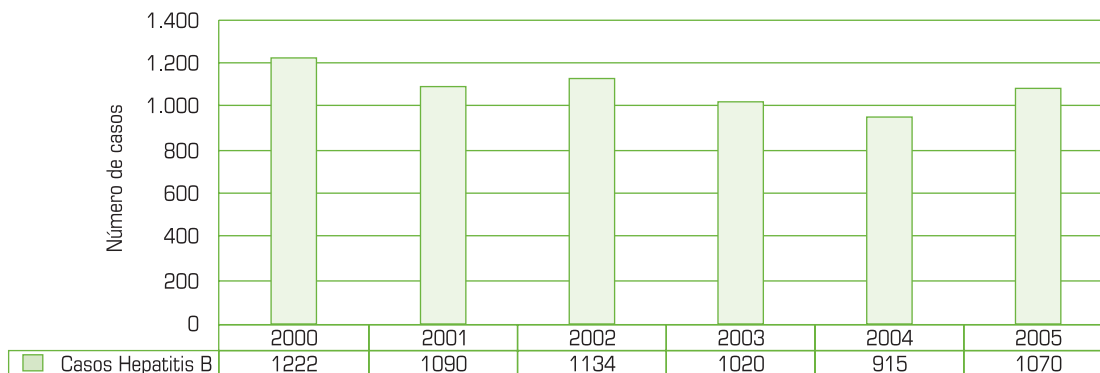
objetivo de medir el impacto real que tiene la vacuna en el control de la enfermedad.⁽⁸⁾

En Colombia el control de esta patología se inició en 1995, con la introducción de la vacuna triple viral, aplicada a niños de 1 y 10 años de edad. Para el período 1991-1997, la tasa de incidencia anual promedio para el país fue de 38.32 casos por 100.000 habitantes y los grupos más afectados correspondieron a los niños de 1 a 4 años, seguido por el de 5 a 14 años y el de menores de 1 año, sin embargo, en el período en mención se hizo evidente una franca reducción de la incidencia de la enfermedad.⁽²¹⁾

Durante los años 1998 y 1999 no se obtuvo información de la enfermedad del evento en referencia, a partir del año 2000 la parotiditis ingresa como evento de notificación al sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA, repor-tándose para el año 2000,2001 y 2002, 1338,1401 y 1272 casos respectivamente.⁽²¹⁾

Durante el 2003 se observó un incremento en la notifica-ción de parotiditis durante el primer semestre con respecto al 2002; el incremento fue evidente con una mediana de casos de 31, mientras que para el segundo semestre dis-minuyó la notificación con una mediana de 26 casos. El total de casos notificados fue de 1.499; el mayor número de casos se registró durante las semanas epidemiológicas 7, 14, 19 y 20 con 38, 43, 43 y 44 casos, respectivamente. Los departamentos que presentaron las mayores incidencias por 100.000 habitantes durante el 2003 fueron: Amazonas (10,47), Arauca (9,28), Santa Marta (9,23), Caldas (8,28) y Boyacá (8,24). Al comparar las incidencias departamen-tales de 2002 y 2003, se encontró que durante el 2003 se au-mentaron significativamente las incidencias en Amazonas, Santa Marta, Arauca, Boyacá y San Andrés.⁽⁸⁾

Gráfico 43. Casos de hepatitis B, Colombia. 2000-2005



Fuente: SIVIGILA – INS.

El total de casos notificados en el 2004 fue de 1545; comparado con los 1499 casos del año 2003 se presentó un incremento de 2.9%. El promedio de casos notificados por semana epidemiológica fue de 30; en la distribución de casos por regiones se observa que la región Centro oriente aporta el 52% a la notificación por este evento, la región Occidente, el 35% y el 13% restante lo aportan las demás regiones.⁽⁹⁾

VARICELA

El total acumulado de casos de varicela durante el 2003 fue de 33.186, similar a lo observado durante el 2002. El mayor número de casos se registró en la semana 19 con 873 casos. Los cinco entes territoriales que presentaron las mayores incidencias por 100.000 habitantes fueron: Cundinamarca (250,26), San Andrés (171,16), Arauca (146,85), Bogotá (137,61) y Nariño (126,22).⁽⁸⁾

El total de casos notificados durante el 2004 fue de 38640; el promedio de casos notificados por semana epidemiológica fue de 743 casos; sobre la distribución de los casos de varicela por regiones, se observa que la de Centro oriente notificó el mayor número de casos con 61%, seguida por la región occidente con 28% y el 11% restante se distribuyó en las regiones de Amazonia, Orinoquia y Costa Atlántica.⁽⁹⁾

FIEBRE AMARILLA

En Colombia, la fiebre amarilla es una enfermedad de interés en salud pública por su gran poder epidémico, su alta letalidad y la posibilidad de ser evitable mediante medidas preventivas y acciones regulares de vigilancia y control. En los últimos años, en varios departamentos del país se han presentado, esporádicamente, casos de la forma selvática de la fiebre amarilla y en algunas regiones existe un alto riesgo de urbanización de la enfermedad, considerando la gran dispersión de la infestación por *Aedes aegypti* en el país.⁽¹⁹⁾

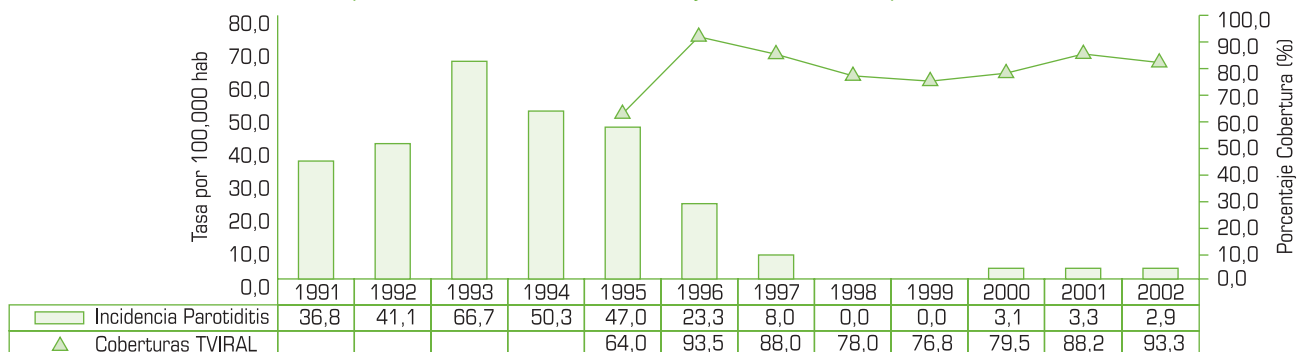
La detección y el control de la fiebre amarilla implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones.

En Colombia, en los últimos años se habían presentado casos esporádicos de la forma selvática de la fiebre amarilla en varios departamentos del país (entre 5 y 10 anualmente en la última década), dando muestra de su comportamiento endemoepidémico, pero en los años 2003 y 2004 se detectó una epidemia sin precedentes. La ocurrencia de casos en proximidad de zonas densamente pobladas y con elevados índices de infestación por *Aedes aegypti* implica un alto riesgo de urbanización de la enfermedad, lo cual obliga a su permanente y sistemática vigilancia en todo el territorio.⁽²⁰⁾

La vigilancia de fiebre amarilla en el país ha permitido observar como esta entidad tiene un comportamiento edemo-epidémico. Desde la introducción de la vacuna en 1936 la incidencia ha disminuido gradualmente, sin dejar de presentarse picos durante toda la serie de tiempo con brotes cada 6 años aproximadamente con tendencia al comportamiento estacional con dos picos en el año: diciembre - enero y julio - agosto. La entidad ha mostrado algunos picos en los años 1978-1979 y 2003-2004.⁽²⁰⁾

En la epidemia ocurrida los años 2003 y 2004 se reportaron casos en áreas selváticas cercanas de grandes ciudades de la zona Caribe (Valledupar y Santa Marta). En 2003, los primeros casos se registraron en los departamentos de Guaviare y Casanare. Ese año, se notificaron 101 casos humanos confirmados y 45 fallecidos (Letalidad 44.5%), la gran mayoría se registró en el departamento de Norte de Santander, frontera con Venezuela, donde el brote había comenzado hacia las dos últimas semanas de 2002. El promedio de edad de los sujetos afectados fue 21 años con rango entre 1 y 54. El 61% de los casos ocurrió en hombres.⁽²⁰⁾

Gráfico 44. Incidencia de parotiditis (tasa x 100 mil Hab) y coberturas de triple viral, Colombia 1991-2002



Fuente: SIVIGILA - INS

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Vigilancia epidemiológica de los eventos prevenidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, Colombia, 2003. Volumen 9, número 9 - Bogotá, D.C. - 15 de mayo de 2004
2. Salvador García Jiménez. Impacto de las Inmunizaciones en las Enfermedades Inmunoprevenibles en Centroamérica.
3. Ministerio de la Protección Social. Programa ampliado de Inmunizaciones (PAI)
4. 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. www.contratos.gov.co/
5. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Protocolos de Vigilancia. Primer Semestre de 2007.
6. Instituto de Información Sanitaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Indicadores clave del sistema nacional de salud. España 2007.
7. Rita Almanza Payares, Jhojan Lujan Valencia. Boletín información para la acción - BIA - Medellín, julio 2007.
8. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Vigilancia epidemiológica de los eventos prevenidos por el Programa Ampliado de Inmunizaciones, Continuación. Colombia, 2003. Volumen 9, número 10 - Bogotá, D.C. - 30 de mayo de 2004
9. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional Informe de la vigilancia de enfermedades Inmunoprevenibles, Colombia, semanas 1-52 (Continuación). Volumen 10, número 8. Bogotá D.C.- 30 de abril de 2005
10. Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Vigilancia en salud pública de la tos ferina en Colombia, 2005. Volumen 11, número 6 - Bogotá, D.C. - 30 de marzo de 2006
11. Ministerio de la Protección Social-Instituto Nacional de Salud. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. Eliminación de la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, Plan de Acción 2004 - 2010. Volumen 9, número 21 - Bogotá, D.C. - 15 de noviembre de 2004
12. Instituto Nacional de Salud. Modulo- Análisis de Situación de salud de la infancia 2006: Indicadores Trazadores
13. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Situación del sarampión en Colombia, 2002. Volumen 8, número 8 - Bogotá, D.C. - 30 de mayo de 2003
14. Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de difteria.
15. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios en Colombia, enero del 2000 a 31 de julio del 2001. Comportamiento de la notificación por SIVIGILA para hepatitis B, 1997-2001. Volumen 6, número 17 - Bogotá, D.C. - 15 de septiembre del 2001
16. García I, de la Hoz F, Velandia M, Muñoz N, Neira M. Prevalencia de infección por virus de la hepatitis B en gestantes colombianas: estudio anónimo no ligado. *Inf Quinc Epidemiol Nac* 2001; 6 (9):134-40.
17. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Comportamiento epidemiológico de la hepatitis B, Colombia, 2005. Volumen 11, número 4 - Bogotá, D.C. - 28 de febrero de 2006
18. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Informe quincenal epidemiológico nacional. Comportamiento epidemiológico de la hepatitis B, Colombia, 2005. Continuación. Volumen 11, número 5 - Bogotá, D.C. - 15 de marzo de 2006
19. Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Salud. Vigilancia Intensificada en salud pública: situación de enfermedades transmisibles, Colombia, 1999. *IQEN* 5(1): 2, 2000.
20. Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención de la Fiebre Amarilla
21. Ministerio de la Protección Social- Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de parotiditis.

Referenciación internacional

Tabla 1. Número de casos reportados de enfermedades inmunoprevenibles 2008

| PAIS | Difteria | Sarampión | Parotiditis | Polio | Rubeola | Tétanos neonatal | Tétanos Total | Fiebre Amarilla |
|----------------|----------|-----------|-------------|-------|---------|------------------|---------------|-----------------|
| Argentina | 0 | 0 | 12.198 | 0 | 1.075 | 0 | 8 | 8 |
| Alemania | 0 | 917 | | 0 | | | | 0 |
| Austria | 0 | 448 | 0 | 0 | 7 | | 0 | 0 |
| Brasil | 85 | 0 | | 0 | 3.562 | 6 | 333 | 46 |
| Bulgaria | 0 | 1 | 5.582 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| Chile | 0 | 0 | 1.243 | 0 | 15 | 0 | 8 | 0 |
| China | 0 | 131.441 | 310.826 | 0 | 120.354 | 1.786 | 1.786 | |
| Colombia | 0 | 0 | 5.930 | 0 | 2 | 3 | 45 | 3 |
| Croacia | 0 | 51 | 110 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Corea | 0 | 1 | 4.474 | 0 | 31 | | 14 | 0 |
| Dinamarca | 0 | 14 | 24 | 0 | 2 | 0 | 1 | |
| Egipto | 0 | 668 | 50 | 0 | 1.097 | 36 | 189 | |
| Eslovenia | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Eslovaquia | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| España | 0 | 297 | 3.816 | 0 | 70 | 0 | 15 | 0 |
| Estados unidos | 0 | 140 | 451 | 0 | 16 | 0 | 0 | 0 |
| Finlandia | 0 | 5 | 5 | 0 | 0 | | | 0 |
| Francia | 5 | 604 | | 0 | | | 8 | 0 |
| Grecia | 0 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 |
| Hungría | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 |
| Islandia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Irak | 6 | 5.494 | 1.876 | 0 | 110 | 9 | 18 | 0 |
| Irán | 52 | 127 | | 0 | 14 | 4 | 10 | |
| Irlanda | 0 | 57 | 1.388 | 0 | 42 | 0 | 2 | 0 |
| Israel | 0 | 931 | 11 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Italia | | 1.617 | 896 | 0 | 4.847 | | | |
| Japón | 0 | 11.015 | 65.361 | 0 | 303 | | 123 | 0 |
| Luxemburgo | 0 | 1 | 26 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| México | 0 | 0 | 7.475 | 0 | 46 | 1 | 45 | 0 |
| Noruega | 0 | 4 | 16 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 |
| Nueva zelanda | | | | 0 | | | | |
| Países bajos | 0 | 109 | | 0 | 2 | | | 0 |
| Polonia | | | | 0 | | | | |
| Portugal | 0 | 1 | 140 | 0 | 4 | 0 | 1 | |
| Rep. Checa | 0 | 2 | 403 | 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| Rusia | 50 | 27 | 1.535 | 0 | 9.618 | 0 | 11 | 0 |
| Suecia | 0 | 25 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Suiza | 0 | 2.022 | | 0 | 12 | 0 | 1 | 0 |
| Turquía | 0 | 4 | 9.514 | 0 | 159 | 7 | 19 | |
| Reino unido | 5 | 1.445 | 2.625 | 0 | 31 | 0 | 5 | 0 |

Fuente: WHO vaccine-preventable disease monitoring system, 2009 global summary

Gráfico 45 Reporte mundial de casos y cobertura de vacunas de algunas enfermedades inmunoprevenibles 1980-2008



Fuente: WHO/IVB database, 2009. Reporte de 193 países miembros. Datos de sep 2009.

Indicador EF 4.1.2

Proporción de incidencia de infección por VIH y/o SIDA adquirido por transmisión vertical

Racional

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en niños han aumentado significativamente desde 1986 en 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.⁽¹⁾

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%. Se ha estimado que aproximadamente 20-30% de los niños nacidos de madres infectadas por VIH adquieren la infección, este porcentaje desciende notablemente con el uso de terapia antirretroviral como protocolo de tratamiento en la embarazada.⁽¹⁾

El creciente número de infecciones en mujeres en edad fértil implica un progresivo aumento de los casos de sida pediátrico. El primer caso de transmisión madre-hijo en Colombia se informó en 1987, y hasta diciembre de 2003 se habían notificado 798 casos de transmisión perinatal, con un aumento sostenido desde 1995. Al final de 2004 se estimaba que, en Colombia, había entre 4.000 y 8.000 niños infectados con el VIH. ⁽¹⁾ Si un millón de mujeres estuvieran embarazadas, 6.900 podrían estar infectadas con VIH; con una probabilidad de transmisión madre-hijo de VIH de 30% a 40%, y sin aplicación de las medidas de prevención, se tendrían entre 2.070 y 2.760 infecciones neonatales anuales nuevas.⁽²⁾

La reducción de la transmisión madre hijo de VIH es una intervención preventiva eficaz que se favorece con el fortalecimiento de los servicios de control prenatal. El sostenimiento de la estrategia con cobertura nacional debe ser una meta de los gobiernos nacionales y de los regionales,

así como de las entidades aseguradoras. Desde el 2003, en Colombia se desarrolla el “Proyecto nacional de reducción de la transmisión madre Hijo de VIH”, cuyo objetivo es prevenir la transmisión vertical de VIH mediante la incorporación de la prueba voluntaria de VIH durante el control prenatal, el tratamiento y la profilaxis antirretroviral en la gestante infectada y el niño expuesto, el parto por cesárea y la sustitución de la leche materna.⁽³⁾

La iniciativa nacional de reducción de la transmisión-madre hijo es actualmente la acción más eficaz de la respuesta nacional ante la epidemia de VIH/SIDA, reduciendo la posibilidad de transmisión perinatal de 40% a 3,6%; con la aplicación completa del protocolo, que consta de tratamiento antirretroviral, parto por cesárea, la profilaxis intraparto y al recién nacido expuesto y sustitución de la leche materna, esta probabilidad se reduce a 1,78%, que se encuentra en el nivel estimado de 1-2% calculado con la aplicación óptima de la estrategia. Este resultado está relacionado estrechamente con la captación tardía de la gestante o la ausencia de antecedente de control prenatal, pues se ha demostrado que una captación oportuna significaría la eliminación de la transmisión perinatal.⁽²⁾

Descripción

Expresa la proporción de nuevos casos de VIH originados en una transmisión vertical madre-hijo durante la gestación, el parto o la lactancia. Corresponde al número de niños nacidos vivos que dentro de los seis meses siguientes al parto se les confirma como portador VIH positivo, sobre el número total de mujeres en embarazo a las que se les confirmó como VIH positivas durante la gestación o el parto y cuyo embarazo terminó con producto vivo, por cien.

La probabilidad de transmisión se estimó como el número de niños infectados al término de seis meses de seguimiento post-parto entre el número de niños expuestos al VIH con seis meses de seguimiento post-parto. Se considera infectado con VIH todo niño con una carga viral PCR-RNA mayor de 1.000 copias/mm³ en los 6 meses de seguimiento, al mes o a los seis meses.⁽³⁾

Para las metas del milenio en Colombia, el indicador se expresa el número de casos de infección por VIH y/o Sida reportados anualmente en menores de cinco años.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 4.1.2

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Desde el año 2006, el Ministerio de la Protección Social asumió la tarea de financiar la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH que se inició con el apoyo de la comunidad económica europea y la gestión nacional del ONUSIDA. Actualmente, el Instituto Nacional de Salud implementa la estrategia, cuyo propósito es el de brindar diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado en las mujeres gestantes en población vinculada.⁽⁵⁻⁶⁾
Criterio de referencia: reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010-2015.⁽⁴⁾
- Entre el periodo 2003 y 2008 se han observado los siguientes resultados:

Tabla 2. Datos estrategia reducción de la transmisión perinatal del VIH. 2003-2008.

| Fechas | 2003-2008 |
|--|---------------|
| Número de mujeres embarazadas | 679.898 |
| Número de pruebas realizadas-tamizaje | 687.437 |
| Gestantes diagnosticadas VIH positivo | 1.393 (0,2%) |
| Número de Gestantes VIH positivo que han recibido tratamiento antirretroviral profiláctico | 1.157 (83%) |
| Número de nacidos vivos | 1348 (97%) |
| Número de neonatos que han recibido tratamiento | 1.287 (95,5%) |
| Número de neonatos que han recibido fórmula láctea para evitar la transmisión por leche materna. | 1.159 (86%) |
| Número de niños y niñas VIH positivo | 44 (3,3%) |
| Casos positivos esperados | 377 (28%) |
| Casos evitados | 333 (24,7%) |

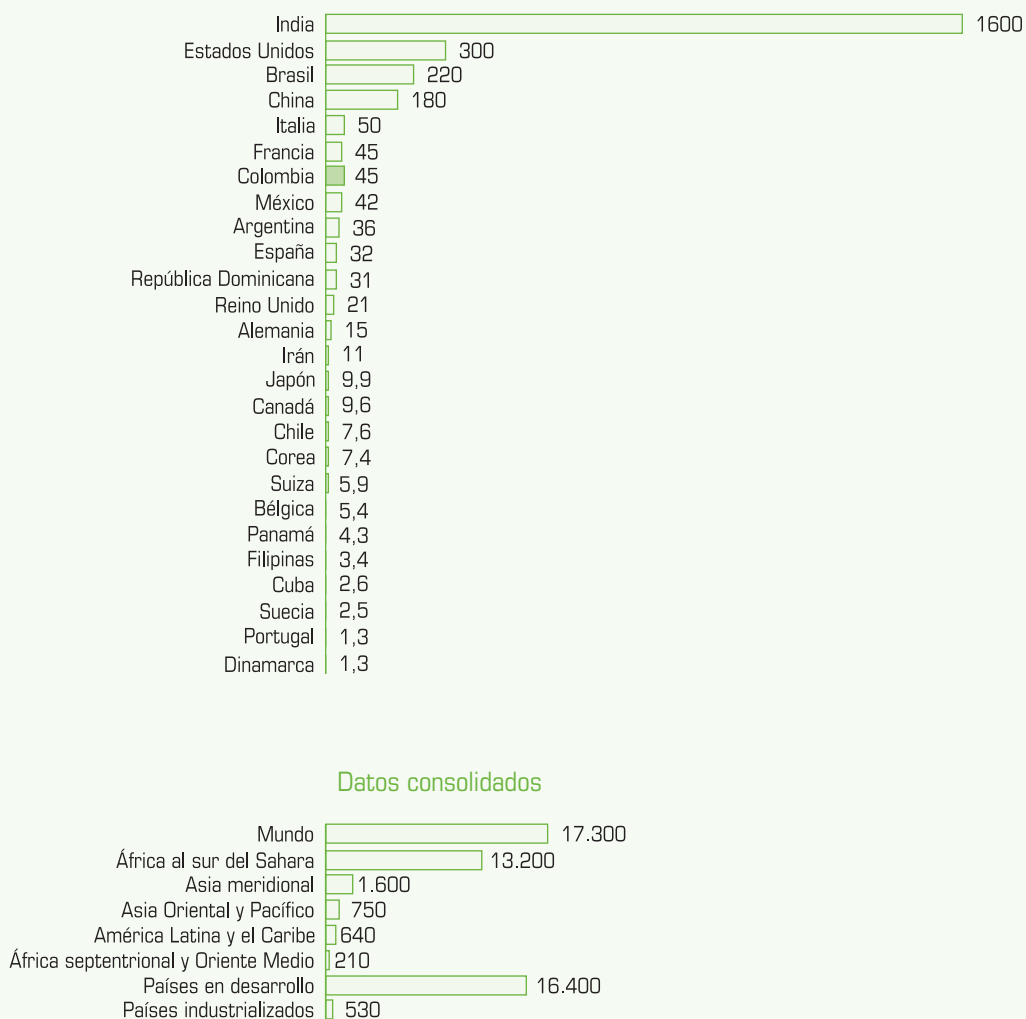
INS-MPS- ONUSIDA

Referencias bibliográficas

- 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.
- Proyecto nacional de reducción de la transmisión madre hijo de VIH. Boletín informativo bimensual. Onusida, Instituto Nacional de Salud. Número 8 Diciembre 2005- Enero 2006 Segundo año
- García, Ricardo et al. Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. Biomédica. 2005, vol.25, n.4, pp. 547-564. ISSN 0120-4157.
- 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".
- 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. P. 30
- Boletín de Prensa No 081 de 2009. 30/11/2009. Estrategia de reducción de la transmisión perinatal de VIH/Sida ha dado buenos resultados. Ministerio de la Protección Social.

Referenciación internacional

Gráfico 46. Número estimado de mujeres de más de 15 años, que viven con VIH, en varios países* 2005 (en miles).



Fuente: UNICEF. <http://www.unicef.org/sowc08/statistics/tables.php>

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 4.1.4

Proporción de prevalencia de infección por VIH

Racional

Desde su aparición, y con el transcurso del tiempo, la pandemia de VIH y Sida se ha constituido, para los diferentes países del mundo, en uno de los problemas de salud pública de más difícil abordaje y en uno de sus mayores retos, a efectos de lograr su prevención y control. A nivel mundial, no sólo los Estados sino diferentes tipos de organizaciones, tanto de cooperación internacional como de la sociedad civil, se han visto compelidos a unir esfuerzos para lograr una respuesta cada vez más coherente y efectiva, a fin de combatir la enfermedad.⁽¹⁾

Aunque la prevalencia de la infección por VIH y Sida en Colombia no tiene la magnitud de otras regiones, el Sida plantea enormes desafíos al Estado y a la sociedad colombiana que es preciso resaltar. Cada nuevo caso de infección, al igual que cada caso de violencia intrafamiliar o de embarazo adolescente, conjuga una serie de factores, muchos de ellos evitables, que deben ser abordados desde una perspectiva que trasciende al sector salud y que involucra a la sociedad en general y los sectores corresponsables en la respuesta que se lidera desde el Ministerio de la Protección Social.⁽¹⁾

Las metas en el área específica de Sida propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, obligan al país para el año 2015 a mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%, a aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales, a reducir la mortalidad por causa del Sida, a disminuir el número de casos de transmisión perinatal y a incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población joven.⁽¹⁾

En 2003, casi 5 millones de personas se infectaron por el VIH, la cifra más alta de infecciones en un sólo año desde el comienzo de la epidemia. A nivel mundial, el número de personas que viven con el VIH continúa creciendo, de 35 millones de 2001 a 38 millones de 2003. El mismo año, cerca de 3 millones de personas fallecieron por causa del SIDA; desde que se identificaron los primeros casos de SIDA, en 1981, han fallecido más de 20 millones de personas.⁽²⁾

La epidemia no es homogénea en cuanto a magnitud o impacto dentro de las regiones; algunos países están más afectados que otros, y dentro de los propios países se observan amplias variaciones en los niveles de infección entre las distintas provincias, estados o distritos.⁽²⁾

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.⁽³⁾

Es indicativo del enorme esfuerzo que deben desarrollar todos los sectores comprometidos con el propósito de detener y comenzar a reducir la propagación de la epidemia en nuestro país. Permite observar el comportamiento de las diferentes estrategias de prevención generadas por el gobierno hacia la comunidad para prevenir el contagio del VIH/SIDA, su funcionamiento y su asertividad.⁽⁴⁾

La pandemia por VIH/sida ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad.⁽⁷⁾

Descripción.

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.⁽⁴⁾ Expresa la proporción de personas que conviven con la infección por VIH en la población colombiana, de 15 a 49 años de edad. Se obtiene de dividir el número de personas de 15 a 49 años viviendo con VIH, entre la población de 15 a 49 años por 100.^(5,87)

Información técnica del indicador:

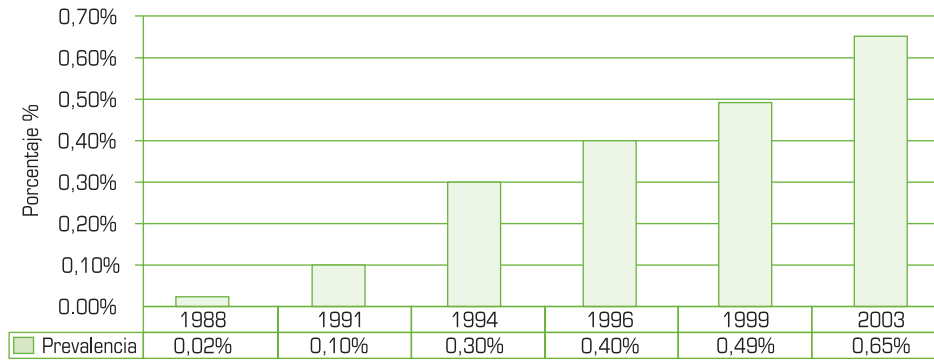
Apéndice 1. Nota técnica: Código 4.1.4

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en el SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La prevalencia nacional de VIH SIDA en la población de 15 a 49 años se ha estimado mediante estudios centinelas, que muestran un incremento significativo entre el periodo 1988 y 2003, pasando de una prevalencia de 0,02% a 0,65%, con una tendencia de crecimiento lineal constante.⁽⁶⁾
- Una estimación más amplia entre 1990 y 2007, realizada por UNAIDS/ WHO/UNICEF muestra esta misma tendencia. META: Para 2015 haber mantenido la prevalencia de infección por debajo del 1,2%, en población general de 15 a 49 años de edad.⁽⁵⁾

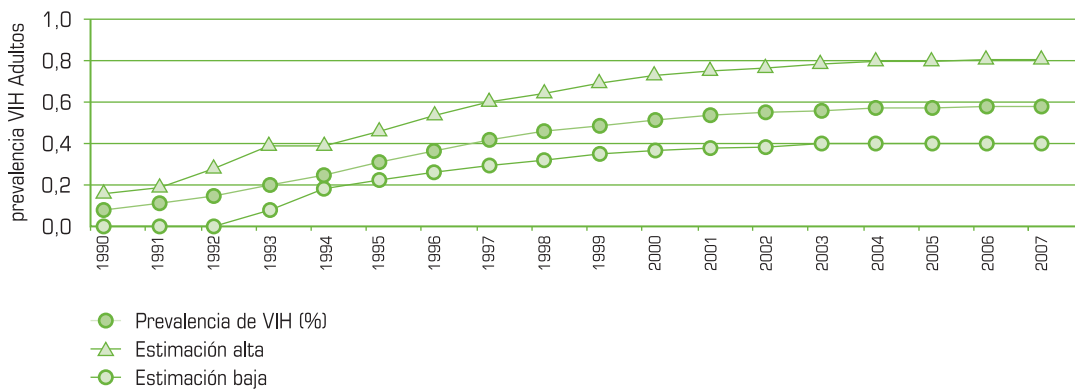
Gráfico 47. Prevalencia de VIH/Sida en Colombia 1988-2003.



Fuente: Resultados de los Estudios Centinela para VIH/Sida. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud.

Nota 1: El mecanismo de transmisión más frecuente en Colombia es el sexual: 53.7% heterosexual, 27.1% homosexual y 15.2% bisexual. La transmisión por vía sanguínea no es predominante: del total de casos con mecanismo de transmisión reconocido 3.6% corresponde a usuarios de drogas intravenosas y transfusiones sanguíneas. La transmisión perinatal tiene una participación porcentual anual que varía de 0.1 a 0.5%. Tipo de epidemia nacional concentrada, con un mecanismo probable de transmisión predominantemente Sexual, unatendencia creciente y con mayor participación femenina.⁽⁶⁾

Gráfico 48. Estimación del % de prevalencia de VIH en adultos (15-49 AÑOS). 1990-2007



Fuente: UNAIDS/WHO/UNICEF 2008.

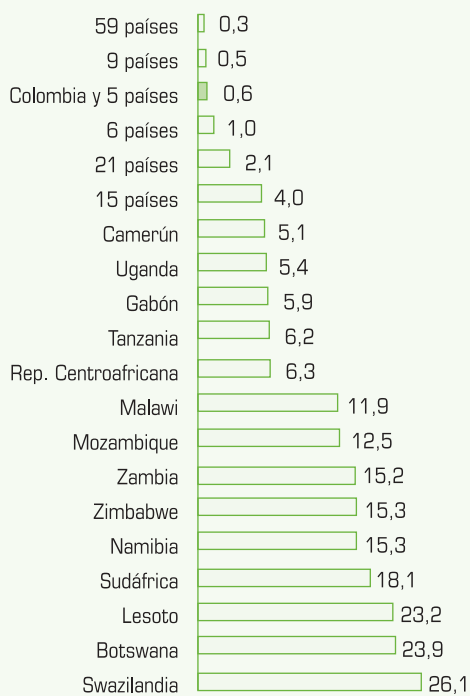
Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS Core data on epidemiology and response. Colombia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011.
2. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2004 ONUSIDA, 2004
3. Secretaría de Salud de Bogotá. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los Matices de la Vulnerabilidad, 2007
4. Importancia epidemiológica del evento VIH/SIDA. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Pública. 2001. <http://www.salud.gov.mx>
5. 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.
6. Instituto Nacional de Salud. Análisis de Salud sexual y reproductiva 2006: indicadores trazadores. Pp. 13-17
7. Instituto Nacional de Salud. Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (grupo infecciones de transmisión sexual). Protocolo de vigilancia de VIH-SIDA. 25 de Septiembre 2009.
8. Programa Regional de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Centroamérica (PRESANCA). Indicadores de Situación de Seguridad Alimentaria y Nutricional en Centroamérica y Repúblicamayo 2007. Dominicana.<http://www.sica.int/SIRSAN/Indicadores.aspx?data=Datos.aspx%3fIndicador%3d50&dummy>

Referenciación internacional

Gráfico 49. Porcentaje de prevalencia del VIH en adultos (15-49 años), en varios países.* 2007.



Fuente: ONUSIDA/OMS - http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/mapping_progress.asp

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 4.2.1

Tasa de incidencia sífilis congénita

Racional

La sífilis congénita representa un problema de salud pública sobre el que existe el compromiso internacional de lograr su eliminación.⁽¹⁾ La sífilis se considera una enfermedad en escala mundial, con 12 millones de personas infectadas al año. La OMS estima que cada año, la sífilis materna es responsable de 460.000 abortos o mortinatos, 270.000 casos de sífilis congénita y el nacimiento de igual número de bebés con bajo peso al nacer o prematuros. Esta cifra supera fácilmente otras infecciones neonatales, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el tétanos, que han sido el objetivo de atención mundial.⁽²⁾

La sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública, se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas. Debe mencionarse que América Latina y el Caribe (ALC) tienen una tasa de sífilis materna más alta que cualquier otra región, estimada por la OMS entre 1997 y 2003 en 3,9%. Con dicha tasa se calcula que puede haber aproximadamente 459.108 casos de sífilis gestacional en la Región de las Américas (exceptuando EE.UU. y Canadá), originando cada año de 164,222 a 344,331 casos de sífilis congénita. En la mayor parte de estos casos, la infección es transmitida al feto, en general entre las semanas 16 y 28 de embarazo y conlleva un pronóstico fatal en el 30-50% de casos. La prevalencia de sífilis materna varía bastante entre los países de la región. Por ejemplo, durante 2005-2006, era del 1,4% en Argentina, del 5,75% en Haití y del 5% en Bolivia.⁽³⁾ Se calcula que en ALC, 330.000 mujeres gestantes que tienen una prueba positiva para sífilis no reciben tratamiento durante el control prenatal, y que de estas gestaciones nacen 110.000 niños con sífilis congénita, y un número similar resulta en aborto espontáneo.⁽⁶⁾

Ante el progresivo incremento de la prevalencia de la sífilis congénita y la aparente falta de conciencia de este hecho por parte de los profesionales y de la comunidad en su

conjunto⁽¹⁾, se ha dado curso al plan para la eliminación de la sífilis congénita, propuesto por la OPS, el cual tiene como propósito reducir la incidencia de la enfermedad para el año 2015, por medio de la detección y el diagnóstico precoz, y el suministro de tratamiento adecuado y oportuno a las mujeres gestantes infectadas y la reducción de la prevalencia de sífilis en mujeres en edad fértil.⁽¹⁾

También permite conocer la incidencia de la sífilis en los recién nacidos en el año, medir el impacto de las acciones de control implementadas en el plan de eliminación de sífilis congénita, establecer la eficiencia del sistema para captar casos y permitir la detección de municipios, distritos o departamentos con niveles críticos en el cumplimiento de la meta de eliminación de sífilis congénita. Un caso de sífilis congénita representa una falla en la calidad de los programas de salud pública.⁽⁴⁾

Descripción

Número de casos de sífilis congénita en el período entre la población total de nacidos vivos en el año multiplicado por 1000.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 4.2.1

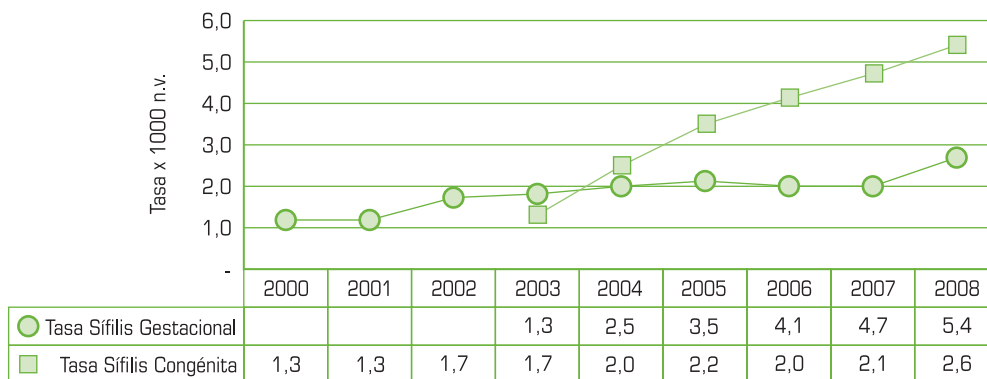
Apéndice 2. Tablas de datos: Número de casos de sífilis congénita 1999-2008 por departamentos

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Los datos SIVIGILA INS nos muestran, entre el periodo de tiempo observado entre el año 2000 al 2008, un número de casos de sífilis congénita que paso de generar una tasa de 1,3 a otra de 2,6 por cada 1000 nacidos vivos. Tendencia: incremento sostenido en el tiempo. Criterio de normalidad: menor a 0,5 casos de sífilis congénita por 1000 NV.⁽⁴⁾
- Desde que se inicia el registro de la sífilis gestacional, se observa un número incrementado sostenido y lineal con una marcada pendiente entre 2003 y 2008, pasando de 1,3 a 5,4 por 1000 nacidos vivos. Dado lo reciente del inicio del registro es de esperarse un comportamiento como el observado.
- La presencia de casos de sífilis gestacional, va de la mano con el comportamiento del incremento en el control prenatal y a su vez con el incremento en la detección de casos de sífilis congénita. Sin embargo la presencia de sífilis congénita, habla de un problema de calidad de la atención en salud dentro de los programas de control prenatal existentes.

Gráfico 50. Razones de incidencia de sífilis congénita y gestacional en Colombia, años 2000-2008.



Fuente: SIVIGILA- INS

Nota 1: La Sífilis Congénita se debió eliminar en el año 2000 sin embargo se observa que la incidencia de la sífilis congénita en el territorio nacional tiene una tendencia en ascenso En Colombia la proporción de incidencia de la sífilis congénita pasó de 1 a 2.6 casos por 1000 NV en los últimos diez años.

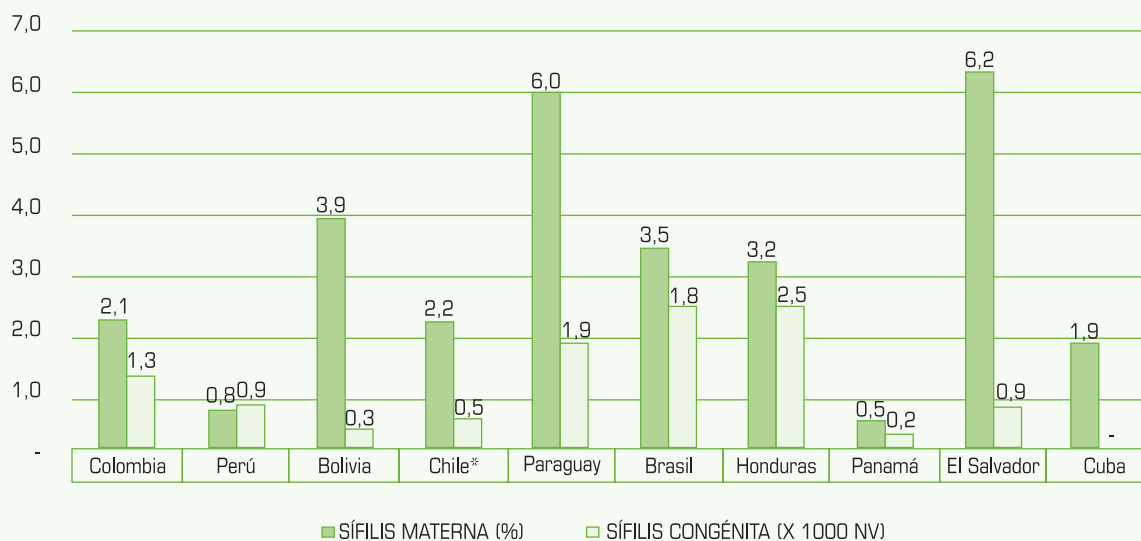
Nota 2: En 2001 se levantó línea de base y en 2003 se introdujo la vigilancia intensificada en SIVIGILA, incluyendo la vigilancia de sífilis gestacional. Desde entonces se observa un incremento en la incidencia, en parte explicable por una progresiva mejoría en la vigilancia.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de Atención de la Sífilis Congénita.
2. Huertas Estrada, Hernán Darío. Informe del evento sífilis gestacional y congénita, hasta el periodo epidemiológico XI del año 2009. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública.
3. OPS – UNICEF. Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS 2009
4. Protocolo de vigilancia de sífilis gestacional y congénita. Instituto Nacional de Salud. Subdirección de Vigilancia y Control. Primer Semestre de 2007.
5. OMS/OPS. Regional Core Health Data System - Glosario de Indicadores y Datos
6. Casas-P, Rodolfo L; Rodriguez, Magda and Rivas, Jorge. Sífilis y embarazo: ¿cómo diagnosticar y tratar oportunamente? Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009, vol.60, n.1, pp. 49-56. ISSN 0034-7434.

Referenciación internacional

Gráfico 51. Razón de incidencia de sífilis congénita (x 1000 nv) y porcentaje de prevalencia de sífilis gestacional (%). 2000-2003 en varios países** de la Región



Fuente: Organización Panamericana de la Salud—Unidad de VIH/SIDA - Programas Nacionales de VIH/SIDA/ITS.

* Datos 2000-01 - *

** Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 5.1.1

Proporción de casos de tuberculosis pulmonar que completan tratamiento y curaron

Racional

La tuberculosis, enfermedad prevenible y curable, sigue constituyendo una importante amenaza para la salud pública. Pese a que hace varias décadas se conocen drogas y tratamientos eficaces así como las medidas y procedimientos para su control, actualmente asistimos a un recrudecimiento de la enfermedad en el ámbito mundial.⁽¹⁾

Varios factores además, han estado creando condiciones propicias para el agravamiento del problema en algunos países: la asociación con la pandemia del VIH, el incremento de las condiciones de pobreza que ha acentuado las inequidades de acceso a los servicios de salud, así como crecimiento de poblaciones marginales y migraciones en busca de mejor calidad de vida. A este cuadro se suma el debilitamiento de los programas de control, que al hacerse menos eficientes en sus acciones, ha determinado en algunos países la emergencia de un serio problema que amenaza la posibilidad de controlar la tuberculosis en el futuro: la resistencia a las drogas antituberculosas. Ante esta situación, el programa regional de TB ha prestado colaboración y asesoría a los países en actividades tendientes a la reevaluación de las estrategias seguidas hasta ese momento, con el objetivo de lograr la implementación de la estrategia de tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS, sigla del inglés).⁽¹⁾

La estrategia DOTS es una de las intervenciones sanitarias más eficaces en función de los costos. Esta estrategia global, tiene los cinco elementos básicos siguientes: el compromiso del gobierno para la implementación de un programa contra la tuberculosis: la detección pasiva de casos mediante el diagnóstico por baciloscopia, el tratamiento acortado directamente observado y estandarizado de todos los casos con baciloscopia positiva, el abastecimiento regular de medicamentos y un sistema de seguimiento y evaluación del programa.⁽¹⁻²⁾ Así, los resultados en lograr completar el tratamiento y curar dependen de la calidad con la que se desempeña este programa.

La estrategia DOTS/TAES (tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) garantiza la curación de la mayoría de los pacientes y la reducción del riesgo de enfermar

para la comunidad. Si el programa se mantiene por varias décadas de forma eficiente en el control de la enfermedad, la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública se convertirá en realidad.⁽³⁾

La TB ha sido una de las patologías que mayor carga de enfermedad evitable ha generado al país. En el año 2000, la resolución 412 del MPS 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/TAES, iniciando su implementación en el 2001.⁽⁴⁾ 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.⁽⁵⁾

Descripción

Indica la proporción de casos de tuberculosis registrados, en una población y un periodo específico, que recibieron tratamiento supervisado y curaron en relación con el total de casos de tuberculosis BK positivos que ingresaron a la cohorte en ese mismo periodo multiplicado por 100.^(2,8)

Por tasa de éxito del tratamiento se entiende el coeficiente entre los nuevos casos registrados (infecciosos) con frotis positivo que se curaron o fueron objeto de un ciclo completo de DOTS y el número total de nuevos casos registrados. Las tasas de éxito del tratamiento pueden supervisarse de forma directa y precisa en cohortes de pacientes tratados con la estrategia DOTS. El numerador corresponde a la evaluación sistemática del progreso de los pacientes y los resultados de tratamiento.⁽²⁾

Es un indicador de seguimiento muy importante para la evaluación de la gestión del programa de control de tuberculosis, ya que permite evidenciar la calidad en la administración del tratamiento, y el seguimiento clínico y bacteriológico del paciente con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva.⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

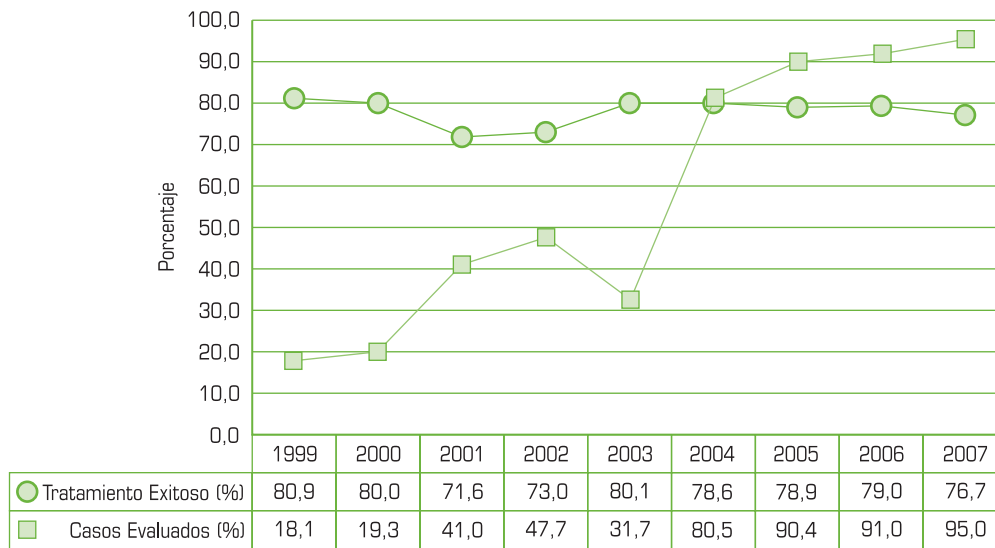
Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 5.1.1

Disponible en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

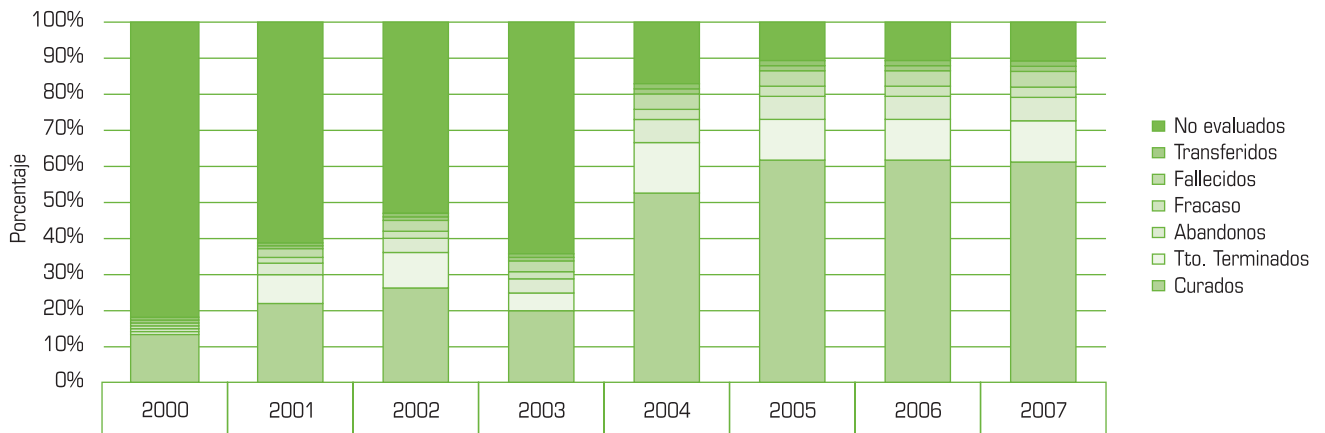
- De la serie anual observada entre los años 1999 y 2005, el porcentaje de tratamiento exitoso fluctuó dentro de un rango de variaciones entre 71,6 y 80,9 %, considerando que el tratamiento “exitoso” esta relacionado tanto con la curación como con la terminación del tratamiento.
- La evaluación del programa en 2007, mostro un porcentaje de curación de 65,9% y un porcentaje de fracasos de 1,4%.
- Criterio de referencia: curar el 85% de los casos nuevos de tuberculosis con baciloscopia de esputo positiva.⁽⁷⁾

Gráfico 52. Porcentaje de casos de tuberculosis evaluados y de tratamiento exitoso, Colombia 1999-2005



Fuente: MPS/INS, Programa Nacional de Tuberculosis

Gráfico 53. Análisis de resultados del tratamiento de la cohorte TB pulmonar, Bk positivo, Colombia. 2000-2007



Fuente: MPS/INS, Programa Nacional de control de Tuberculosis

Nota 1: En los años 1999 a 2003 eran pocos los departamentos que informaban los resultados de seguimiento o curación de pacientes en los informes de cohortes, de manera que en esos años apenas fueron evaluados entre el 18% y el 45% de los casos registrados. El aumento de dicho porcentaje es quizá el mejor indicador para evaluar el aumento de la cobertura de DOTS a nivel territorial y nacional; se evaluó el 90,4% de los casos registrados en la cohorte del 2005, de los cuales, 79% egresaron como tratamientos exitosos (curados más tratamientos terminados).⁽⁶⁾

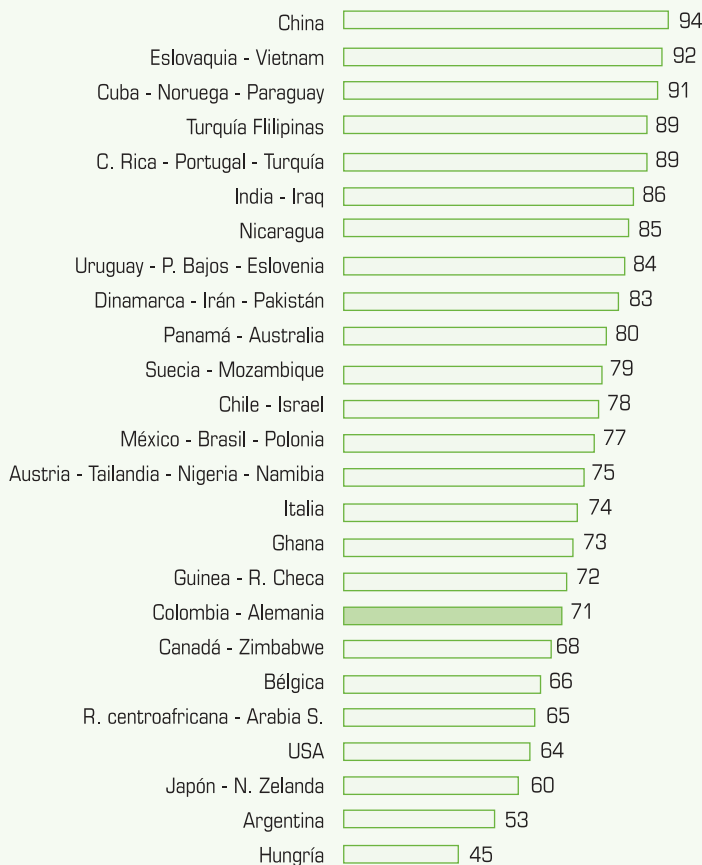
Nota 2: Los entes territoriales con un porcentaje de evaluación de casos inferior a 90% son: Chocó (89%), Huila (79%), Antioquia (76%), Santa Marta (75,4%), Guaviare (73%), Guainía (71,4%), Vichada (57%), Valle del Cauca (45%) y Bolívar (32%).⁽⁶⁾

Referencias bibliográficas

1. WHO. National Tuberculosis Programme Review. Experience in twelve countries during the period 1990-1995. WHO/TB/96.217. Ginebra, 1996. Citado por: OPS. El control de TB en las Américas. 1998
2. 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. 52-53
3. OMS-OPS. Programa regional de TB. Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Rev. Enfermería. IMSS. 2002; 10(1):31-43.
4. Ministerio de la Protección Social -Dirección General de Salud Pública. Actualización Análisis de la situación de la tuberculosis en Colombia. Noviembre de 2006.
5. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Tuberculosis. Versión preliminar. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. México, D.F. Octubre 2001.
6. Castiblanco, César Augusto, Polo, Claudia Llerena. Tuberculosis en Colombia: análisis de la situación epidemiológica, año 2006. Asociación Colombiana de Infectología. Volumen 12 No 3 - Septiembre de 2008. Pp.159-173
7. Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015 para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. 2009
8. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

Referenciación internacional

Gráfico 54. Porcentaje de éxito del tratamiento de la tuberculosis bajo DOTS, diversos países.* Año 2006



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria de países

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 5.1.2

Tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar

Racional

La Tuberculosis (TB) se considera una de las enfermedades infecciosas, más importante del mundo a pesar de los esfuerzos para su control en la última década. Cada caso de TB no solo implica un sufrimiento individual, la comunidad que le rodea se puede ver afectada por esta enfermedad transmisible. Las iniciativas actuales para el control de la TB están enmarcadas en los ámbitos de la salud pública, el ámbito económico y el humanitario. En salud pública, las prioridades en TB se dirigen al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado de los pacientes con TB, con el propósito de disminuir la transmisión de la enfermedad, lo que implica altos costos económicos para su control y costos indirectos en los que incurre el individuo y la sociedad. Otros factores determinantes para el control de la TB son la pobreza, la migración, la conjunción de estilos de vida no saludable, factores demográficos, restricciones en la accesibilidad a los servicios de salud y la situación económica actual de los países en desarrollo.⁽¹⁾

En 1993, la OMS declaró a la TB como emergencia global y en 2006 impulsó la estrategia “Alto a la Tuberculosis”, cuyo finalidad es reducir la carga mundial de este padecimiento para 2015 en consonancia con los ODM.⁽²⁾

Las cifras actuales de infectados por M. Tuberculosis, enfermos y fallecidos por esta vieja endemia obligan a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de la enfermedad, la cual es curable desde hace más de 40 años y prevenible en la comunidad desde hace varias décadas. Una tercera parte de la población mundial está infectada por el M. Tuberculosis 8.4 millones de casos anuales y mueren 1.9 millones de personas por esta enfermedad. Según cálculos de la OMS basados en los datos del año 2003 solo el 30% de los casos de TB activa están diagnosticándose y tratándose en los programas de Control de la TB.⁽¹⁾

Las metas mundiales (detección del 2% de sintomáticos respiratorios de los consultantes mayores de 15 años y el 85% de curación de los enfermos detectados) deben alcanzarse para el año 2015 a fin de disminuir a la mitad la prevalencia de la TB y a la mitad de las defunciones.⁽¹⁾

En 2005, de acuerdo con la OMS, la TB ocasionaba anualmente 8.8 millones de casos nuevos alrededor del mundo y 1.6 millones de muertes. En el reporte 2006 de los ODM se estableció que en el ámbito mundial el número de casos de TB, durante el periodo de 1990 a 2004, se ha incrementado un 1% anual. Cabe señalar que la información de la ONU excluye a la población positiva a VIH, lo que significa que la incidencia es mucho mayor; de hecho de los casi 9 millones de casos nuevos en el mundo el 8% corresponden a personas que viven con VIH.⁽²⁾

Los datos sobre las tendencias de la incidencia permiten hacerse una idea más cabal del efecto de la lucha mundial contra la TB.⁽³⁾ La cuarta parte de los casos de TB 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.⁽⁴⁾

En Colombia, al igual que en el resto del mundo, la tuberculosis es uno de los principales problemas de salud pública. La epidemia del VIH/sida, los movimientos de población y el pobre manejo de los programas de control de tuberculosis son factores que han contribuido a la diseminación de la enfermedad.⁽⁷⁾

En el control de la tuberculosis, la falta de acceso o el acceso limitado a la estrategia DOTS aumenta la posibilidad de que el enfermo no reciba tratamiento o que lo reciba en forma incorrecta e incompleta, lo cual tiene como consecuencia el aumento del número de casos, el aumento del número de muertes y la aparición de formas de la enfermedad resistentes a los medicamentos antituberculosos.⁽⁶⁾

Descripción

La incidencia por tuberculosis respiratoria, se obtiene al dividir el número de casos nuevos registrados durante un periodo determinado entre la población total de ese periodo, multiplicado por cien mil. El término casos de TB hace referencia a los pacientes en los que la presencia de TB se ha confirmado bacteriológicamente o ha sido diagnosticada por un médico.^(2,3)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código 5.1.2

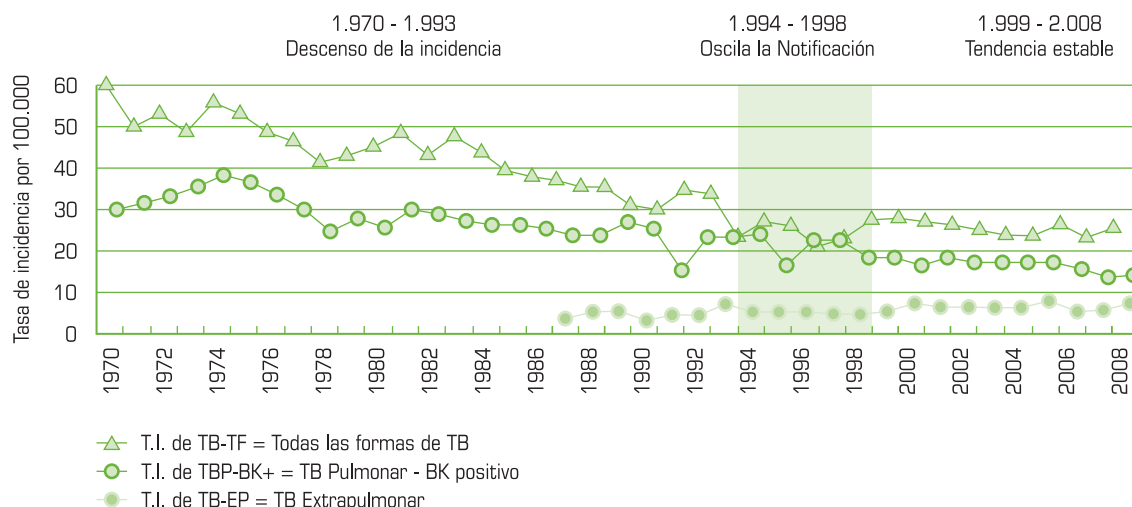
Apéndice 2. Tabla de datos: Número de casos de tuberculosis por departamentos 1993-2007

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en el SOGC - MPS (<http://www.minproteccion-social.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La situación epidemiológica de la TB en Colombia lo ubica como un problema de salud pública, cada año se reportan más de 11.000 casos nuevos.⁽⁵⁾ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe global de control de la TB 2009, estimó la incidencia de tuberculosis todas las formas (TB-TF) para Colombia en 35 casos por 100.000 habitantes, para el año 2007.⁽⁷⁾
- El análisis de la incidencia de la TB (todas las formas -TF) en Colombia entre 1970 y 2008 se ha dividido en 3 segmentos (ver notas al pie de gráfico 55). Un primer segmento, entre 1970-1993, con una incidencia que fluctuó entre 60 y 32 casos por 100 mil habitantes, con una tendencia de disminución progresiva constante, una segunda etapa entre 1994 y 1998 que fluctuó entre 25 y 21 casos por 100 mil habitantes con una tendencia irregular y una tercera etapa entre 1999 y 2008 que varío entre 19 y 26 casos por 100 mil habitantes, con una tendencia a la estabilización.
- Criterio de referencia: 18 casos o menos por 100.000 habitantes.⁽⁷⁾

Gráfico 55. Incidencia de tuberculosis en Colombia. 1970 - 2005



Fuente: PNCT. MPS/INS/OPS

Nota 1: Al analizar la incidencia notificada de tuberculosis (TB) que ha tenido Colombia entre 1970 y 2008 es necesario tener en cuenta la historia sanitaria, sociopolítica y ambiental del país; por ello se ha dividido el análisis en tres periodos⁽⁷⁾

En el primer periodo de 1970 a 1993 observamos una disminución marcada, en donde existía un programa vertical basado en actividades de búsqueda activa con mayor importancia en criterios de diagnóstico clínico, radiológico y tuberculínico; la baciloscopia como pilar fundamental para el diagnóstico no tenía cobertura nacional; en este primer periodo el sistema de información era centralizado y consolidado por el nivel nacional.⁽⁷⁾

En el segundo periodo de 1994 a 1998 se observa irregularidad en la notificación, que podría estar explicada por una descentralización de las actividades de prevención, vigilancia y control y una reforma del sistema de salud que implicó que los niveles territoriales y nuevos actores como las aseguradoras e Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS) asumieran responsabilidades en estas acciones. Por lo tanto, este periodo fue de transición y ajuste al nuevo sistema; el sistema de información entró en ajuste y modificación, lo cual pudo haber incidido en la irregularidad de la notificación de casos tanto por el programa de control como por el sistema de vigilancia.⁽⁷⁾

En el tercer periodo comprendido entre 1999 a 2008 se observa una tendencia estable según la notificación reportada; el nivel nacional hacia 1998 reglamentó la inclusión de eventos de interés en salud pública como la TB en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), lo cual implicó fortalecer acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo. La información diferencial para TB pulmonar y extrapulmonar aparece desde 1987 debido a que en años anteriores no se existían registros confiables que permitieran hacer el análisis. A partir de 1987 se mejoró el diagnóstico y notificación de la TB extrapulmonar y se incluyó como un evento de vigilancia obligatoria en el marco de la aparición de los primeros casos de VIH/Sida en el país.⁽⁷⁾

Nota 2: Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos de TB-TF lo que nos indica que aun sigue siendo un serio problema de salud pública; durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos para una incidencia 25,6 casos por 100.000 habitantes, de los cuales 6.815 (60,08%) ocurrieron en hombres y 4.527 en mujeres (39,91%), en cuanto a la TB infantil, el informe 2008 indica que 719 casos (6,3%) ocurrieron en población menor de 15 años, para una incidencia de 5,47 casos por 100.000 menores de 15 años.⁽⁷⁾

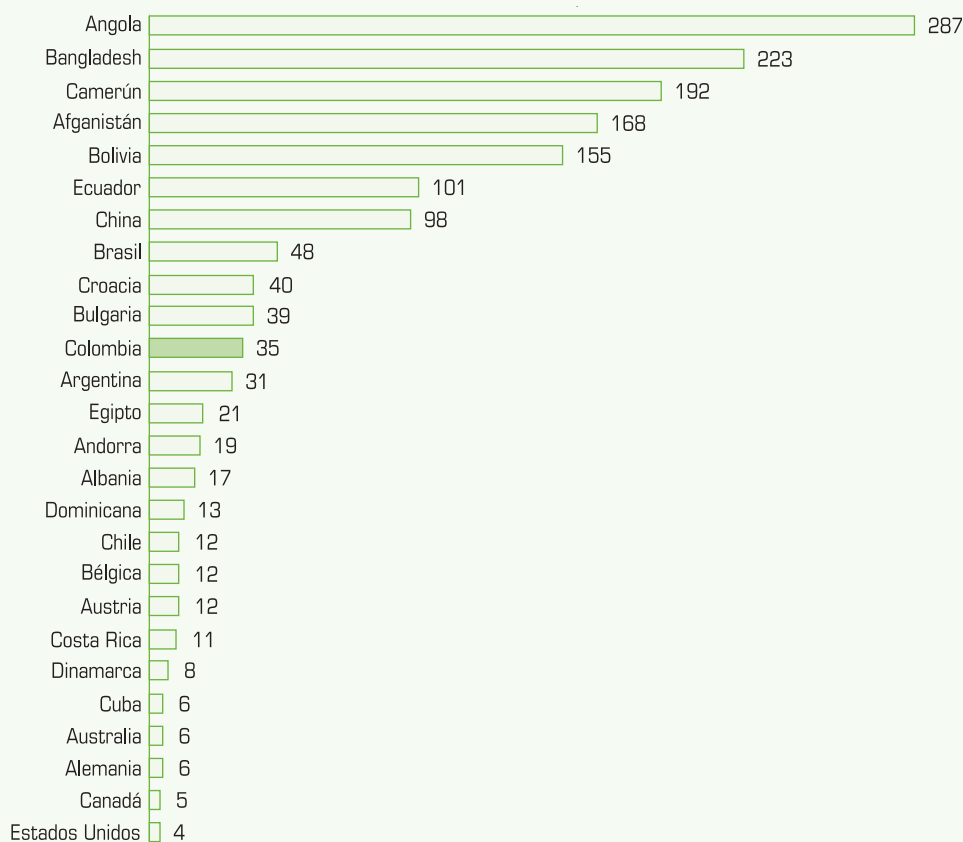
La incidencia de casos notificados entre 1993 y el año 2008, se estratificaron las entidades territoriales por cuartiles, donde se encontró que el 50% se clasifica como de riesgo muy alto (incidencia por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (incidencia entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas son: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira.⁽⁷⁾

Referencias bibliográficas

- Francisco Alberto Gutiérrez Delgado, Kairon José Gutiérrez Paniagua y Francisco Javier Toledo Cisneros. Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en Personas de 15 a 49 años residentes en los distritos V, VI y municipio de Tipitapa del 1 de enero del 2003 al 30 de junio del 2004. Universidad nacional autónoma de Nicaragua - centro de investigaciones y estudios de la salud - escuela de salud pública de Nicaragua. Managua, Nicaragua, Noviembre 2005.
- 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. 61 <http://evaluacion.salud.gob.mx>
- 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
- 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.
- 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. 2005
- Organización Mundial de la Salud. Situación epidemiológica de la tuberculosis (Región de las Américas, 2004).
- Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico "Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia alto a la TB". Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. 2009

Referenciación internacional

Gráfico 56. Incidencia de la tuberculosis (por 100 000 habitantes) en diversos países*. Año 2007



Fuente: Estadísticas sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud, 2009.

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 5.1.3

Proporción de baciloscopias positivas para TB pulmonar

Racional

La tuberculosis pulmonar es la fuente de infección más frecuente de la enfermedad y su confirmación con baciloscopia de esputo se constituye el objetivo fundamental de las actividades de detección precoz que permitan el control de la misma.⁽¹⁾

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT), tiene como propósito reducir la infección, la morbilidad y la mortalidad causada por la TB. El objetivo primordial es interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad mediante el diagnóstico oportuno y la correcta aplicación del tratamiento “acortado supervisado” a los enfermos, descubiertos a partir del tamizaje de sintomáticos respiratorios.⁽³⁾

La medida preventiva más eficaz es evitar el contagio, eliminando las fuentes de infección presentes en la comunidad a través de la detección precoz, diagnóstico oportuno y tratamiento completo de los casos de TB pulmonar con Baciloscopia positiva (TBP – BK+).⁽³⁾ La baciloscopia en el PCT es herramienta fundamental que permite hacer el diagnóstico y el control bacteriológico del paciente.

El indicador de baciloscopias positivas por paciente permite evaluar cómo las entidades territoriales están realizando las acciones de captación y si éstas son suficientes; el parámetro de comparación de este indicador define que el valor esperado se encuentra entre 4% y 5%; valores superiores indican que las acciones de búsqueda son insuficientes y los valores inferiores pueden indicar disminución de casos multibacilares o búsqueda inadecuada (examen por baciloscopia a personas que no son sintomáticos respiratorios).⁽⁴⁾

El indicador mide la probabilidad de que un sintomático respiratorio sea positivo al examinarse; su valor real está determinado por la prevalencia de la enfermedad pero está artificialmente elevado cuando hay una baja captación de sintomáticos y se ordena el examen solo a quien tiene un cuadro florido de la enfermedad. Cuando hay un incremen-

to sostenido en la captación y examen de sintomáticos, el indicador se hace progresivamente menor; cuando su valor es menor del 4% se recomienda implementar el cultivo para mejorar el rendimiento. A medida que la incidencia y la prevalencia de la enfermedad disminuyen su control se hace mas costoso.⁽⁵⁾

Descripción

Este indicador hace relación a la positividad de la baciloscopia por paciente, que se define como la proporción de sintomáticos respiratorios con baciloscopia de esputo positiva, del número total de sintomáticos respiratorios a quienes se les realizó baciloscopia de esputo multiplicado por 100.^(2,5)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 5.1.3

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

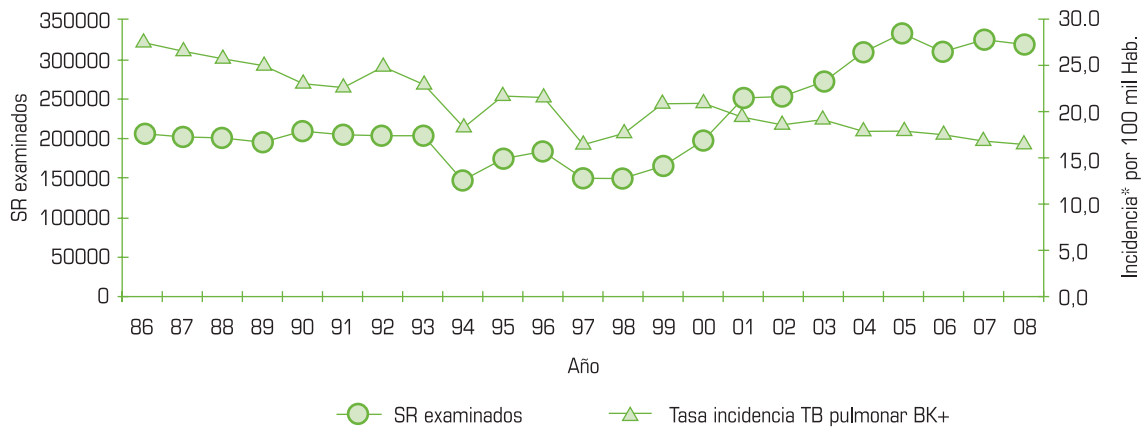
Resultados

- La incidencia de TB pulmonar BK + en el país, en el periodo 1986-2008, presentó una variación de 28 a 16 casos por 100 mil habitantes. Tendencia: disminución sostenida. Se esperaría continuar reduciendo la presencia de TB pulmonar BK positivo.⁽⁴⁾ En este mismo periodo la captación de sintomáticos respiratorios, pasó de un volumen cercano a los 200

mil casos a más de 300 mil, con una tendencia sostenida de aumento.

- A pesar de haber un incremento en la captación de sintomáticos respiratorios, la proporción de baciloscopias positivas, ha estado disminuyendo. En el periodo 1993 a 2005, el porcentaje de baciloscopias que resultaron positivas paso de 4,1% a 2,4% respectivamente.

Gráfico 57. Sintomáticos respiratorios (SR) e incidencia TB pulmonar positiva, Colombia. 1986 - 2008

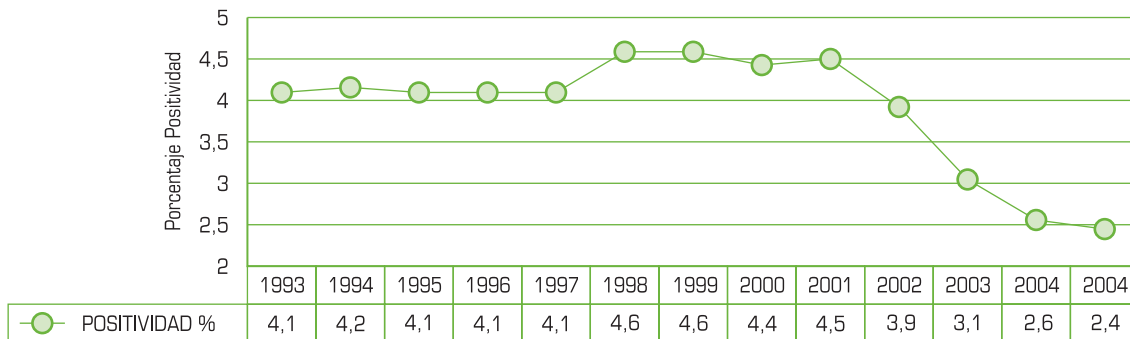


Fuente: MPS

Nota 1: Desde el año 1986 el país cuenta con registros de búsqueda de sintomáticos respiratorios. Evaluando las deficiencias en la captación de sintomáticos respiratorios observadas en el periodo 1993 – 1999, el Ministerio en el año 2000, a través de la Resolución 412, aclaró las competencias de las EPS y ARS en el cumplimiento de este indicador, incrementándose a partir de esta fecha la captación, de tal forma que el sistema que no captaba más de 200.000 sintomáticos/ año, captó 309.630 sintomáticos en el 2004 y 425.277 sintomáticos en el 2005.⁽⁶⁾

Nota 2: En el periodo comprendido entre 1994 y 2000 se presentó un marcado descenso en el número de casos diagnosticados, mediado por una reducción en la captación de los sintomáticos respiratorios (su tendencia desde 1995 hasta 1997 fue de 4,1, aumentando en 1998 a 4,6 para luego descender a 4,4 en el 2000). A partir del año 2002 se inició una estrategia para fortalecer la búsqueda y captación de sintomáticos respiratorios, con lo que se estabilizó nuevamente la tendencia de la prevalencia de la TB en el país y un mejoramiento en los índices de positividad de las baciloscopias, el grado de concordancia de los resultados en la evaluación indirecta del desempeño de la red nacional de laboratorios de salud pública.⁽⁷⁾

Gráfico 58. Distribución de los porcentajes de positividad de la baciloscopias para Colombia. 1993 –2005.



Fuente: MPS. Dirección general de promoción y prevención. Subdirección de prevención. Programa de Patologías infecciosas, SIS 12. Años 2001 a 2005: SIVIGILA.

Nota 1: La concentración de baciloscopia en los últimos 10 años a nivel nacional ha sido inferior a 2,5, es decir que a muchos de los SR solo se les realiza la primera muestra y se pierde la oportunidad de diagnosticar del 15% al 30% de los casos bacilíferos en la segunda y del 5% al 10% en la tercera muestra.⁽²⁾

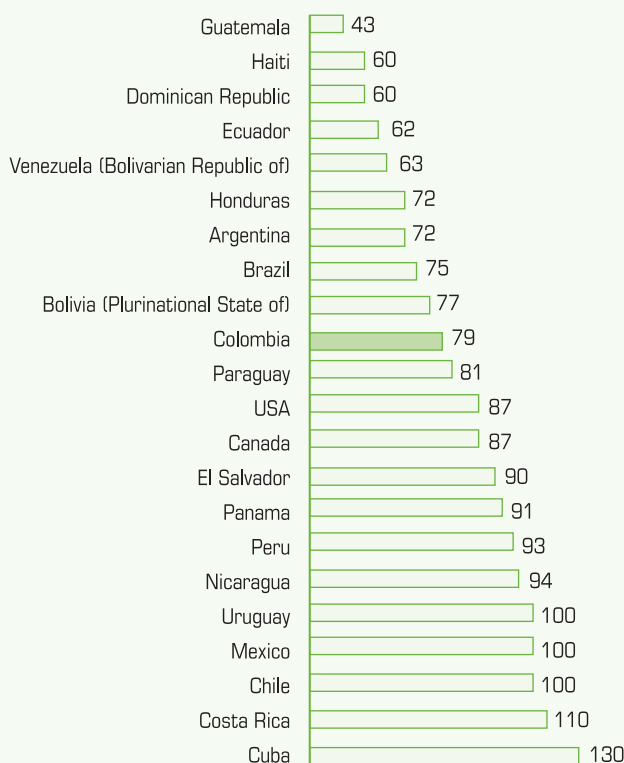
Nota 2: La disminución en el porcentaje de positividad podría estar relacionado con que no se cumple con la definición de SR o se recolectan muestras inadecuadas para el diagnóstico por BK disminuyendo la sensibilidad de la prueba, esto hace necesario incrementar el uso de cultivo para captar casos pulmonares que no son diagnosticados por baciloscopia (casos BK negativo o paucibacilares) acorde con lo definido en la guía de atención integral de TB.⁽²⁾

Referencias bibliográficas

1. 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. 61 <http://evaluacion.salud.gob.mx>.
2. Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015 para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB”. Ministerio de la Protección Social. Organización Panamericana de la Salud. 2009 www.minproteccionsocial.gov.co
3. Guía de Enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES. Programa Regional de Tuberculosis. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. (OMS/OPS) 2002; 10 (1) Pp. 31-44.
4. César Augusto Castiblanco, Claudia Llerena Polo. Tuberculosis en Colombia: análisis de la situación epidemiológica, año 2006. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C., Colombia. Pp. 159-173.
5. Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. Ministerio de Salud Dirección General de Promoción y Prevención.
6. 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, Pp. 1-5
7. Análisis de Enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes 2006: indicadores trazadores. Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Dirección General de Salud Pública, Pp. 7-10. www.minproteccionsocial.gov.co.

Referenciación internacional

Gráfico 59. Tasa de detección de nuevos casos con baciloscopia positiva (%) en varios países*. 2008



Fuente: World Health Statistics 2010. <http://www.who.int/gho/database/en/>

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 8.3.1

Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada

Racional

De acuerdo con investigaciones clínicas y epidemiológicas, la hipertensión arterial (HTA) constituye un importante factor de riesgo asociado a la morbilidad y la mortalidad por enfermedades del corazón y cerebro vasculares (ECV); además del efecto nocivo sobre órganos como el riñón y la retina. Se ha estimado que un adecuado control de la HTA podría reducir la incidencia de ECV en aproximadamente el 40 %. Los resultados obtenidos indican que la mortalidad por enfermedades del corazón atribuibles a la HTA se reduce en aproximadamente el 50 % si se controla adecuadamente esa condición.⁽¹⁾

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial (PA) disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y el control de la PA disminuye en 30-50% la incidencia de ACV. Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo de EC, ECV, EA, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados. La detección y el control de la HTA implican un enfoque multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención, la detección temprana y el tratamiento adecuado y oportuno que evite la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en el fácil acceso de la población a la atención del equipo de salud para la búsqueda de HTA y factores de riesgo asociados, con el fin de realizar una intervención de cambios en el estilo de vida (terapia no farmacológica) y farmacológica.⁽²⁾

La HTA es la principal razón de visitas médicas y su tratamiento es el factor con mayor influencia en la disminución de la incidencia de ACV y de enfermedades cardíacas. Sin embargo, el porcentaje de personas con hipertensión controlada (PA sistólica menor de 140 mmHg y PA diastólica menor de 90 mmHg) ha disminuido en la última década. Según el estudio NHANES III (third national health and nutrition examination survey) el 32% de las personas hipertensas no conocen su condición y no reciben trata-

miento, el 15% conocen su enfermedad pero no reciben tratamiento, el 26% son tratados pero no llegan a controlar su presión y solo el 27% controlan sus cifras tensionales.⁽³⁾

El bajo porcentaje de control de la PA se ha atribuido al limitado acceso a las instituciones de salud, al incumplimiento del tratamiento y a una desproporcionada incidencia de hipertensión entre minorías étnicas y raciales. Pero también es pobre el control de la HTA en personas con facilidades en acceder a instituciones de salud, por lo que se presta mayor atención en el rol del médico para lograr esta meta, ya que existen datos de que un tercio de los médicos de atención primaria de la salud no recomiendan tratamiento en pacientes con presión arterial diastólica de 90 a 100 mmHg, y en mayor porcentaje no tratan o intensifican el tratamiento en pacientes con cifras de presión arterial sistólica de 140 a 160 mmHg.⁽³⁾

La medición de este indicador permite determinar si se están cumpliendo los objetivos propuestos por el Ministerio de la Protección Social frente a la presencia de la HTA como brindar el tratamiento adecuado para minimizar las complicaciones, las secuelas y la mortalidad. Promover factores protectores que aporten a la prevención de la enfermedad y el control de sus complicaciones. Medir la proporción de pacientes con HTA controlada como un indicador directo de la calidad de la atención para detectar fallas en la misma.⁽²⁾

Descripción

Existe evidencia científica que asocia las deficiencias en la calidad de la atención con bajos niveles de control de presión arterial. 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 alto costo en el sistema. Se obtiene de dividir el 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 (presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y presión arterial diastólica menor de 90 mmHg), entre el número total de pacientes hipertensos diagnosticados por 100.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 8.3.1

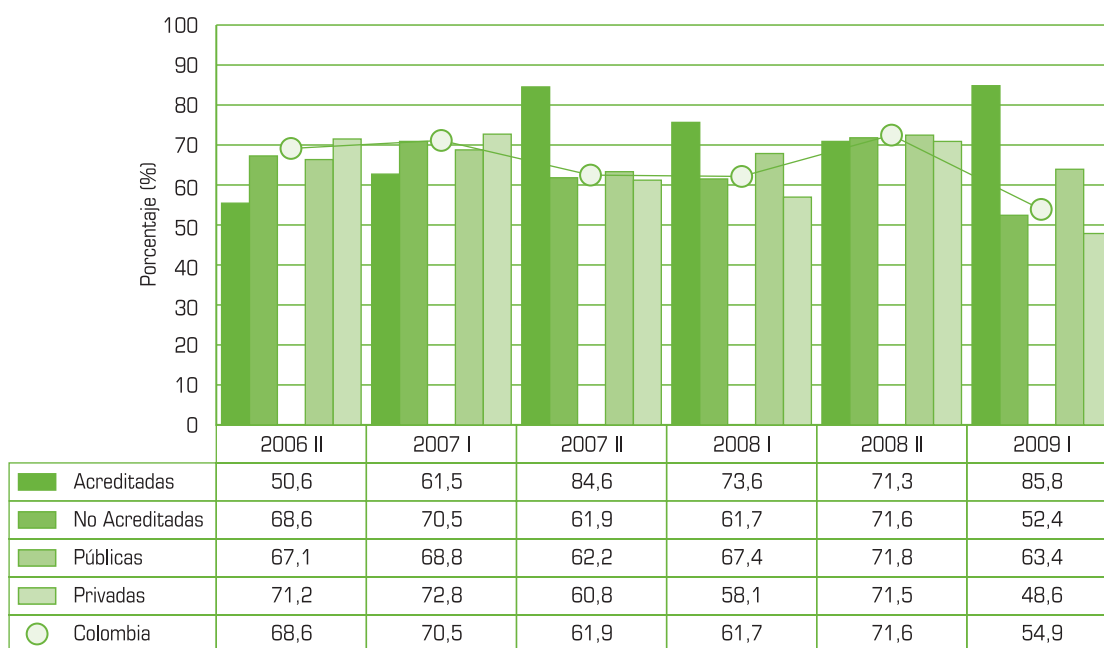
Apéndice 2. Tablas de datos: Cuadro resumen indicador pacientes con hipertensión arterial controlada por departamento periodo 2006II – 2009I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- En la serie de datos semestrales de 2006-II a 2009-I, reportados por las IPS, se observa que los registros de pacientes hipertensos con PA controlada, han fluctuado en el este periodo en un rango entre 62 y 72%, excepto en el ultimo periodo reportado en donde se observo un descenso que se aproximó a 50%. Tendencia: permanece estable dentro del rango de desempeño.
- Al desagregar la información por tipo de IPS, es posible observar que se obtienen mejores resultados en las IPS acreditadas, que en las que no lo están. Entre las IPS privadas y públicas, se observa un respuesta mejor en las entidades públicas.

Gráfico 60. Tendencia Proporción de Hipertensión arterial Controlada, períodos 2006-II-2009-I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

- National Institutes of Health. The Sixth Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. National High Blood Pressure Education Program. NIH Pub No. 98-4080, Nov. 1997.
- Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial.
- Franklin SS, Jacobs MJ, Wong ND, L'Italien GJ, Lapuerta P. Predominance of isolated systolic hypertension among middle-aged and elderly US hypertensives: analysis based on National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III. Hypertension 2001 Mar;37(3):869-74.
- Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Pp. 25-26.
- Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Santafé de Bogotá D.C., 2009.

Indicador EF 8.3.2

Tasa de mortalidad por enfermedad hipertensiva

Racional

La HTA es una enfermedad de etiología múltiple, caracterizada por la elevación persistente de la tensión arterial sistólica, diastólica o ambas cifras; definición solo aplicable a adultos. Se constituye en la enfermedad crónica más frecuente en el mundo, afecta al 25 % de la población adulta y se encuentra distribuida en todas las regiones, atendiendo a múltiples patrones de índole económico, sociales, cultural, ambiental y étnico. Se estima que 691 millones de personas la padecen y se encuentra presente en los 15 millones de muertes por enfermedades circulatorias, 72 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por afecciones cerebro vasculares, constituyéndose uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados.^(1,2)

En América Latina el diagnóstico ya se había pronosticado: la Revista de Cardiología sobre Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en Latinoamérica hace algunos años afirmó que “La enfermedad hipertensiva, la obesidad y la diabetes constituyen una causa importante de enfermedad cardiovascular. Por esa y otras causas, como el tabaquismo y la falta de actividad física, se puede afirmar que la enfermedad aterosclerótica será la epidemia del siglo XXI”.⁽³⁾

En Colombia de acuerdo con estadísticas provenientes del Ministerio de Protección Social, la mortalidad de origen cardiovascular en la década comprendida entre los años 1992 y 2002, fue del 37.6%. Ahora, entre las principales causas de defunción están las enfermedades cardiocerebrovasculares, en particular la hipertensión y el infarto del miocardio.⁽³⁾

En Colombia la enfermedad hipertensiva ocupa los primeros lugares de mortalidad general. Esta patología se considera un factor de riesgo mayor para el desencadenamiento de otras enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, ya que juega un papel relevante como factor de

riesgo de la coronariopatía por la interacción sinérgica con los otros factores de riesgo (tabaquismo, colesterolemia e inactividad física) según lo demuestran los estudios de intervención farmacológica; dicha circunstancia justificaría el abordaje multifactorial de la hipertensión arterial para incidir sobre los otros factores de riesgo.⁽⁴⁾

La HTA no es sólo una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad, que afectan al individuo y a grandes poblaciones, y como tal es uno de los más importantes factores pronósticos de la esperanza de vida. Por este motivo su control es un punto de partida para la disminución de la morbilidad y mortalidad por diferentes afecciones tales como las enfermedades Cerebro vasculares, la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardiaca entre otras.⁽⁵⁾

Es un indicador de cómo los pacientes se adhieren al tratamiento y como los servicios de salud cumplen con las metas de controlar los pacientes hipertensos con el fin de evitar complicaciones incluyendo el aumento de costos de atención.

Descripción.

Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado. Las causas básicas agrupadas en esta categoría según código CIE-10 son I10-I15.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 8.3.2

Apéndice 2. Tabla de datos: Tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva según edad, género y región. Colombia, 1996 - 2005 (tasas por cien mil habitantes); defunciones por grupo de edad y sexo. Año 1998-2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

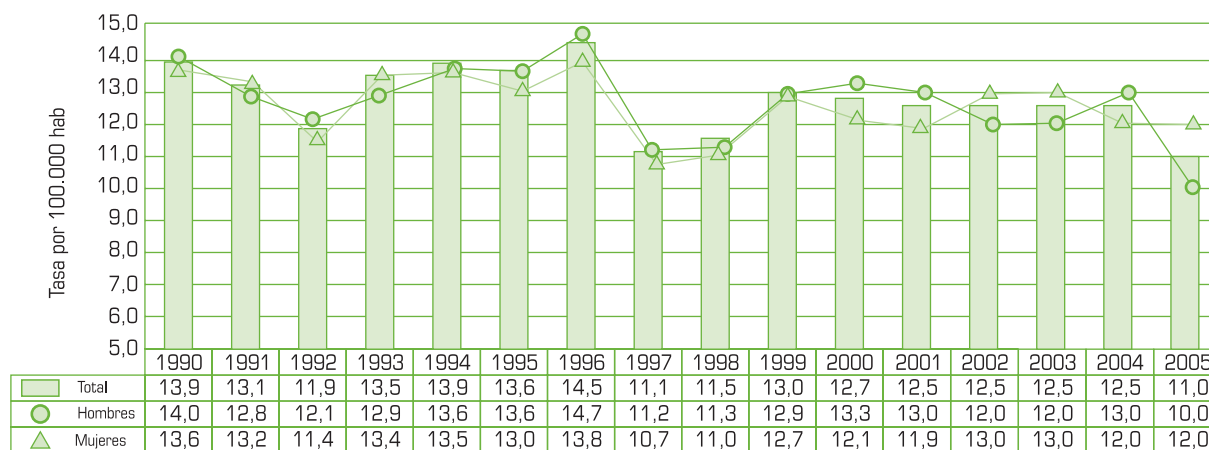
Resultados

- Dentro del periodo de tiempo observado, 1990 a 2005, el valor de la tasa de muertes ocasionada por enfermedad hipertensiva, paso de 14 a 11 defunciones por cada 100 mil habitantes, con un comportamiento irregular dentro del periodo, donde presentó un punto máximo con 14,5 y otro mínimo con 11,1 casos, no obstante la tendencia general fue hacia la disminución de la tasa de muertes.
- En el gráfico, se observa el comportamiento de las tasas de mortalidad por enfermedad hipertensiva en Colombia, en el período de 1990 a 2005. Se observa que las tasas de hipertensión muestran una disminución. Además se observa el comportamiento de las tasas de mortalidad según género y ajustadas

por edad, de la enfermedad hipertensiva durante los quince años del período de estudio. Para la enfermedad hipertensiva, se puede observar que durante el período las tasas de mortalidad fueron más altas en los hombres que en las mujeres.⁽⁶⁾

- Para la enfermedad hipertensiva, el incremento en la tasa de mortalidad con la edad es notorio a partir del grupo de 45 a 64 años y es mayor en el grupo de 65 y más años de edad. Por el contrario, en cuanto a la tendencia a través del tiempo durante el periodo de estudio, esta fue al descenso en todos los grupos de edad, principalmente en el grupo de 45 a 64 años y en menor medida para el grupo de 65 y más años de edad.⁽⁶⁾

Gráfico 61. Tasa de mortalidad hipertensiva total y según género, 1990-2005



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

Referencias bibliográficas

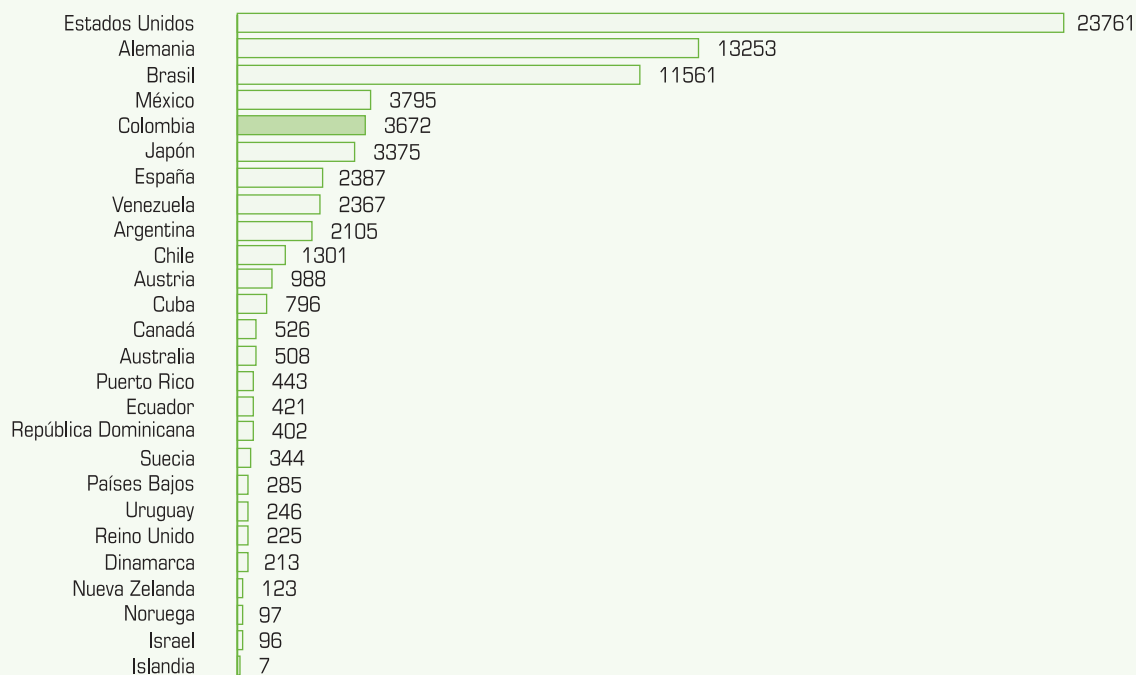
1. Roca-Causachs, A. Nifedipino OROS y sus efectos sobre el sistema vascular. *Siete días médicos*. 2002. 517 (3): 29-30.
2. Varón I, Marik PE: the diagnosis and manage met of hypertensive crisis. *Chest* 20000; 1118: 214-227.
3. Arias Taborda, Gloria Yaneth. *Revista Salud en Buenas Manos*. Enfermedades cerebro-cardiovasculares: principal causa de muerte en el mundo. Edición No. 78 - Mayo-junio de 2007. Publicación institucional de la EPS COMFENALCO Antioquia.
4. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 2008. Ministerio de la Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Situación de la

mortalidad por enfermedades cardiovasculares en seis regiones de Colombia, 1996- 2005. Volumen 13, número 13 - Bogotá, D.C. - 15 de julio de 2008. Pp 200.

5. OMS-OPS. Indicadores básicos para el monitoreo de la situación de la salud.
6. Miguel González F. Instituto Nacional de Salud. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Colombia de 1990 a 2001.

Referenciación internacional

Gráfico 62. Número de muertes por enfermedad hipertensiva en el mundo. Diversos países*. Año 2004



Fuente: Organización Mundial de la Salud - Sistema de Información Estadística 2004

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 10.1.1

Tasa de mortalidad por diabetes mellitus

Racional

La diabetes mellitus (DM), considerada uno de los principales problemas emergentes de salud, se ubica como la primera causa de demanda de servicios en consulta externa y de las primeras en el servicio de hospitalización. ⁽¹⁾

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 consecutiva 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. ⁽²⁾

En Colombia, las estadísticas muestran la diabetes como la décima causa de mortalidad, con una tasa de 2,3 por cada 100.000 habitantes. ⁽³⁾ Su aparición, así como el desarrollo y la gravedad de sus complicaciones, se encuentra íntimamente relacionados al diagnóstico oportuno y al control adecuado de los niveles de glucosa del paciente diabético, evento sumamente ligado a cambios comportamentales complejos que incluyen dieta, ejercicio, medicación oral o de reemplazo insulínico. ⁽⁴⁻⁷⁾

La diabetes mellitus 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. ⁽⁸⁾

La mortalidad por diabetes indica una falla en el control del evento que puede estar dada por un individuo no adherente al tratamiento o por servicios de salud que no siguen los pacientes y sus acciones de promoción y prevención no son efectivas.

Descripción

Número total de defunciones estimadas por diabetes mellitus en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son las previstas en el código CIE-10: E10-E14. ⁽⁹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 10.1.1

Apéndice 2: Defunciones por grupos de edad y sexo. Años 1998-2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

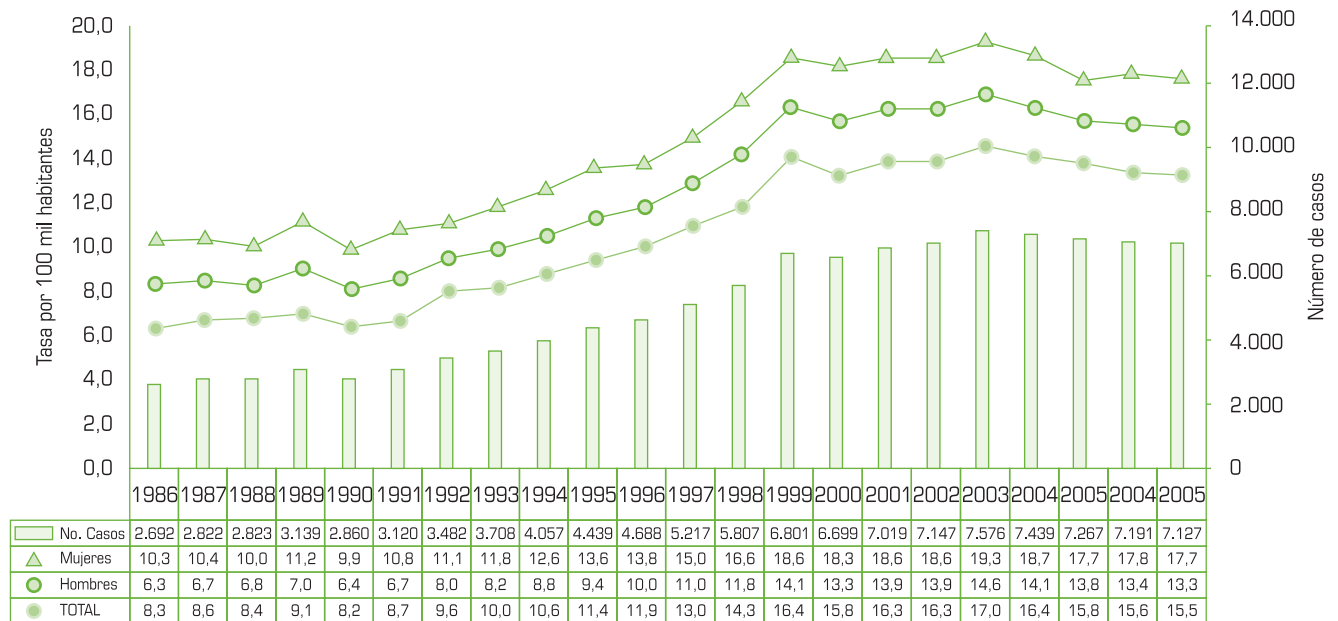
Resultados

- De la serie de datos coleccionados DANE, 1986-2007, se observa una tasa de mortalidad que pasa de 8,3 a 15,5 muertes por cada 100 mil habitantes. En dos décadas casi se ha duplicado. Tendencia: crecimiento sostenido entre 1986 y 1999 y luego un periodo de comportamiento “estable” que oscilo entre

un rango mínimo de 15,4 y máximo de 16,4 muertes x 100 mil Hab.

- Debe notarse, como la tasa de moratlidad es mucho mayor en mujeres que en hombres, durante toda la serie de timepo observada.

Gráfico 63. Tendencia de la mortalidad por diabetes mellitus. Colombia 1986-2005



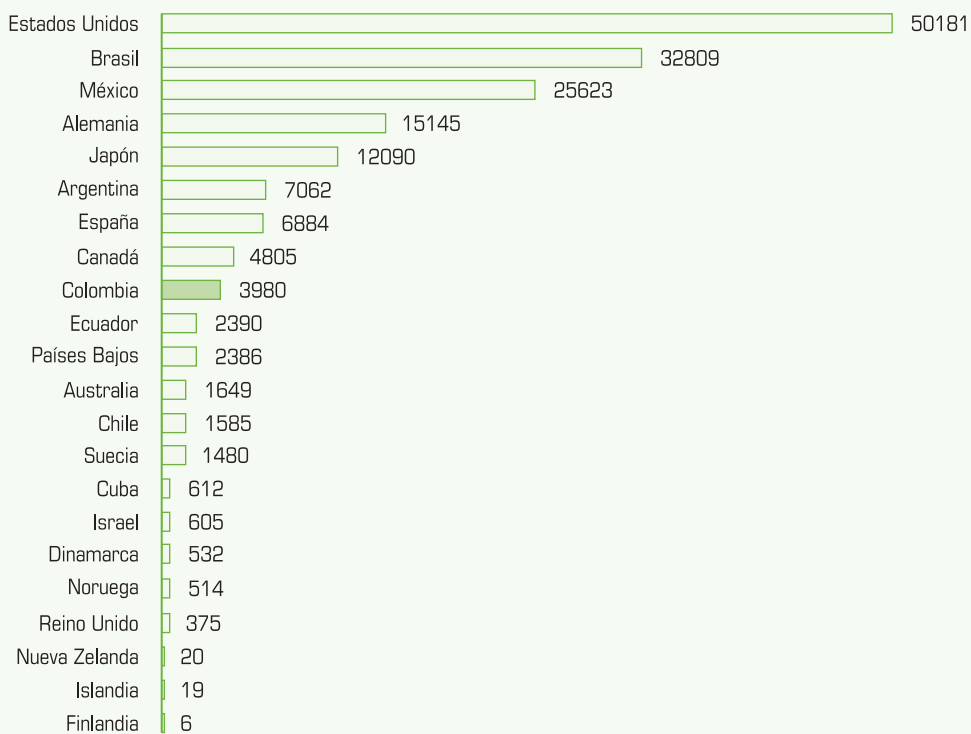
Fuente: DANE. Estadísticas Vitales.

Referencias bibliográficas

- 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: 44.
- Szurpik Juana, Hebat Adriana. Importancia de la diabetes Mellitus en la salud pública. Revista Nuestro Hospital. Año 1, N° 1, 1997
- Gobernación de Bolívar, Secretaría Seccional de Salud Unidad de Salud Pública y PAB (2004). Diagnóstico situacional de Salud Bolívar, 2004.
- William G y Zeldman A. Educación para el autocuidado de la diabetes centrada en el paciente. Current diabetes reports LATIn América 2002; 1(5): 378-387.
- García R y Suárez R. Resultados de un seguimiento educativoa personas con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso u obesidad. Revista cubana endocrinol. 2033; 14(3).
- Sierra I. Hacia el manejo práctico de la diabetes mellitus tipo 2. Bogotá: Universidad Nacional. 2003.
- Tuomilehto. The finish diabetes prevention study: prevention of diabetes 2 by changes in life style among subjects with empaired tolerance to glucose. N. England J. Med. 2001; 332: 1343-1350.
- Hernández-Ruiz, Eder A; Castrillon-Estrada, Jaime A; Acosta-Vélez, 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.
- http://www.inhcc.com/healthcare_management/indicators/indicators_mortality.htm

Referenciación internacional

Gráfico 64. Estadísticas de mortalidad por diabetes mellitus no especificada en varios países.* 2004.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística.

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 12.1.1

Proporción de prevalencia de sobrepeso en población de 18-64 años

Racional

La OMS define el sobrepeso como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25 Kg/m², y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 Kg/m². 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.⁽¹⁾ 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:

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes cerebro-vasculares), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.
- 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.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.⁽¹⁾

Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo: Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. En 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.⁽¹⁾ Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.⁽¹⁾

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en Colombia, está alcanzando niveles alarmantes, pues afectan a cerca de la mitad de la población del país, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN)⁽²⁾, realizada

por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF en coordinación con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud⁽³⁾, recogiendo información de una muestra de 19.500 hogares. El problema afecta casi por igual a todos los estratos socioeconómicos. Adicionalmente, la encuesta muestra que el sedentarismo en el país ya no es la excepción, sino la regla. El 46,4% de los adultos entre 18 y 64 años hace la actividad física mínima recomendada por los expertos. Aún más grave, entre los adolescentes (de 13 a 17 años) el hábito de la actividad física apenas es conservado por el 24,2%.

La OMS en la Asamblea de la Salud en 2004, estableció la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, la cual pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, cuyos objetivos estratégicos consisten en: fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas. Fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición que permitan hacer frente a la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁽¹⁾. Este indicador permite identificar si todos estos planteamientos se están cumpliendo.

Descripción.

El número de adultos con sobrepeso, registrada en un punto específico en el tiempo, entre la población adulta 18 a 64 años de edad, total o de determinado sexo, expresado como un porcentaje de esa población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sobrepeso se define como un IMC igual o superior a 25 Kg/m².⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 12.1.1

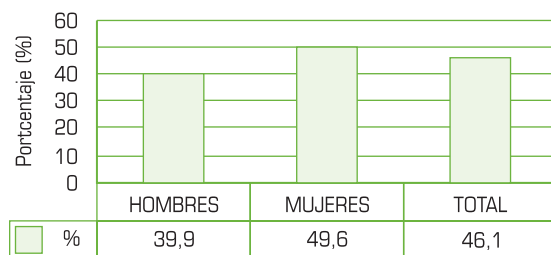
Apéndice 2. Tabla de datos: Estado nutricional de adultos entre 18 y 64 años por características seleccionadas Clasificación nutricional por Índice de Masa Corporal (IMC) de hombres y mujeres no embarazadas de 18 a 64 años, por características seleccionadas, Colombia 2005; Estado nutricional de adultos entre 18 y 64 años por departamento: clasificación nutricional por Índice de Masa Corporal (IMC) de hombres y mujeres no embarazadas de 18 a 64 años, por departamento, Colombia 2005; Estado nutricional por déficit y por exceso: 18 a 64 años, según área, región y subregión, Colombia 2005 Prevalencia (%) de sobrepeso entre adultos (18-69 años), por regiones del país, Colombia 2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

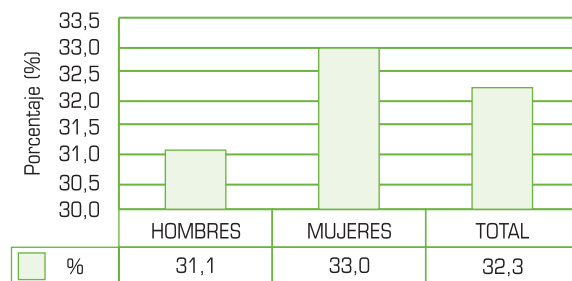
- De acuerdo con la encuesta ENSIN, el porcentaje de mujeres entre 19 y 64 años de edad afectadas por sobrepeso y obesidad en Colombia es de 49,6% y el porcentaje de hombres afectados es de 39,9% (el total de la población es 46,1%). ⁽²⁾
- La encuesta ENDS 2005⁽³⁾, indica que cerca de la mitad de la población adulta de Colombia presenta un peso elevado para la estatura, con una prevalencia de 32,3% de sobrepeso y de 13,8% de obesidad, con respecto a tablas americanas y a criterios de la OMS. En la gráfica se muestra que la prevalencia de sobrepeso es mayor en mujeres.
- En la encuesta nacional de salud 2007 ⁽⁵⁾ el índice de masa corporal fue calculado a partir de las mediciones de peso y talla realizadas y de ellas se estimó la prevalencia de sobrepeso. Este estudio encontró que el 32,21% de la población colombiana se encuentra con sobrepeso.
- No se observan diferencias importantes en la prevalencia de sobrepeso entre regiones del país. Sin embargo, la prevalencia de obesidad es más alta en la Orinoquia y Amazonia que en el resto de regiones, mientras que en la región Atlántica es más baja ⁽⁵⁾.

Gráfico 65. Prevalencia de sobrepeso en Colombia 2005



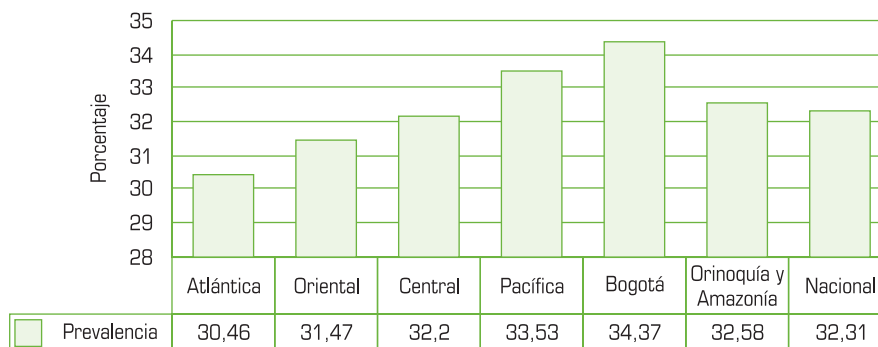
Fuente: ENSIN 2005.

Gráfico 66. Prevalencia de sobrepeso en Colombia 2005



Fuente: ENDS 2005.

Gráfico 67. Prevalencia de sobrepeso entre adultos (18-69 años), por regiones del país. 2007



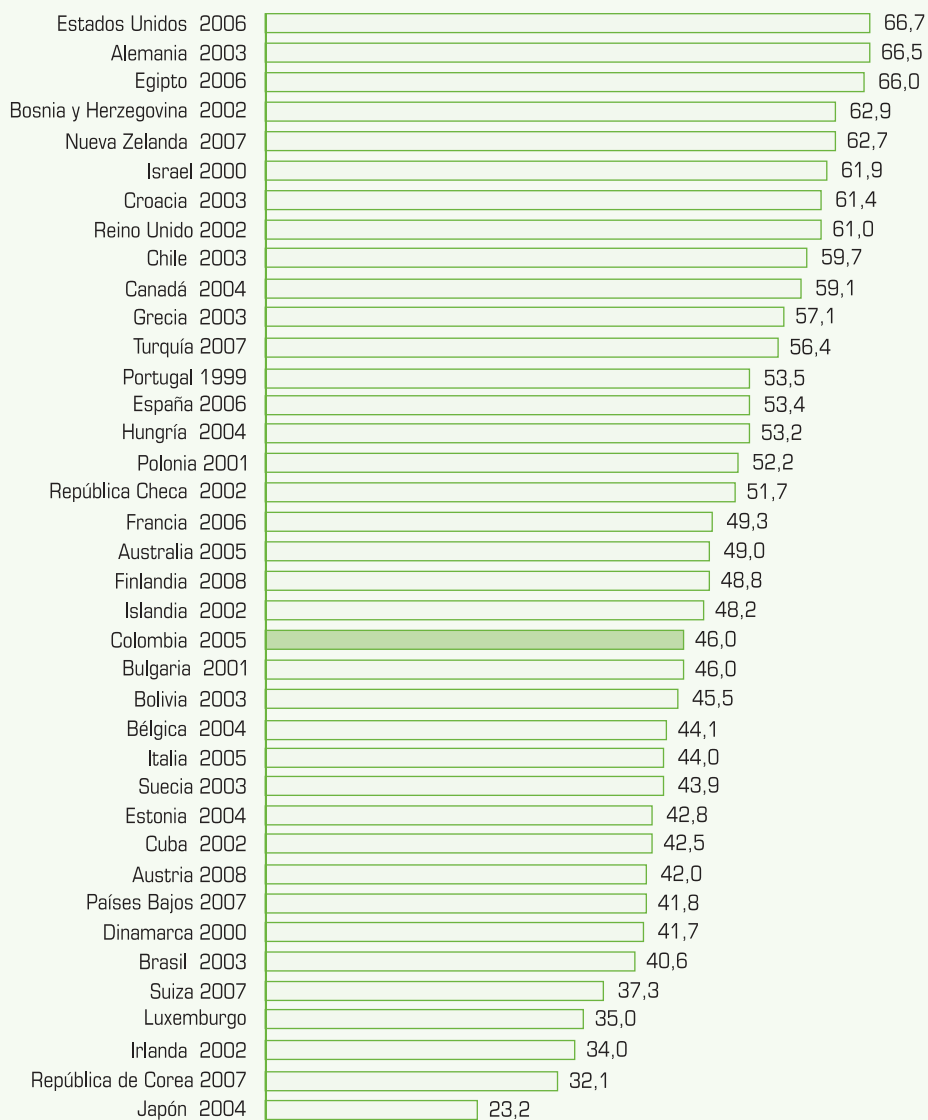
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007.

Referencias bibliográficas

1. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N°311- Septiembre de 2006. Organización Mundial de la Salud.
2. Instituto colombiano de bienestar familiar ICBF. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ENSIN. 2005.
3. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Capítulo XI Lactancia y estado nutricional. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Profamilia.. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005.
4. Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Iniciativa; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2007. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#A>
5. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009.

Referenciación internacional

Gráfico 68. Adultos con sobrepeso IMC ($\geq 25,0$) en el varios países del mundo*



Fuente: World Health Organisation. Global Database on Body Mass Index (BMI).

* Selección aleatoria del país y último año reportado.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 13.1.3

Tasa de mortalidad por cáncer gástrico

Racional

Las neoplasias malignas constituyen uno de los problemas más preocupantes de salud pública en el mundo. A nivel mundial se estima que el cáncer ocasiona 8,5% del total de las muertes que se producen en el año en el mundo. En Colombia esta cifra está alrededor del 14% y en la mayoría de los países desarrollados alcanza hasta el 20%. Según la OMS, en los próximos 25 años estas cifras se duplicarán en la mayor parte del mundo.⁽¹⁾ En lo que compete al cáncer gástrico a pesar de que se ha observado una disminución de la incidencia a nivel mundial, es el segundo cáncer más frecuente con 780.000 nuevos casos (9,9%) del total y 628.000 muertes (12,1%) del total de muertes por cáncer.⁽²⁾

Con excepción de algunos países, en todo el mundo el pronóstico de la enfermedad es malo; la supervivencia 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.⁽⁴⁾

A nivel mundial, el cáncer gástrico es la segunda causa más frecuente de muerte por cáncer y como resultado del crecimiento y envejecimiento de la población, se estima que en el 2010, habrá un millón de casos nuevos, la mayoría de los cuales, como en la actualidad, se producirán en los países económicamente menos desarrollados.⁽⁵⁾

En Colombia representa la primera causa de mortalidad por cáncer ocasionando alrededor de 6.000 muertes anuales, que conllevan a 54.7000 años de vida saludable perdidos.⁽³⁾ El cáncer gástrico es una entidad frecuente en nuestro país, se considera como el tercer problema nacional de salud y la primera causa de muerte por cáncer en Colombia. Hay zonas de alta incidencia de cáncer gástrico como el altiplano Cundi-boyacense, Tolima, Huila, Santander, Cauca y Nariño, donde pueden encontrarse hasta 160 casos por 100.000 habitantes (Japón tiene una incidencia de 80 casos por 100.000 habitantes)¹⁾ Dada su alta prevalencia en Colombia y alta letalidad, es la primera causa de muerte por cáncer en Colombia en ambos sexos, representado fundamentalmente por la presencia

de adenocarcinoma intestinal.⁽⁸⁾ La tendencia de la mortalidad en los últimos años se ha mantenido constante. Se estima que anualmente surgen en la población 6000 casos nuevos y el riesgo acumulado de cáncer gástrico en hombres es de 4,5%.⁽⁷⁾

Descripción

El número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo en la población total o de determinado sexo y /o edad, dividido por el número total de personas de esta población, expresada por 100 mil habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son los códigos ICD-9 150-159 ó códigos CIE-10 C15 y C26.⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 13.1.3

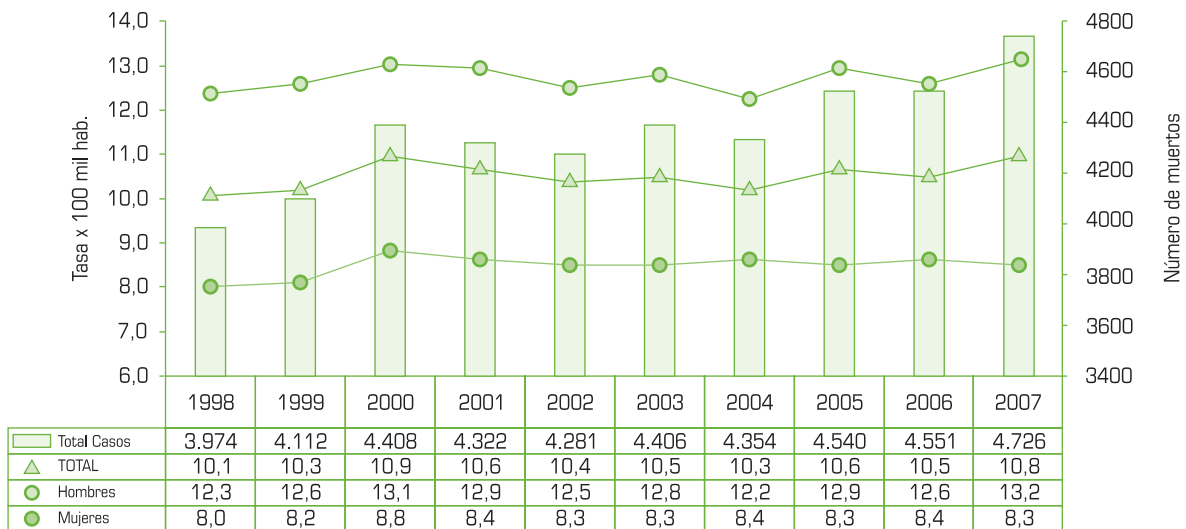
Apéndice 2. Tabla de datos: Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento. Años 1998-2007.

Disponibles en el micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- En la serie de tiempo del año 2000 al 2007, se observó una tasa presentación que fluctuó dentro de un rango de valores con muy poca variación, “permaneciendo estable” en el periodo: valor mínimo 10,3 casos y un valor máximo de 10,9 casos por 100 mil habitantes. Si se observa el total de casos, durante esta década se pasó de 3.974 a 4.726 muertes (19% de incremento).
- La tendencia de comportamiento de la tasa de muertes, fue similar para hombres y mujeres, observándose eso si una magnitud mayor presente en hombres (60%) frente a las mujeres (40%).

Gráfico 69. Mortalidad por Cáncer gástrico Colombia 1998-2007



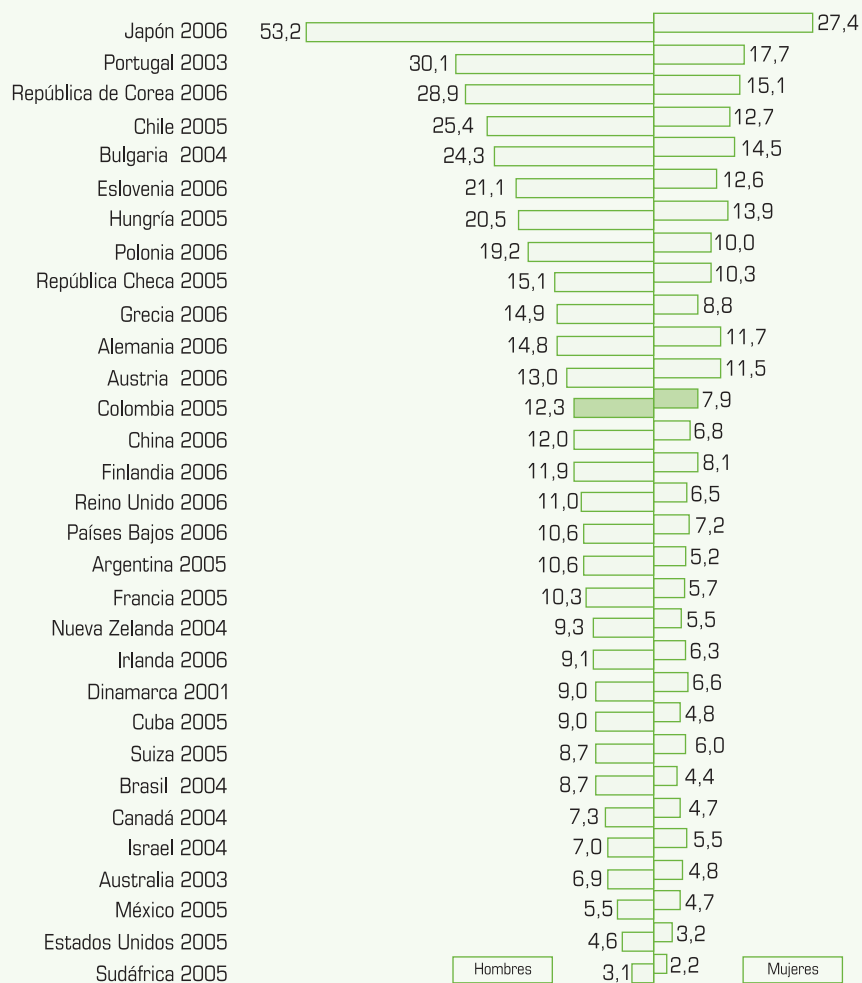
Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

Referencias bibliográficas

- Africani, Marcela. Epidemiología del cáncer en Colombia. Rev. De salud pública. Vol. 2
- Parkin M, Pisani P, Ferlay J. Global cancer statistics. Cancer J. Clin 1999; 49: 33-64.
- Medina, M. Atlas de mortalidad por cáncer en Colombia. 1990. Instituto nacional de cancerología. Bogotá. 1994.
- Mayté Lima Pérez. Cáncer Gástrico. Cuba 2009. [www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/ .../CANCER%20GASTRICO.pdf](http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/.../CANCER%20GASTRICO.pdf)
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. Global Cancer Statics CA Cancer J Clin 2005; 55: 74-108.
- OMS-OPS. Datos básicos de salud del sistema. Glosario. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm>
- Albis R, Beltrán O, Moros M, Juliao F. Primer consenso Colombiano de Cáncer Gástrico. Epidemiología, factores de riesgo y Tamizaje. Rev Colomb Gastroenterol 2003; 18: 9-20.
- Piñeros M, Hernández G, Bray F. Increasing mortality rates of common malignancies in Colombia. Cáncer 2004; 101: 2285-92.

Referenciación internacional

Gráfico 70. Tasa de mortalidad por cáncer de estómago por sexo, en varios años y diversos países*



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 13.2.3

Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón

Racional

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 OMS como uno de los mayores problemas de salud que enfrentó la humanidad en el siglo XX.⁽²⁾

En 2007 se diagnosticarán más de 200,000 nuevos casos de cáncer pulmonar en Estados Unidos. Más personas mueren de cáncer pulmonar que de cáncer de colon, de mama y de próstata. Aproximadamente 6 de 10 personas con cáncer pulmonar fallecen dentro de 1 año de recibir su diagnóstico.⁽¹⁾

Estos cánceres generalmente se categorizan como carcinomas de células pequeñas o de células no pequeñas. Estas categorías se utilizan para tomar decisiones de tratamiento y para determinar el pronóstico (posibilidad de recuperación). Actualmente no existe una prueba de alta especificidad recomendada para detectar el cáncer de pulmón.⁽¹⁾

De acuerdo con los datos del proyecto Globocan, la incidencia de casos en Colombia es de 4.515 con 4.485 muertes reportadas. En Colombia, el cáncer de pulmón ocupa el tercer lugar luego del cáncer de cuello uterino y del cáncer gástrico.⁽³⁾

En cualquier tipo de cáncer es importante ubicar tres áreas principales de intervención⁽⁴⁾: la perspectiva epidemiológica, que presenta desde la óptica poblacional, el panorama de la enfermedad en términos de su magnitud y carga, sus tendencias a través del tiempo, y los factores de riesgo asociados a ella.⁽⁴⁾ A este respecto todos los tipos de cáncer son importantes pero para Colombia lo son: pulmonar, próstata, seno y cuello uterino sin olvidar el cáncer gástrico.

La segunda área es el abordaje de los sistemas de salud, donde se discuten las barreras desde la demanda y la oferta, incluyendo la falta de infraestructura y recursos que condiciona un rezago en la detección oportuna, así como el tratamiento.⁽⁴⁾ Aquí es donde aparece la necesidad de contar con servicios de calidad en la provisión de la atención preventiva y de tratamiento de la enfermedad y la valoración de sus resultados en términos de la efectividad de los mismos.

La tercera área es la participación de la sociedad civil a través de grupos organizados a nivel nacional e internacional, así como de la sociedad en su conjunto.⁽⁴⁾ En Colombia hoy se cuenta con pocos grupos de pacientes organizados.

Descripción

Número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del pulmón, tráquea y bronquios en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas agrupadas en esta categoría corresponden a los códigos ICD-9 150-159 o CIE 10 C15-C26.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 13.2.3

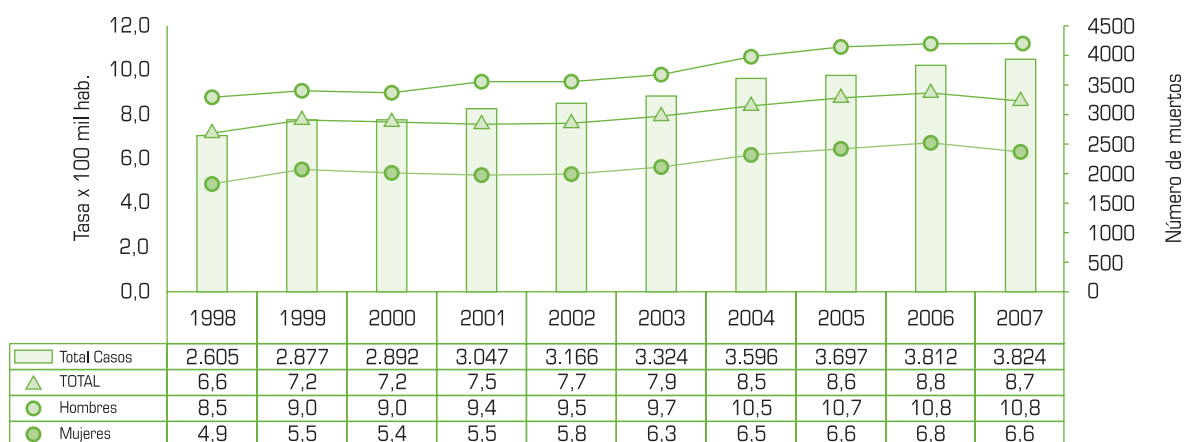
Apéndice 2: Defunciones por tumor maligno de tráquea, brónquios y pulmón. Según grupo de edad, sexo, departamento. Colombia. 1998-2007.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- La observación de la serie 1998 a 2007, permite observar un cambio de magnitud en el número de muertes causadas por el cáncer de pulmón, pasando de 2.605 casos a 3.824, lo que representa el paso de una tasa total de 6,6 muertes por cada 100 mil personas en 1998 a otra de 8,7 muertes en el 2007.
- La tasa de presentación de la enfermedad es superior en hombres que en las mujeres en Colombia (relación 61%/39% respectivamente).

Gráfico 71. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón Colombia por sexo, 1998-2007



Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

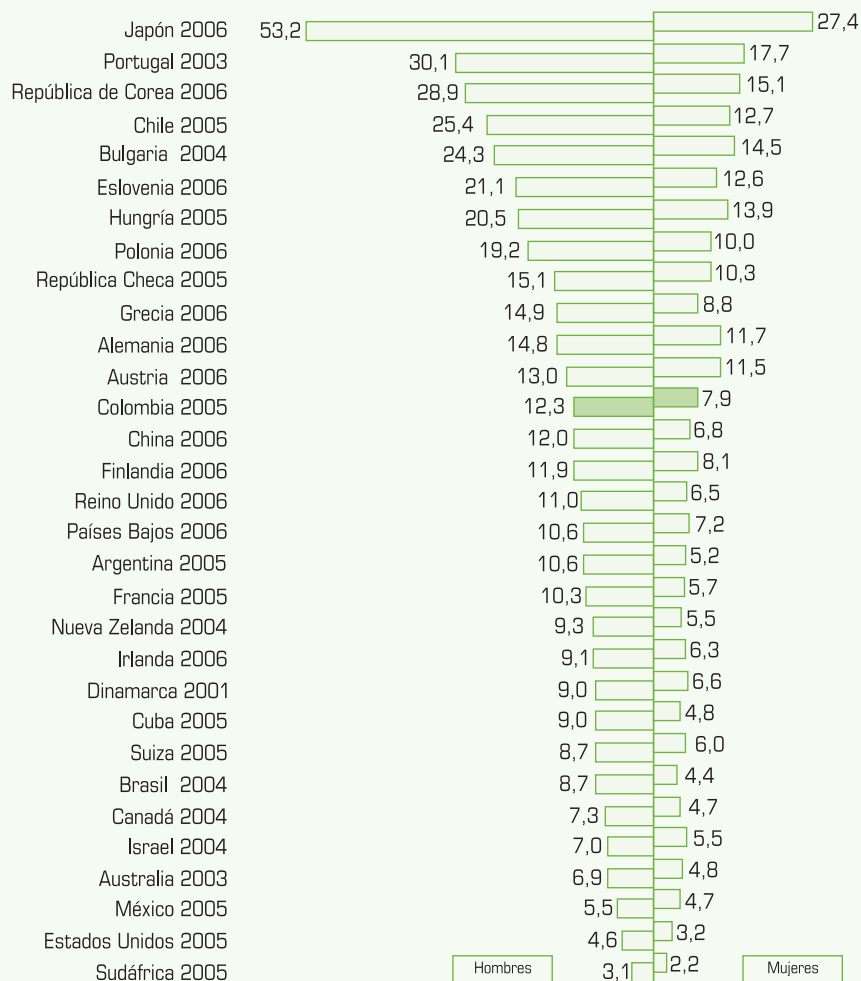
Nota 1: En Colombia las zonas de mayor riesgo de muerte por cáncer de pulmón son: Antioquia, Risaralda, Caldas, Quindío, Valle del Cauca, Arauca, Norte de Santander y Guainía.⁽⁶⁾

Referencias bibliográficas

1. JAMA, 7 de marzo de 2007—Vol. 297, No. 9
2. Carlos Gassiot Nuño, Elia Neninger Vinageras, Sixto Corona Mancebo, Miguel A. Martín González y Adela Ramos Quevedo. Cáncer de Pulmón Diagnóstico y Tratamiento. Cuba 2003
3. The GLOBOCAN proyect. The International Agency for Research on Cancer (IARC)- WHO.
4. KNAUL, Felicia Marie et al. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud pública Méx [online]. 2009, vol.51, suppl.2, pp. S138-s140. ISSN 0036-3634.
5. OMS/OPS. Datos básicos del sistema de salud. Glosario. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm>
6. González M. Principales causas de mortalidad por cáncer en Colombia. Informe quincenal epidemiológico nacional IQEN 8;(3); 1:12. 15 de febrero de 2003.

Referenciación internacional

Gráfico 72. Tasa de mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón (C33-C34) según sexo, diferentes años (ultimo reporte) y diversos países.*



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística

* Selección aleatoria de países.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 13.4.2

Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino

Racional

La detección precoz del cáncer de cérvix es una medida costo-efectiva que permite salvar muchas vidas. Un estudio realizado en 1993 por el Banco Mundial mostró que efectuar dichas pruebas cada cinco años, con un seguimiento estándar para los casos tamizados, tiene un costo aproximado de US\$100 por año de vida, ajustado en función de la discapacidad (AVAD), en comparación con el costo cercano a los US\$2.600 por AVAD que implica tratar el cáncer infiltrante y proporcionar cuidados paliativos. Las mujeres con lesiones preinvasivas tienen una tasa de supervivencia a cinco años, cercana al 100%; cuando el cáncer es detectado en etapas tempranas, la supervivencia a cinco años es aproximadamente del 92%. Entre el 93 y 100% de los carcinomas de células escamosas, contienen ADN de VPH de alto riesgo, transmitido durante la relación sexual, el cual puede generar lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado. Las últimas pueden progresar a carcinoma de cérvix si no son tratadas.⁽¹⁾

La prevención del cáncer cervical recae en dos categorías principales: prevención primaria y secundaria. La prevención primaria se caracteriza por la promoción de estilos de vida saludables y comportamientos que minimicen el riesgo de cáncer cervical. La prevención secundaria, en contraste, tiene que ver con la detección temprana de la enfermedad para prevenir su diseminación, incluyendo el tamizaje de cérvix en busca de anomalías. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical.⁽²⁾

El gran éxito de la citología en el tamizaje del cáncer de cuello uterino ha generado una expectativa irreal de que éste es un test perfecto. Sin embargo, la sensibilidad de la citología para detectar lesiones intraepiteliales de alto grado oscila en el rango de 70 a 80%. Los factores que limitan la

sensibilidad de esta prueba incluyen: tamaño pequeño de la lesión, localización en sitio no accesible, lesión no incluida en la muestra, presencia de una pocas células anormales en la muestra, tamaño pequeño de las células anormales y la presencia de inflamación y/o sangrado que dificultan la visualización de las células. Los resultados falso-negativos no pueden ser eliminados por completo.⁽³⁾

Aproximadamente la mitad de los cánceres diagnosticados en Estados Unidos ocurren en mujeres que nunca se han realizado tamizaje, y un 10% adicional se presenta en mujeres sin una citología en los últimos cinco años. Aunque la American Cancer Society (ACS) plantea la inclusión de nuevas tecnologías para el tamizaje de cáncer cervical, lo que más terreno está ganando en la reducción de la incidencia y mortalidad por esta patología, es incrementar la cobertura a mujeres que nunca se han realizado una citología y a aquellas que lo hacen de forma irregular, al igual que el uso de dispositivos más efectivos para la recolección de las muestras de cérvix.^(3,4)

La política nacional de salud sexual y reproductiva en Colombia determina que las acciones deben dirigirse a la promoción de factores protectores y a la reducción de factores de riesgo, el fomento del autocuidado mediante la realización de citología por los servicios de salud en condiciones de calidad, la continuidad en el proceso de diagnóstico, tratamiento y el estricto seguimiento al mismo.⁽⁵⁾

La efectividad de los exámenes citológicos practicados a intervalos regulares para detectar precozmente el cáncer cervical, ha sido demostrada mediante estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. La detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático.⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 13.4.2

Apéndice 2. Tabla de datos: Porcentaje que se ha hecho la citología alguna vez y distribución porcentual por frecuencia, según características seleccionadas, Colombia 2005.

Porcentaje de mujeres de 18 a 69 años que han oído hablar de la citología vaginal y distribución porcentual según fuente de información; porcentaje que se ha hecho la citología vaginal alguna vez y distribución porcentual según frecuencia, por departamento, Colombia 2005.

Porcentaje de mujeres que nunca se han hecho la C.V. y distribución porcentual por razón para no habérsela hecho nunca, según características seleccionadas, Colombia 2005.

Porcentaje de mujeres que nunca se han hecho la citología vaginal y distribución porcentual por razón para no habérsela hecho nunca, según departamento, Colombia 2005.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccion-social.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccion-social.gov.co/sogc/home.asp>)

En el mundo se diagnostican cada año aproximadamente 466.000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino (CCU), el cual representa el 10% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres.⁽⁷⁾ La enfermedad es considerada como un problema de salud pública, especialmente en países en desarrollo, donde se presentan el 80% de los casos diagnosticados y de las muertes a nivel mundial.^(8,9) En estos países la enfermedad es la principal causa de muerte por cáncer en el sexo femenino, siendo el 90% de los casos en mujeres mayores de 35 años.^(8,10)

En Colombia, el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad.⁽⁶⁾ La detección temprana significa la aplicación de una estrategia que resulte en un diagnóstico más temprano de cáncer de cuello uterino. Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz. Además, las pruebas de detección pueden en realidad prevenir la mayoría de los cánceres cervicales mediante la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino

(pre cánceres) para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical.⁽¹¹⁾

En realidad, ninguna mujer debería morir por cáncer de cuello uterino, una enfermedad prevenible, en la cual hay una extensa “ventana de oportunidad” para detectar y tratar las lesiones, con muy alta probabilidad de curación, y generalmente, sin comprometer la fertilidad. Existe metodología de detección de lesiones pre malignas y malignas en etapa precoz. La muerte por cáncer de cuello de útero revela que la mujer no ha tenido acceso a la medicina preventiva, según estándares disponibles hoy, relativamente sencillos y económicos en su implementación.⁽¹²⁾ Según la OMS el 30% de los cánceres se pueden curar si son detectados y tratados precozmente.

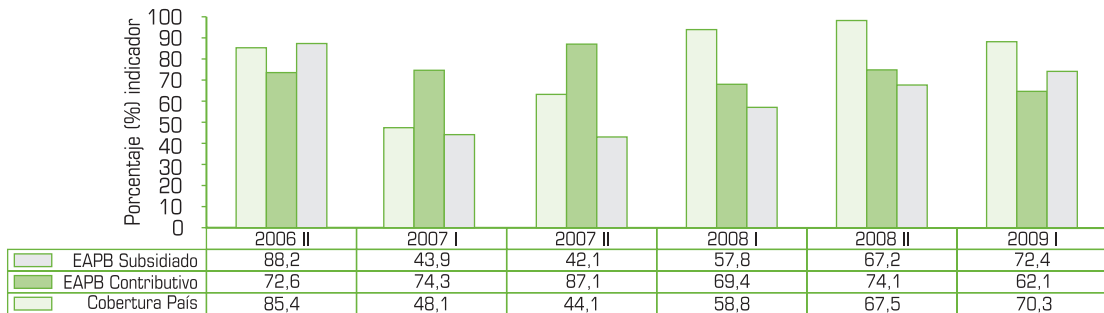
Descripción.

Se obtiene de dividir el número total de pacientes con Cáncer de cuello uterino detectados in situ entre el número total de pacientes detectados con cáncer de cuello uterino por 100.⁽¹³⁾

Resultados

- El comportamiento de la proporción de mujeres a quienes se les detectó cáncer de cuello uterino “in situ”, entre el periodo de tiempo de 2007 y 2009, se comportó de manera diferente entre las mujeres afiliadas a las EAPB del régimen subsidiado y las del contributivo.
- De acuerdo con los reportes realizados por las EAPB a la SNS-MPS en este periodo, en las del régimen subsidiado el periodo se inició con una proporción de detección de casos del 44% en 2007 que fue aumentando progresivamente hasta alcanzar un 72% en el 2009. En las EAPB del régimen contributivo, el porcentaje reportado siempre ha oscilado dentro de un rango entre 69 y 87%, excepto en su último reporte en 2009 que descendió al 62%. El criterio de normalidad que se utiliza en este indicador es el de una proporción de mujeres con cáncer de cuello uterino, cuyos casos fueron detectados “in situ” del 80%.
- En la ENDS 2005 ⁽¹⁴⁾, por primera vez se hicieron preguntas sobre citología vaginal, con el fin de proveer la información que requiere la Política de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de la Protección Social; obteniéndose como resultados al encuestar a 35.038 mujeres que se han hecho la citología vaginal lo siguiente:
 - Más de cuatro de cada cinco mujeres (85%), se han hecho la citología vaginal en algún momento.
 - Casi 7% se la hizo antes del año 2000, 28% entre el 2000 y el 2003, 53% en el 2004 y 14% en el 2005.
 - El porcentaje es mayor en la zona urbana y aumenta con el número de hijos, la edad de las mujeres, el nivel educativo y el índice de riqueza.
 - Casi la mitad (48%) de quienes se han hecho la citología se la hacen una vez al año, 13% más de una vez al año, 4% cada dos años; 22% se la ha hecho rara vez y 13% sólo se la ha hecho una vez. ⁽¹⁴⁾

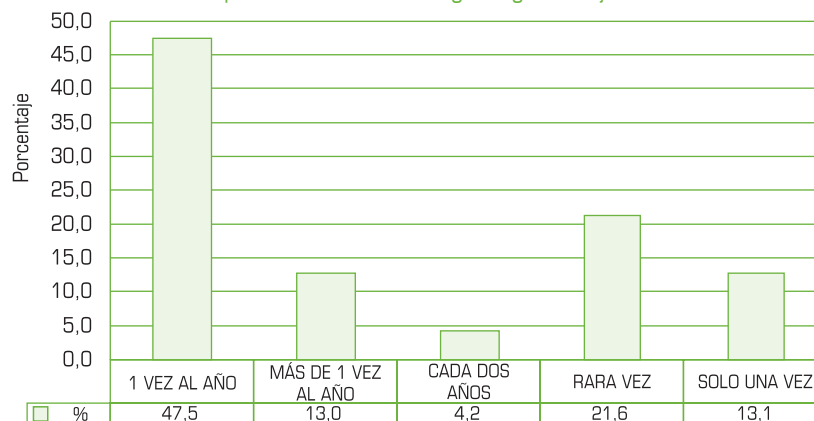
Gráfico 73. Tendencia del Indicador Oportunidad en la detección de cáncer de cuello uterino



Fuente: Ministerio de la Protección Social, Sistema de Información para la Calidad

Nota 1: de acuerdo con la norma, la meta de cumplimiento para la realización de citologías es del 80%. En 2005, el 75,6% de las mujeres colombianas reportaron haberse realizado la citología en los últimos tres años, con deficiencias en algunos departamentos y en grupos poblacionales específicos.⁽¹⁵⁾ A pesar de una cobertura aceptable, la mortalidad por esta causa no muestra una tendencia clara al descenso. Un aspecto crítico puede ser el insuficiente control de calidad de los laboratorios de citología, ya que actualmente no hay un mecanismo establecido y en funcionamiento para el control de calidad externa. Otro elemento relevante es el inadecuado seguimiento de las mujeres con citología positiva y, por lo tanto, deficiencias en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento.⁽¹⁶⁾

Gráfico 74. Frecuencia con la que se realiza la citología vaginal mujeres de 18 a 69 años. 2005



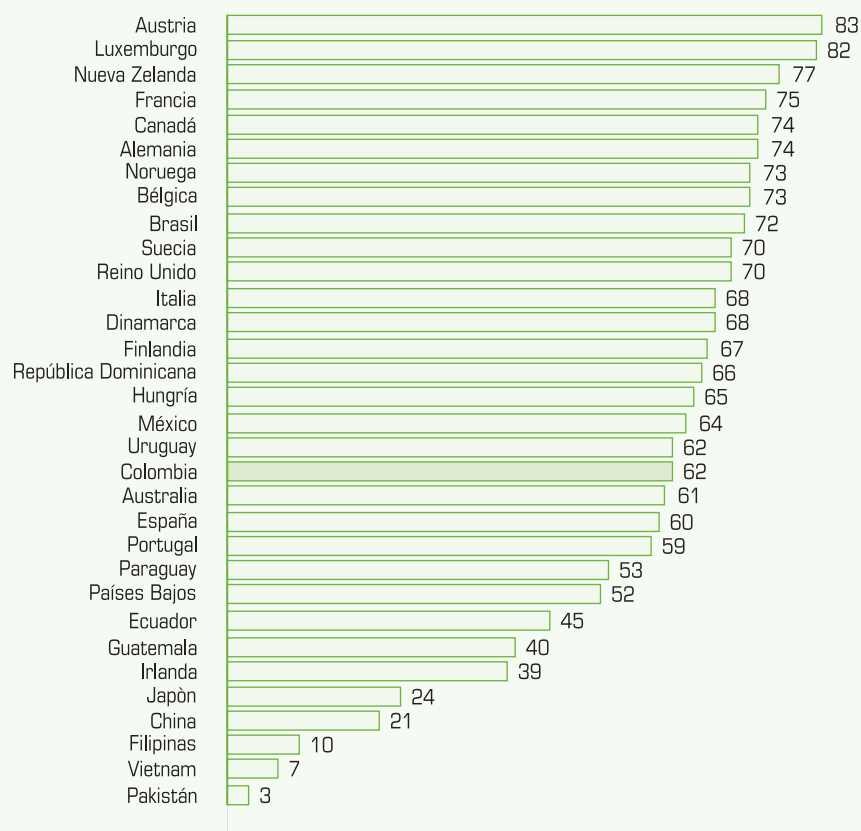
Fuente. ENDS 2005

Referencias bibliográficas

1. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin* 2002; 52:342-62.
2. Ball C, Madden JE. Update on cervical cancer screening. Current diagnostic and evidence-based management protocols. *Postgrad Med*. 2003; 113:59-64, 70.
3. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, et al. op.cit.
4. Payne N, Chilcott J, McGoogan E. Liquid-based cytology in cervical screening: a rapid and systematic review. *Health Technol Assess* 2000; 4:1-73.
5. Ministerio de la Protección Social. Dirección general de salud pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá, febrero de 2003
6. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. (Hace parte de la resolución numero 00412 de 2000). Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención.
7. Sankaranarayanan R, Mandhukar A, Rajkumar R. Programas eficaces de cribado del cancer cervicouterino en los países en desarrollo de ingresos bajos y medios. *Bull World Health Organ* 2001; 79(10):954-62
8. Franco E, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ* 2001; 164 (7):1017-25.
9. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington DC; 2002.
10. Robles S, White F, Peruga A. Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;121(6):478-90.
11. Prevención y detección temprana del cáncer del cuello uterino. American Cancer Society. http://www.cancer.org/docroot/esp/content/esp_2_1x_prueba_de_papanicolaou.asp
12. Estadísticas de mortalidad por cáncer en la Argentina. Segunda Parte. Datos comparativos con Latinoamérica y resto del mundo. Buenos Aires, Febrero 5 de 2003.
13. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo Técnico. P 62.
14. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005.
15. European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia. Conclusions: cervical cancer control, priorities and new directions. International charter. Paris: EUROGIN; 2003.
16. Instituto Nacional de Cancerología (INC). Recomendaciones para la tamización de neoplasias del cuello uterino en mujeres sin antecedentes de patología cervical (pre invasora o invasora) en Colombia. Bogotá: INC; 2007.

Referenciación internacional

Gráfico 75. Porcentaje de mujeres a quienes les han realizado citología vaginal, diversos países. 2003



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística

* Selección aleatoria del país.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística.

Indicador EF 13.4.3

Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino

Racional

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 de salud pública y la mejor estrategia sigue siendo la combinación de detección temprana y tratamiento oportuno y adecuado.⁽¹⁾

El cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama cobran anualmente innumerables vidas de mujeres en América Latina, con un alto costo en sufrimiento para las personas y las familias afectadas, y con serias consecuencias económicas y sociales. Sin figurar entre los países con las tasas de mortalidad más elevadas, en México y Colombia la cantidad de mujeres que fallecen por estas causas resulta sumamente preocupante.⁽²⁾

En Colombia un estudio realizado en el año 2002, encuentra que el cáncer de cuello uterino hace parte de las 20 primeras causas de mortalidad para las mujeres en 31 (94%) de las 33 regiones estudiadas y el cáncer de mama se encuentra entre las primeras 20 causas de muerte en 23 (70%) de las 33 regiones. En las regiones en las cuales el cáncer de cuello uterino y/o el cáncer de mama no se evidencian dentro de las primeras 20 causas de muerte son los mismos que tienen un alto porcentaje de omisión en las estadísticas vitales y que además tienen serios problemas

en el diligenciamiento de la variable causa básica de muerte; comprobándose en estas regiones un alto porcentaje de muertes clasificadas como otras neoplasias malignas.⁽³⁾

En Colombia desde el SGSSS, con la adopción de programas especiales encaminados a lograr mayor cobertura y universalidad en la detección de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, y posteriormente con la política nacional de salud sexual y reproductiva emitida por el Ministerio de la Protección Social en 2003, se han hecho esfuerzos en la detección temprana de estas dos patologías. Sin embargo, los resultados no son alentadores y las desigualdades entre las diversas poblaciones del país son evidentes y dramáticas sobre todo si se tiene en cuenta que la cobertura de la información en algunos localidades es bastante baja y aún así muestran tasas de mortalidad considerablemente más altas que las registradas por poblaciones de concentraciones urbanas con más desarrollo y mejores condiciones socioeconómicas.⁽²⁾

En Colombia se ha venido observando una tendencia estancada de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino. Lo que preocupa actualmente, es que independientemente de que se cuenta con un programa de detección precoz mediante la citología vaginal, no ha tenido impacto en la mortalidad por cáncer de cuello uterino situación que hace replantearse la necesidad de verificar la calidad de la toma y lectura de citologías así como, lograr la cobertura de las mujeres objeto de tamizaje (entre 25 y 69 años).⁽³⁾

Descripción

Hace relación al número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas del útero en una población femenina de determinada edad, dividido por el número total de esta población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son los códigos ICD-9 179-180, 182, o los códigos CIE-10 C53.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 13.4.3

Apéndice 2. Defunciones por tumos maligno del útero según edad, departamento y año. 1998-2007.

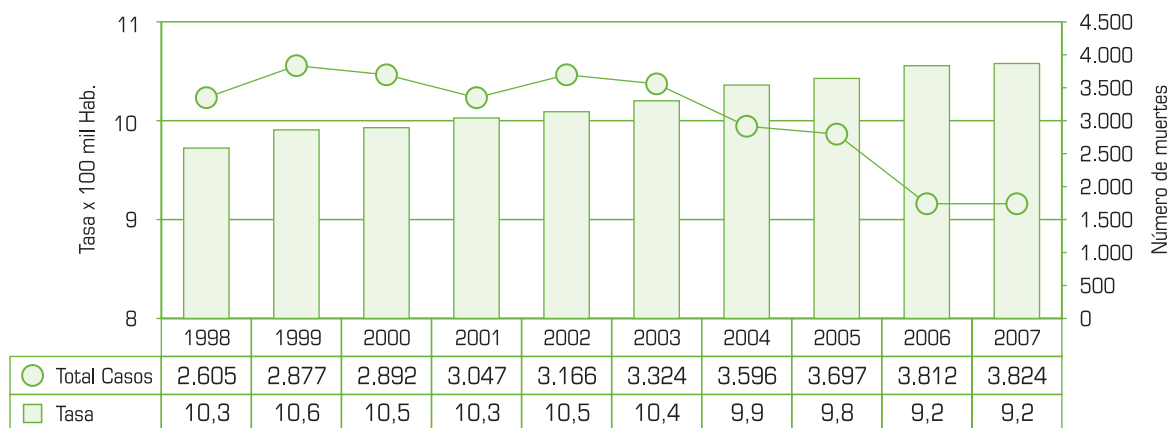
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Los datos coleccionados de los casos de muerte causada por cáncer de cuello uterino, en la serie de tiempo de 1998 a 2007 en Colombia, muestran una variación de 2.605 casos a 3.824, respectivamente. Su tendencia es de crecimiento lineal sostenido. Sin embargo, hubo un crecimiento similar al ritmo de incremento poblacional, dado que la tasa de defunciones tuvo una variación mínima

durante el periodo y con una tendencia incluso al descenso en los últimos años, pasando de un valor de 10,3 muertes por cada 100 mil habitantes a 9,2 muertes. Criterio de normalidad: 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 casos por cada 100 mil mujeres.⁽⁵⁾

Gráfico 76. Comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en Colombia, año 1998 a 2007



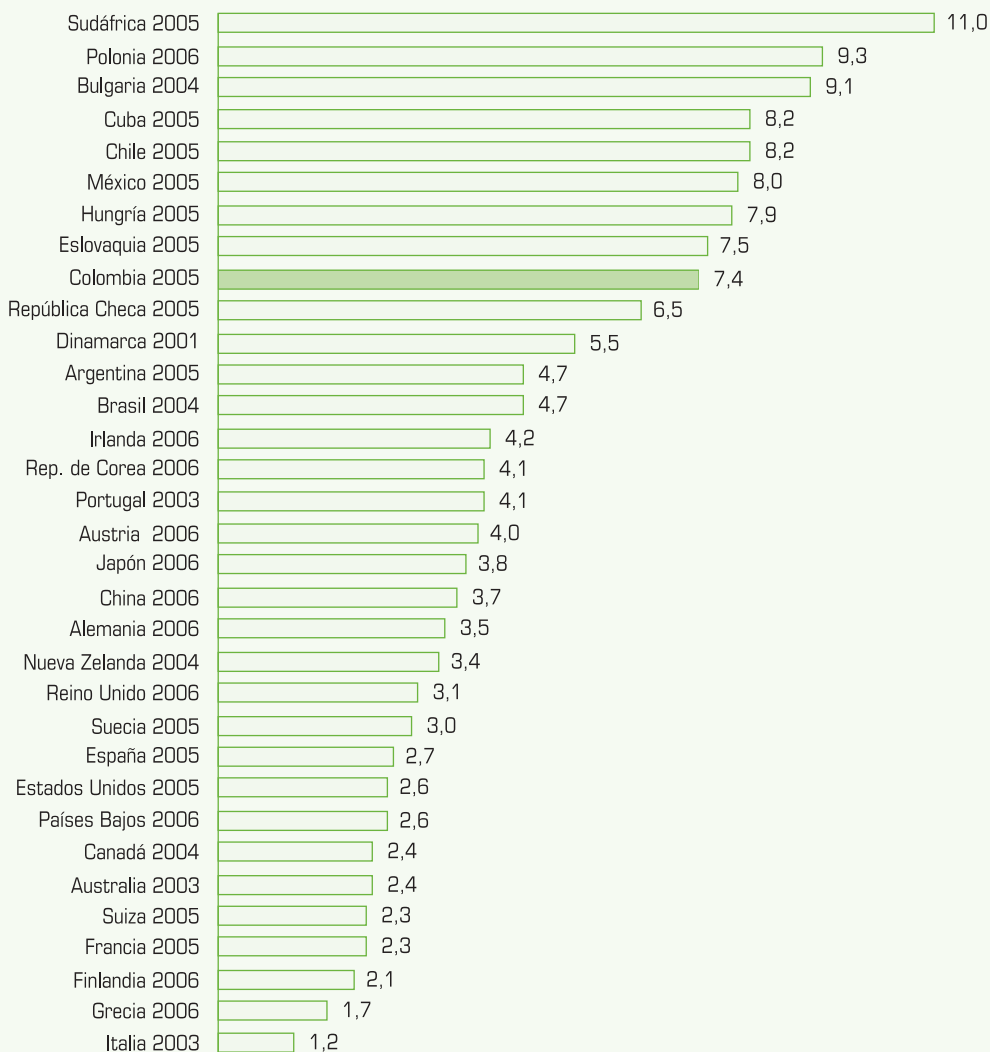
Fuente: DANE. Estadísticas Vitales

Referencias bibliográficas

- Liga de lucha contra el cáncer. Colombia. www.ligacancercolombia.org
- Martínez M. Martínez C. La Mortalidad por Cáncer Cervicouterino y de Mama en Colombia y México como Expresión de las Desigualdades Socioeconómicas y de Género. Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP, realizado en Córdoba –Argentina, del 24 al 26 de Septiembre de 2008.
- Rodríguez J. Descripción de la Mortalidad por Departamentos Colombia año 2000. Cendex. Documento de Trabajo.
- OMS-OPS. Datos Básicos del Sistema de Salud- glosario. <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#c>
- Concejo Nacional de Política económica y Social. Departamento Nacional de Planeación. Documento Conpes Social No. 91. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015" Marzo. 2005.

Referenciación internacional

Gráfico 77. Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el mundo en varios años y diversos países.*



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria del país y último año reportado.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF 13.5.3

Tasa de mortalidad por cáncer de mama

Racional

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en el mundo en la población femenina. 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.⁽¹⁾

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), menara 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.⁽¹⁾

Se concluye que el cáncer de mama es un problema de salud pública tanto de los países desarrollados como en vías de desarrollo, y que las mejores armas para lograr abatir la mortalidad por esta enfermedad son el escrutinio con mamografía en mujeres asintomáticas y el tratamiento adecuado.⁽¹⁾

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública y es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latino-América y en el ámbito mundial. El cáncer mamario dejó de estar circunscrito a los países desarrollados y a mujeres con mayores recursos económicos, incluso ha desplazado al cáncer cervicouterino en varias regiones de Latinoamérica como primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas. Nos encontramos ante un problema de gran magnitud, poco reconocido como tal en la región, cuyo impacto rebasa la salud de la mujer en lo individual, y afecta a la pareja, a la familia, a la sociedad y al sistema de salud, como señala Julio Frenk.⁽²⁾

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.⁽³⁾

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), habiéndose incrementado y generando el 10.5 % de las muertes totales por estas causas. 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.⁽³⁾

Descripción.

Hace relación al número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas de la mama en la población femenina de determinada edad, dividido por el número total de esta población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son los previstos en el código ICD-9 174 o el CIE-10 C50.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 13.5.3

Apéndice 2. Defunciones por tumor maligno de la mama según edad, por departamento. Colombia. 1998-2007.

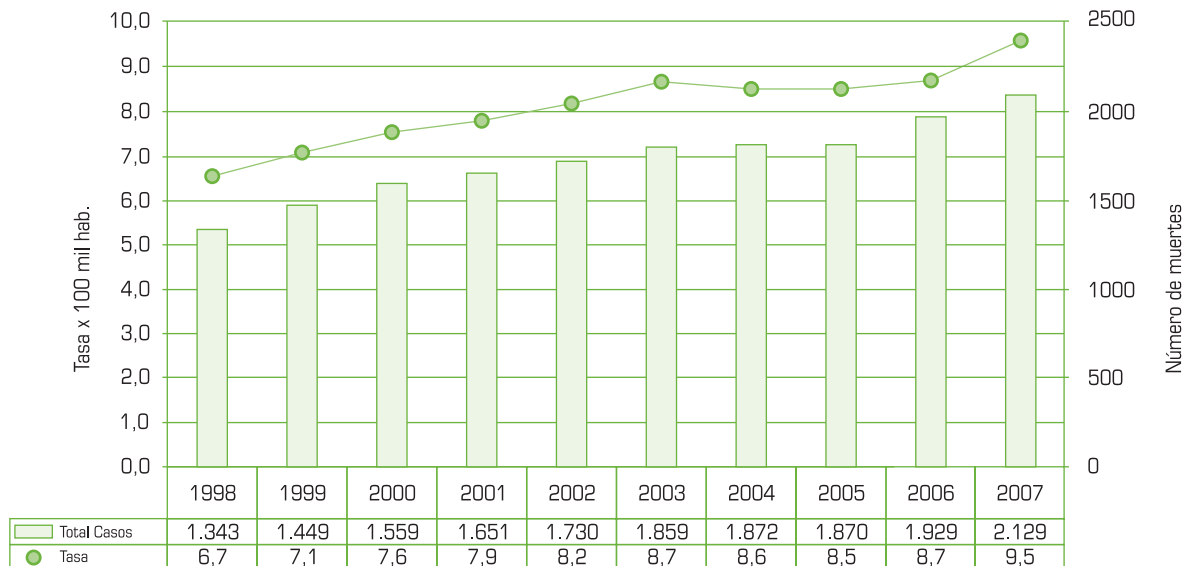
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Los datos coleccionados en la serie de tiempo que corresponde a los años 1998 y 2007, muestran un volumen de defunciones causadas por cáncer de mama que varían respectivamente de 1.343 casos a

2.129, con una tendencia incremental sostenida. La tasa de muertes por esta causa, varía de 6,7 por cada 100 mil mujeres en 1998 a 9,5 en el 2007. En una década su crecimiento fue de 42,3%.

Gráfico 78. Comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de seno en Colombia, 1998 a 2007



Fuente. DANE. Estadísticas Vitales

Nota 1: En Colombia, aunque la incidencia es baja en comparación con la de países como Estados Unidos, se perfila como un problema de salud pública que va en incremento, que amerita planear e introducir estrategias de detección temprana para su control en la población. Se debe hacer un gran esfuerzo para generar información del comportamiento de la enfermedad y de los servicios oncológicos relacionados; es necesario revisar la evidencia sobre costo-efectividad de los programas en otros países y se deben considerar otros aspectos críticos para orientar una decisión bien informada sobre lo que debe ser la detección temprana del cáncer de mama en el país.⁽⁵⁾

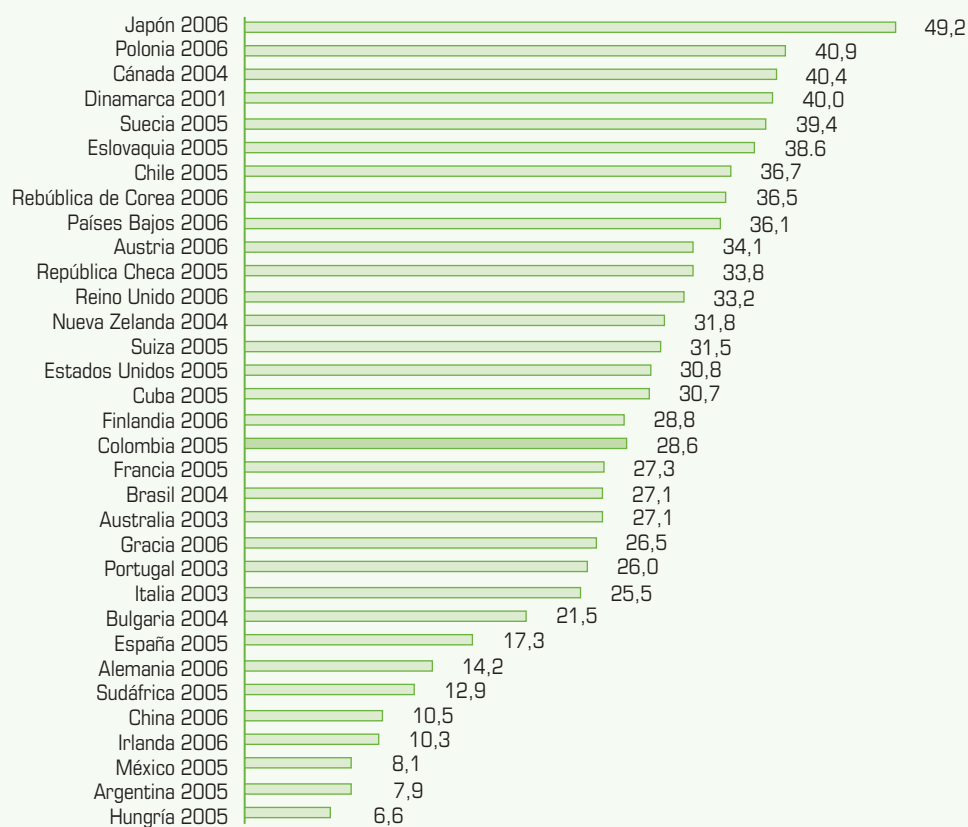
Nota 2: Independientemente de que se cuente con un programa de detección precoz mediante la mamografía, las mujeres siguen accediendo al servicio de salud en etapas donde el cáncer no es tratable lo que redundará en que la mortalidad continúe aumentando.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez Cuevas, Sergio Arturo; García Marinon, Capurso. Epidemiología del cáncer de mama. Ginecol Obstet Méx 2006; 74(11): 585-593. www.imbiomed.com.mx
- Knaul, Felicia Marie et al. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud pública Méx [online]. 2009, Vol 51, suppl 2, pp s138-s140.
- Modulo - Análisis de Situación de Enfermedades No Transmisibles Seleccionadas 2006: indicadores trazadores. Ministerio de la Protección Social. Pp. 24.
- Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicial; Glosario de Indicadores. Washington DC, 2007 <http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#c>
- Piñeros Petersen Marion, Díaz Sandra, Sánchez Oswaldo. Detección temprana de cáncer de mama: aspectos críticos para un programa de tamizaje organizado en Colombia. Rev. Col. Cancerología (2005); 9 (3): 93-105.

Referenciación internacional

Gráfico 79. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en varios años y diversos países del mundo*



Fuente: WHO Statistical Information System (WHOSIS)

* Selección aleatoria del país y último año reportado.

Nota: Los datos corresponden a los reportes más recientes de cada país disponibles en la fuente. El alcance de estos datos es solo como valor de referenciación, dadas las limitaciones en la comparabilidad estadística por corresponder a fechas no homogéneas, con fuentes nacionales de diverso origen.

Indicador EF-16.1.1

Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados

Racional

La tasa de reingresos hospitalarios (no programados) es un indicador de la calidad de la atención sanitaria habitualmente utilizado. El reingreso hospitalario puede deberse a factores clínicos y sanitarios, factores relacionados con el paciente y su entorno social y familiar, factores relacionados con la enfermedad o una combinación de todos ellos. Los primeros podrían ser evitados mientras que los relacionados con la enfermedad no siempre pueden controlarse. Conocer estos factores permitiría identificar a las personas con mayor riesgo de reingreso no electivo y diseñar intervenciones más efectivas para el seguimiento de estos pacientes tras el alta. Existe una gran variedad de intervenciones para disminuir el riesgo de reingresos, desde las unidades hospitalarias especializadas en cuidados geriátricos, hasta la rehabilitación domiciliaria después del alta hospitalaria o la tele asistencia. En general, las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial, parecen ser las más efectivas.⁽¹⁾

Los reingresos hospitalarios son un indicador útil de la calidad asistencial.⁽²⁾ La publicación de las tasas de mortalidad hospitalaria por la Health Care Financing Administration desde 1986 a 1992 en USA, ha incentivado el empleo de los indicadores de resultados de asistencia hospitalaria, en especial la mortalidad, los reingresos y las complicaciones asociadas a la hospitalización. Los pacientes que causan reiterados ingresos constituyen una importante preocupación clínica y un posible indicador de la gestión hospitalaria. Su medición es conveniente dentro de la evaluación de la calidad asistencial y una referencia indispensable en la planificación de la oferta/demanda hospitalaria.⁽³⁾

Los resultados de este indicador dependen de la calidad de la asistencia prestada y de la tipología de los pacientes atendidos (edad, gravedad, patología atendida). Por esta razón, las tasas de reingresos hospitalarios y/o complicaciones poseen escasa utilidad para la comparación entre hospitales si no se controlan los factores de confusión mencionados.⁽²⁾

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.⁽⁴⁾

El porcentaje de reingreso puede ser un índice de calidad asistencial, estando influenciada por múltiples factores (clínicos, derivados del hospital y del propio paciente).⁽⁵⁾

El estudiar el reingreso hospitalario se realiza por varios motivos, a saber:

- Para estudiar la morbilidad, intentando describir la historia natural de una enfermedad.
- Para conocer su impacto económico.
- Por permitir la comparación de la efectividad de los hospitales o la evolución de la calidad de un hospital tras la introducción de cambios organizativos.
- Para el estudio de las relaciones con la duración de la asistencia y la facturación económica.
- Para identificar a los pacientes con un alto riesgo de reingresar, al objeto de implementar planes de cuidados específicos.⁽²⁾

Descripción.

El reingreso ha sido definido como todo ingreso con idéntico diagnóstico principal en los 30 días siguientes al alta. Se obtiene de dividir el número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período entre el número total de egresos vivos en el período.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF-16.1.1

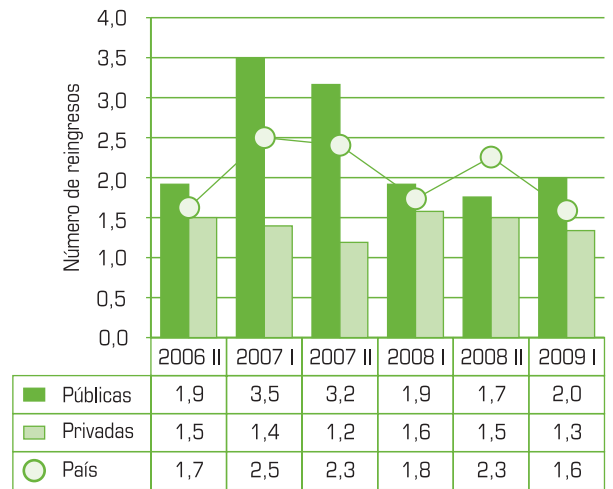
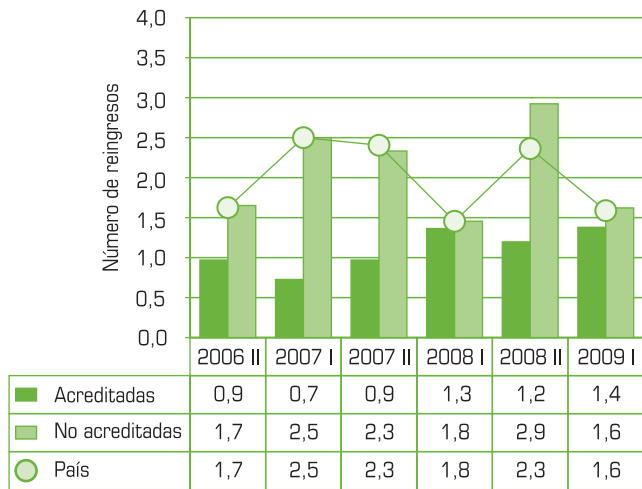
Apéndice 2. Tablas de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006 II -2009 I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- El número de casos de pacientes reingresados, a las IPS Colombianas que reportaron información semestral entre 2006 y 2009, oscilo entre 1,6% y 2,5%. El rango de variación de este volumen de pacientes reingresados, es estrecho y su tendencia de comportamiento es estable. Criterio de referencia: porcentaje global de reingreso en España 2007: 5,5%.⁽⁷⁾
- Se observa que dentro de los datos reportados, existe una diferencia leve, a favor de las IPS acreditadas, fente a las que nos lo están, dado que su proporción global de reingreso es menor. Igual situación se observa con los hospitales privados, en comparación con los públicos.

Gráfico 80. Proporción de reingreso de pacientes hospitalizados. 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios.

Referencias bibliográficas

1. García Pérez L, Linertová R, Lorenzo Riera A, Vázquez Díaz JR, Duque González B, López Hijazo A, Barreto Cruz S, Lorenzo Prozzo N, Guiote Partido I, Sarría Santamera A. Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. SESCO Núm. 2007/20.
2. Cesáreo García Ortega, José Almenara Barrios y José Javier García Ortega. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. Revista Española de Salud Pública. v.72 n.2 Madrid Mar. /Abr. 1998
3. Matorras Gahín P, Alonso López F, Daroca Pérez R, Díaz-Caneja Rodríguez N, Ledesma Castaño F, Gancedo Gonzalez Z. El paciente multi-ingresado en medicina interna como tipo especial de readmisión hospitalaria. Ann Med Inter 1990: 7: 353-57.
4. Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006.
5. Alonso Martínez, J. L. et al. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2001, vol.18, n.5, pp. 28-34. ISSN 0212-7199.
6. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá, Noviembre de 2009.
7. Ministerio de Salud de España. Indicadores clave del SNS. INCLASS. Nivel nacional, datos disponibles, diciembre 2007.

Indicador EF 16.3.1

Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas

Racional

La tasa de mortalidad intrahospitalaria es una nueva medida importante que puede ayudar a apoyar los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en los hospitales. Compara el número real de muertes en un hospital con la después de ajustar varios factores que pueden afectar en las tasas de mortalidad del hospital, tales como la edad, sexo, diagnóstico y estado de admisión de pacientes. Con la finalidad de identificar áreas de mejora, que pueda ayudar a reducir la mortalidad intrahospitalaria por los diferentes eventos adversos.⁽¹⁾

La reducción de las muertes intrahospitalarias proporciona un claro y bien apoyado objetivo de los clínicos, los administradores y los pacientes. Un buen liderazgo, buena información, una mejora de la calidad y estrategias basadas en la evidencia a nivel local y nacional puede ser eficaces en la mejora de la calidad de los procesos de la atención siendo de esta manera suficientes para reducir la mortalidad intrahospitalaria.⁽²⁾

La mortalidad hospitalaria es un indicador que se ha utilizado en la evaluación de los programas de garantía de la calidad asistencial, especialmente cuando representa la eficacia del proceso de atención para evitar las defunciones cuando éstas se consideran como “innecesariamente prematuras y evitables”.⁽³⁾ El análisis de los casos de mortalidad contiene aspectos relacionados con la gravedad del paciente, sus factores contextuales, la oferta de servicios, la tecnología disponible y los aspectos relacionados con el desempeño clínico. Esta evaluación cobra mucha más importancia cuando la mortalidad ocurre en las unidades de cuidado intensivo, pues, dada la complejidad del estado clínico de los pacientes, se requiere de una mayor intervención de los factores relacionados con su seguridad.⁽⁴⁾

La mortalidad hospitalaria ha sido clásicamente uno de los indicadores de calidad asistencial más frecuentemente utilizado, el análisis de mortalidad hospitalaria

puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión de los hospitales. Es conocido que la cuantificación de las defunciones hospitalarias puede considerarse como una medida de efectividad de la intervención hospitalaria.⁽⁵⁾ La mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y su estudio puede mejorar la asistencia de los pacientes hospitalizados.⁽⁶⁾

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.⁽⁷⁾

La mejora de la seguridad de la atención hospitalaria y la reducción de las muertes intrahospitalarias proporciona un claro y bien apoyado objetivo de los clínicos, los administradores y los pacientes. Un buen liderazgo, buena información, una mejora de la calidad y estrategias basadas en la evidencia a nivel local y nacional puede ser eficaces en la mejora de la calidad de los procesos de la atención siendo de esta manera suficientes para reducir la mortalidad intrahospitalaria.⁽²⁾

Descripción.

Este indicador afina la interpretación del indicador de mortalidad total ya que se refiere a la mortalidad intrahospitalaria después de las primeras 48 horas posteriores al ingreso del paciente, tiene una mayor relación con la capacidad resolutoria de la institución en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención.⁽⁸⁾ Se obtiene de dividir el número de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso entre el número total de pacientes hospitalizados, multiplicado por mil.⁽⁷⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EF 16.3.1

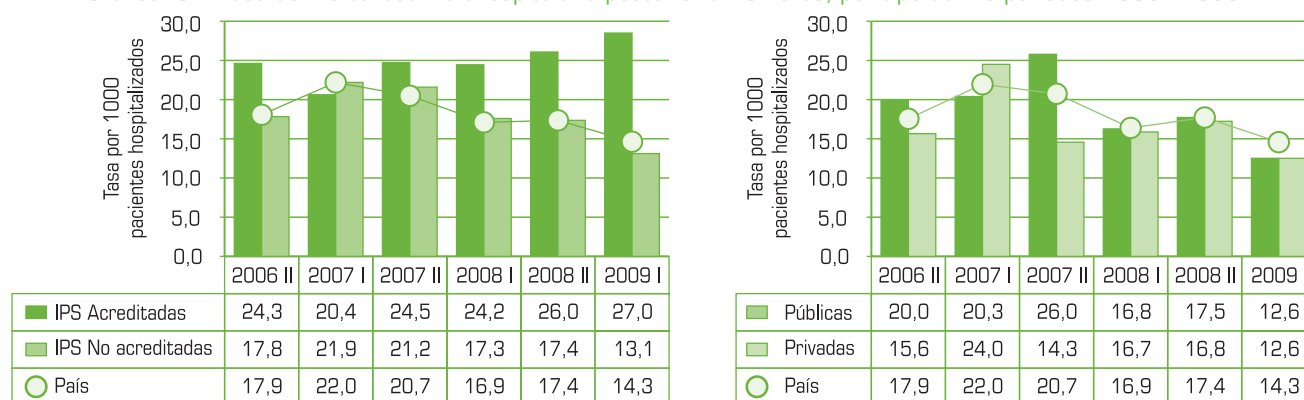
Apéndice 2. Tablas de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006II -2009I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

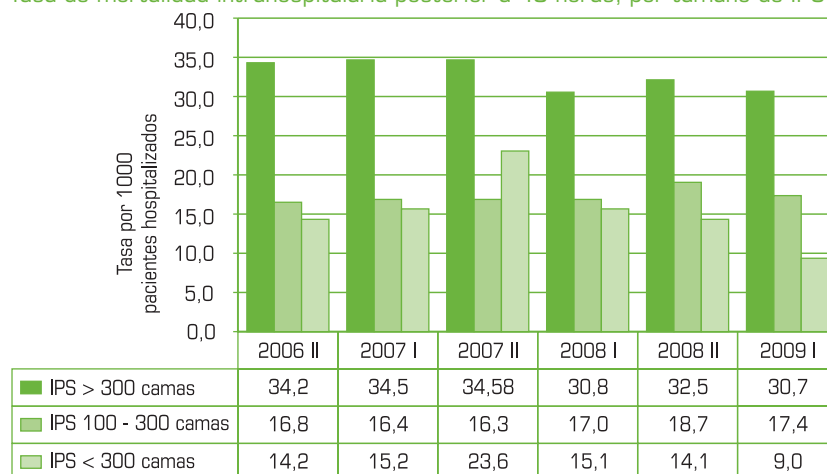
- Con los datos disponibles correspondientes al periodo de tiempo 2006-2009, reportados por las IPS a la SNS-MPS, se observa una tasa global de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, con un valor que fluctúa dentro de un rango, donde el valor mínimo fue de 14,3 y el valor máximo de 22 defunciones por cada 1000 pacientes hospitalizados, con una tendencia que presenta una disminución leve al final del periodo.
- El comportamiento de las IPS públicas frente al de las IPS privadas no presenta mayores variaciones y su tendencia es estable. Los resultados están fuertemente asociados al tamaño de la IPS, en consecuencia las tasas más altas de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas se presentan en las IPS de mayor tamaño, alcanzando un rango entre 30 y 309 muertes por cada 1000 hospitalizados.

Gráfico 81. Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, por tipo de IPS períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

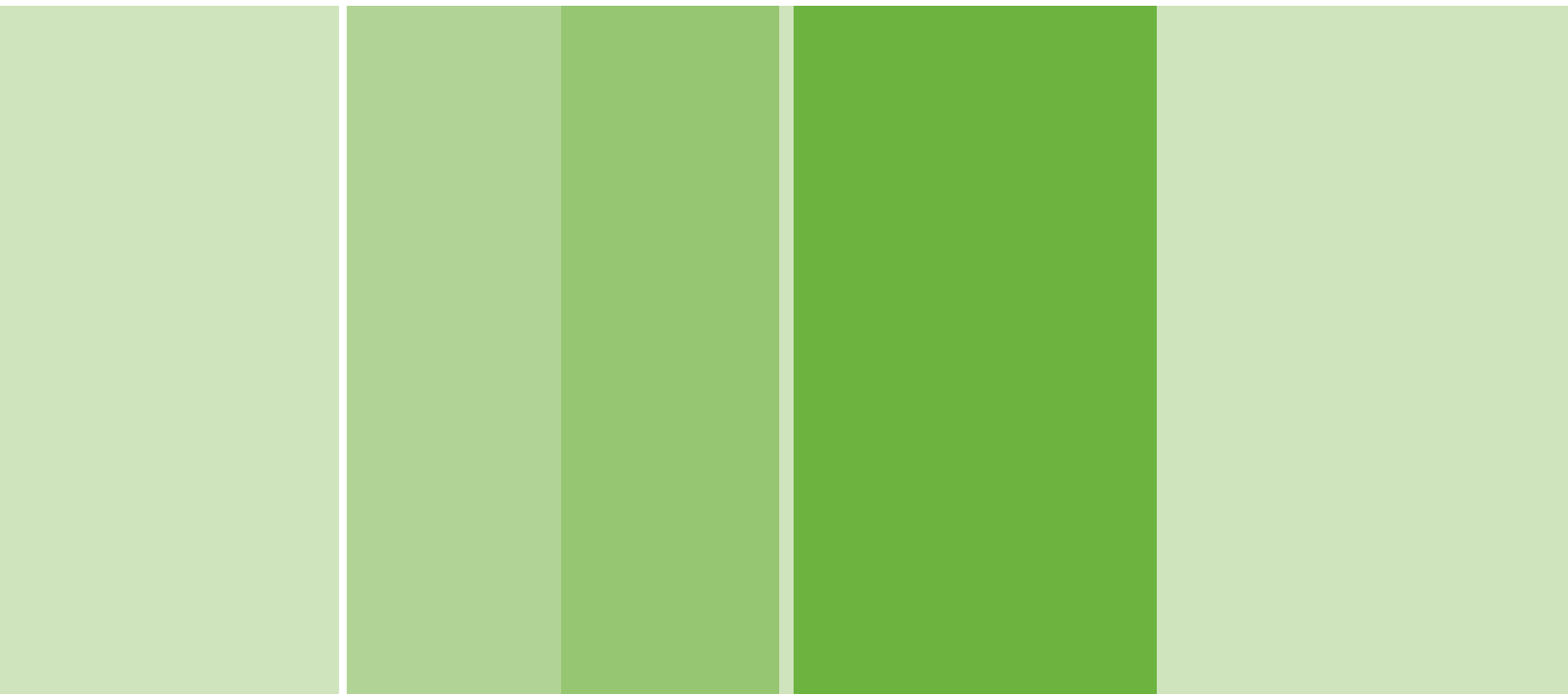
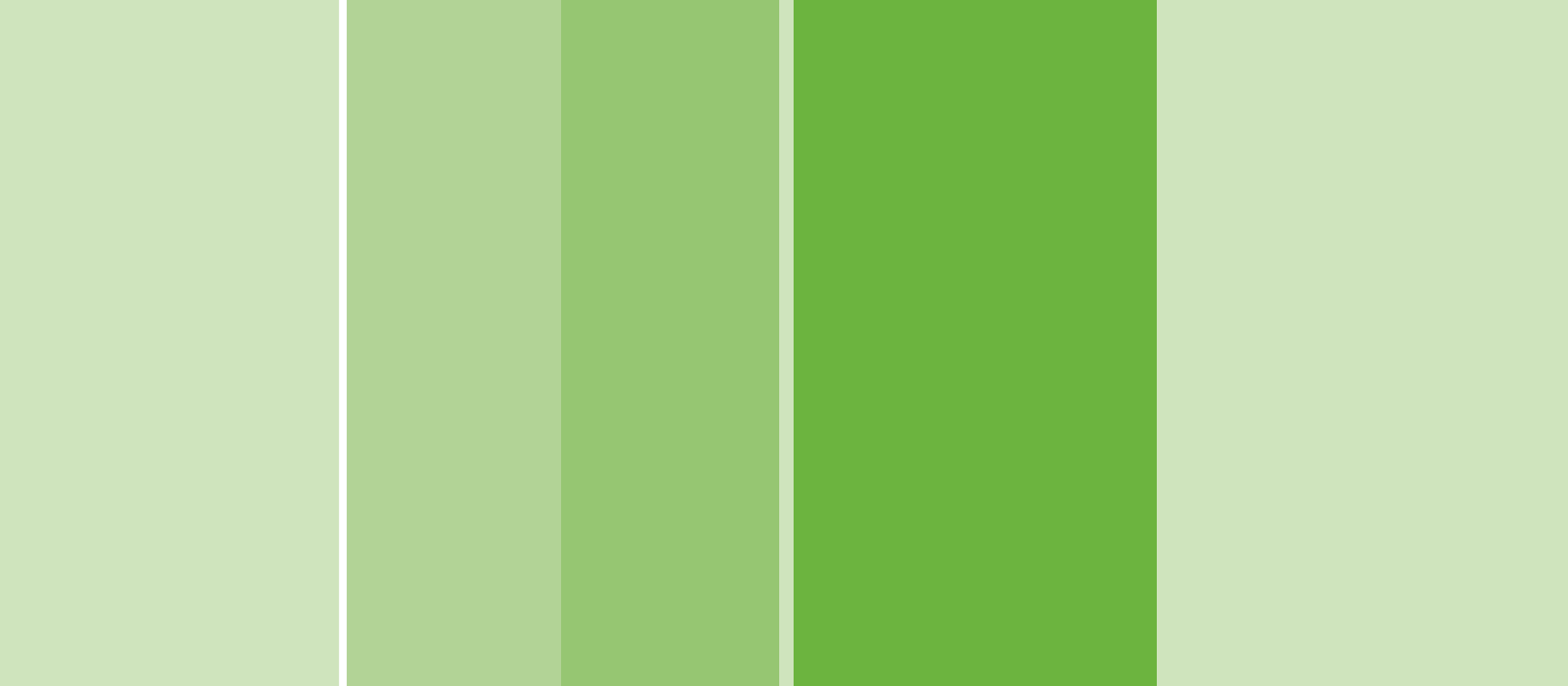
Gráfico 82. Tasa de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas, por tamaño de IPS períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=hsmr_e
2. John Wright, Bob Dugdale. Learning from death: a hospital mortality reduction programme. Journal of the Royal Society of Medicine 2006; 99: 303-308. 2006 Royal Society of Medicine. <http://jrsm.rsmjournals.com/cgi/content/abstract/99/6/303>
3. Tekkis P, McCulloch P, Steger A, Benjamin I, Poloniecki J. Mortality control charts for comparing performance of surgical units: validation study using hospital mortality data. BMJ. 2003; 326:786-8.
4. Calero, Diego; Rendón, Luis F y Canas, Óscar Darío. Mortalidad prematura en salas de recuperación del Hospital Universitario del Valle, ESE, "Evaristo García". Rev. Col. Anest. 2008, vol.36, n.4, pp. 259-263. ISSN 0120-3347.
5. García Ortega C, Almenara Barrios J, García ortega JJ. Ratios específicas de mortalidad en el Hospital de Algeciras durante 1995-1996. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71 (3): 305-15.
6. Rayego Rodríguez, J. et al. Mortalidad hospitalaria en el Servicio de Medicina Interna de un hospital de primer nivel. An. Med. Interna (Madrid) [online]. 2006, vol.23, n.9, pp. 406-410. ISSN 0212-7199.
7. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. pp.28
8. <http://www.supersalud.gov.co/Documentos/calidad/indicadores%20seleccionados.pdf>
9. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá, 2009.



Capítulo 5

Indicadores de seguridad en la atención del paciente

- La efectividad pierde sentido si es lograda sin alcanzar al mismo tiempo la mayor seguridad posible de los servicios de atención en salud prestados. Se puede haber sido efectivo en lograr un resultado, ¿Pero se logró en condiciones seguras? ¿El riesgo con el que se prestó el servicio, terminó siendo mayor que los beneficios que produjo? ¿Los resultados en la salud de las personas, no generaron nuevos daños, discapacidades o lesiones?
- Todas estas preguntas son tan relevantes en la atención que deben configurar por sí mismas un conjunto independiente de mediciones para su valoración explícita y el fomento de una actitud de actuaciones seguras y de una cultura de la seguridad en salud en los escenarios institucionales y profesionales donde se proveen los servicios.
- Las mediciones de seguridad del paciente que se coleccionaron para este 1er. Informe 2009 son:

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - Indicadores | No. |
|---|--------------------------------|----------|--|-----|
| 3. Infección asociada a atención en salud | 1. Infección línea central | SG3.1.1 | Tasa de infección de torrente circulatorio asociada a línea central (Incluye bacteremia, fungemia, Septicemia) | 1 |
| | 2. Infección neumonía | SG3.2.2 | Tasa de neumonía asociada al ventilador (NAV) | 2 |
| | 3. Infección quirúrgica | SG3.3.1 | Proporción de incidencia de infección de sitio operatorio (ISO) | 3 |
| | 5. Infección vías urinarias | SG3.5.1 | Tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical (IUCV) | 4 |
| | 6. Infección útero | SG3.6.1 | Proporción de endometritis | 5 |
| | 9. Infección global | SG3.9.1 | Índice global de infección intrahospitalaria (IIH) | 6 |
| 13. Seguridad global | 1. Vigilancia eventos adversos | SG13.1.1 | Proporción de vigilancia de eventos adversos | 7 |

Indicador SG 3.1.1

Tasa de infección del torrente circulatorio asociada a línea central

Racional

La utilización de accesos vasculares es una práctica indispensable en los hospitales. Su utilización está indicada para la administración de medicación, líquidos, sangre o sus productos derivados, alimentación parenteral y controles hemodinámicos en pacientes graves, sin embargo su uso conlleva una potencial fuente de complicaciones locales o sistémicas. Las primeras comprenden la infección en el punto de entrada, la flebitis y las relacionadas con el procedimiento de inserción. Entre las segundas se incluyen las bacteriemias, viremias o fungemias relacionadas con el catéter con o sin producción de complicaciones a distancia como endocarditis, etc. Todas estas complicaciones alteran la evolución normal del proceso del paciente, añadiendo morbimortalidad e incremento en la estancia hospitalaria y el consiguiente gasto sanitario.⁽¹⁾

Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más frecuentemente empleados para el acceso vascular y aunque la incidencia de infecciones locales o sistémicas asociadas a su utilización es habitualmente baja, ocasionan gran morbilidad por la frecuencia con la que se usan.⁽¹⁾

Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) son una de las infecciones intrahospitalaria (IIH) más graves que puede adquirir los pacientes durante su hospitalización, si bien su incidencia es menor que otras complicaciones de IIH, (1%), su letalidad puede alcanzar hasta un 30%. Esto determina la prioridad que deben tener las medidas tendientes a su prevención y control.⁽¹⁾

De acuerdo con estudios realizados por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, se determinó que la infección intrahospitalaria afecta en promedio 5 de cada 100 pacientes que egresan de los hospitales del mundo⁽²⁾, produciendo morbilidad agregada, mayor estancia hospitalaria (4 días en promedio por paciente), aumento de la letalidad (cercana al 2% de los infectados)⁽³⁾, incremento de los costos hospitalarios directos e indirectos y repercusiones familiares y sociales.⁽²⁾

Los pacientes quirúrgicos que ingresan a los hospitales tienen el doble de posibilidades que los demás de adquirir una infección intrahospitalaria, tasa que oscila entre 2.5% hasta 15% de los egresos de esas instituciones.⁽⁴⁾

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a un catéter vascular central (CVC) son un problema de salud relevante. La incidencia de infecciones asociadas al cateterismo vascular varía dependiendo de factores del huésped, del catéter y la intensidad de la manipulación.^(5,6)

Las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a CVC representan un aumento de la morbilidad, de los costos de la atención de pacientes y en una fracción de los casos, tienen una mortalidad atribuible (14 a 24%).⁽⁶⁾

La infección relacionada a catéteres centrales constituye una de las principales complicaciones de su uso y la primera causa de bacteriemia nosocomial primaria. La incidencia de bacteriemia atribuible a su uso es variable entre distintos centros hospitalarios. Dada la importancia de estas infecciones, tanto en morbimortalidad como en los costos asociados, resulta fundamental contar con un consenso para el diagnóstico de la infección relacionada a dispositivos vasculares, que permita tomar conductas adecuadas tanto para su prevención como en el tratamiento.⁽⁷⁾

Descripción

Se obtiene de la relación entre el total de infecciones del torrente circulatorio asociado a la introducción de catéter central y el número total de días catéter multiplicado por 1000.⁽⁸⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica Indicador SG 3.1.1

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

La tasa de infección hematológica asociada a catéter central en todas las UCIs de tercer nivel de complejidad en el Distrito de Bogotá se estimó en 7,9 casos por 1000 días catéter. ⁽⁹⁾

Tabla 4. Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN***, III nivel de complejidad, Bogotá 2007

| Tipo UCI | Número UCI (%) [*] | Nº. IHACC** | Días Catéter central | Tasa IHACC | Percentiles | | |
|------------|-----------------------------|-------------|----------------------|------------|-------------|-----|-----|
| | | | | | 25 | 50 | 75 |
| Adulto | 39 (97,5) | 793 | 99.118 | 8 | 0 | 1 | 7,3 |
| Pediátrica | 21 (95,5) | 78 | 17.236 | 4,5 | 0 | 0 | 9,1 |
| Neonatal | 32 (88,8) | 366 | 38.168 | 9,6 | 0 | 0 | 7,5 |
| Coronaria | 7 (100) | 29 | 5.916 | 4,9 | 0 | 2,9 | 8,3 |

Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Intrahospitalaria. 2007

Nota: * Porcentaje de UCIs que notificaron este indicador

** IHACC: Infección Hematológica asociada a catéter central

*** UN: Unidades notificadoras

La tasa de infección hematológica asociada a catéter central en todas las UCIs de segundo nivel de complejidad en el Distrito de Bogotá se encuentran distribuidas así: ⁽⁹⁾

Tabla 5. Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección hematológica asociada a catéter central, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN, II nivel de complejidad, Bogotá 2007

| Tipo UCI | Número UCI (%) | Nº. IHACC | Días Catéter central | Tasa IHACC | Percentiles | | |
|-------------------|----------------|-----------|----------------------|------------|-------------|------|-------|
| | | | | | 25 | 50 | 75 |
| Ginecoobstetricia | 5 (38,4) | 51 | 16595 | 3,1 | 0 | 0 | 13,1 |
| Medicina Interna | 4 (26,6) | 57 | 17319 | 3,3 | 0 | 6,3 | 117,6 |
| Pediatría | 4 (33,3) | 48 | 6069 | 7,9 | 0 | 10,3 | 125 |

Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infección Intrahospitalaria. 2007

Referencias bibliográficas

1. Guía de práctica clínica Prevención de infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con dispositivos vasculares. Hospital Santiago oriente "Dr. Luis Tizné Brousse". Año 2004
2. Del Río Jaime Alberto, Buriticá Olga Clemencia. Evaluación de un sistema de vigilancia epidemiológica y riesgos de ingección intrahospitalaria en pacientes quirúrgicos. Colombia médica: 2000, vol 31, N°2. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Pp. 71-76
3. Cañizos M, Alcaraz P, Apecechea A. Infección en cirugía. Barcelona; Editorial Doyma, 1994. Pp. 29-96.
4. CDC. Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections. Atlanta, 1994. Pp. 1-5.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infection. MMWR 2002; 51 RR-10: 1-36.
6. Pai M P, Pendland S L, Danzinger L H. Antimicrobial-coated/bonded and-impregnated intravascular catheters. Ann Pharmacother 2001; 35: 1255-63.
7. García C., Patricia et al. Diagnóstico de las infecciones asociadas a catéteres vasculares centrales. Rev. Chil. Infectol. 2003, vol.20, n.1, pp. 41-50. ISSN 0716-1018.
8. National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/
9. Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www.Saludcapital.gov.co
10. Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Moreno CA, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arikian OA, Abouqal R, Leblebicioglu H; International Nosocomial Infection Control Consortium. evice-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Ann Intern Med. 2006 Oct 17; 145(8):582-91.

Comparabilidad internacional

El INICC (Consortio internacional de control de infecciones nosocomiales) realizaron entre el 2002 y 2005 un estudio en 55 UCI en 46 hospitales de 8 en desarrollo: Argentina, Brasil, Colombia, La India, Marruecos, México, Perú y Turquía para determinar la tasa de incidencia de las infecciones nosocomiales asociadas a dispositivos.

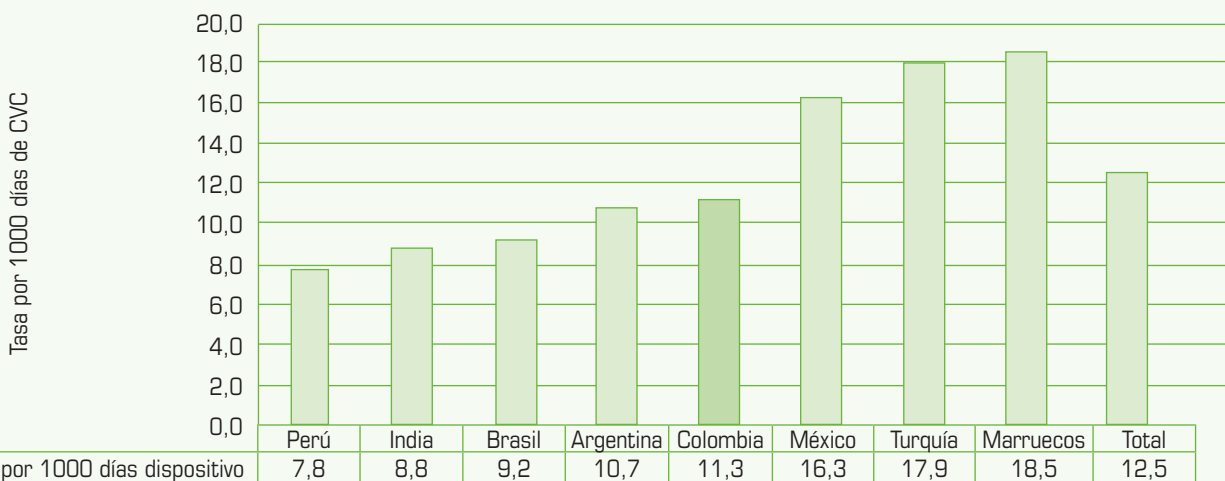
La tasa de infección del torrente sanguíneo asociada con CVC varió desde 7,8 hasta 18,5 por 1000 días CVC y fue de 12,5 por 1000 días CVC en general (ver tabla). La infección patógeno fue una especie de enterobacterias que era resistente a la ceftriaxona en el 57% de los casos de *S. aureus* en un 25% (de que el 85% eran resistentes a la meticilina); estafilococos coagulasa-negativa en el 18%, *P. aeruginosa* en 9%, y especies de *Acinetobacter* en un 13%. La tasa bruta de mortalidad de los pacientes con infección del torrente sanguíneo asociada a CVC fue de un 35,2%, lo que arroja una tasa bruta de mortalidad global superior a 18,0%.⁽¹⁰⁾

Tabla 6. Infección del torrente sanguíneo asociado a catéter central venoso según INICC

| VARIABLE | PAÍS | | | | | | | | TOTAL |
|---|-----------|--------|----------|-------|--------|-----------|------|---------|-------|
| | Argentina | Brasil | Colombia | India | México | Marruecos | Perú | Turquía | |
| Infección torrente sanguíneo asociada a CVC (n) | 119 | 86 | 126 | 109 | 151 | 11 | 35 | 293 | 930 |
| Tasa por 100 pacientes | 1,3 | 8,4 | 5,8 | 3,2 | 10,0 | 2,7 | 2,6 | 12,7 | 4,4 |
| Tasa por 1000 días CVC | 10,7 | 9,2 | 11,3 | 8,8 | 16,3 | 18,5 | 7,8 | 17,9 | 12,5 |
| Proporción de casos (%) | | | | | | | | | |
| <i>Enterobacteriaceae</i> | 31 | 26 | 31 | 42 | 29 | 33 | 19 | 22 | 27 |
| <i>Pseudomona aeruginosa</i> | 10 | 5 | 5 | 13 | 15 | 18 | 10 | 9 | 9 |
| <i>Acinetobacter spp.</i> | 4 | 8 | 7 | 10 | 5 | 9 | 5 | 22 | 13 |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 34 | 20 | 37 | 8 | 8 | 18 | 38 | 26 | 25 |
| <i>Enterococcus</i> | 1 | 5 | 1 | 5 | 0 | 0 | 0 | 4 | 3 |
| <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> | 20 | 30 | 14 | 8 | 38 | 9 | 5 | 13 | 18 |
| <i>Candida spp</i> | 1 | 7 | 2 | 10 | 6 | 9 | 24 | 4 | 5 |
| % resistencia antimicrobiana | | | | | | | | | |
| MRSA | 64 | 100 | 70,6 | 100 | 0 | 31 | 80 | 92 | 85 |
| Ceftriaxone - <i>Enterobacteriaceae</i> | 31 | 100 | 33,3 | 71 | 50 | 95 | 50 | 100 | 57 |
| Fluoroquinolona - <i>P. aeruginosa</i> | 56 | 70 | 0,0 | 0 | 100 | 0 | 100 | 51 | 49 |
| Vancomicina - <i>Enterococcus</i> | 9 | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 |

Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145:8⁽¹⁰⁾

Gráfico 83. Infección del torrente sanguíneo asociado a CVC comparativo internacional miembros de INICC. 2002 - 2005



Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145:8⁽¹⁰⁾

Indicador SG 3.2.2

Tasa de neumonía asociada a ventilador (NAV)

Racional

La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV), corresponde a una infección intrahospitalaria en pacientes, habitualmente de unidades críticas, que están o han recibido apoyo ventilatorio invasivo por más de 24 horas y que no la presentaban al momento de su intubación y conexión al ventilador⁽¹⁾. Como infección nosocomial, determina una mayor estancia hospitalaria en promedio ($26,1 \pm 17,3$ vs. $10,6 \pm 6$ días), elevación de los costos de atención médica, mayor consumo de antimicrobianos y dada su gravedad, determina un importante aumento en morbilidad.⁽²⁾

La NAV representa habitualmente la segunda infección nosocomial de unidades de cuidados intensivos, por lo que sus estrategias de prevención se encuentran en permanente difusión y supervisión. Hoy en día, se le menciona como un importante indicador de calidad de atención al paciente fomentando la permanente mejoría de las prácticas relacionadas al cuidado del enfermo sometido a VM y el benchmarking que permita modificar elementos que favorezcan la disminución de brotes de NAV y reducción de sus tasas.⁽³⁾

Descripción.

Se obtiene de dividir el número de pacientes con neumonía asociada al ventilador entre el número de días ventilador en el período estudiado por 1000.⁽⁴⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota Técnica Indicador SG 3.2.2

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Durante el 2007, se notificaron un total de 3.275 infecciones asociadas a dispositivos médicos en el tercer nivel de complejidad del Distrito de Bogotá donde la neumonía asociada a ventilador represento el (32,2%). La tasa de neumonía

asociada a ventilador en todas las UCIs de tercer nivel de complejidad se estimó en 10,7 casos por 1000 días catéter. Esta cifra es casi igual a la reportada por el NHSN en 9 UCIs Colombianas (10 casos por 1000 días catéter).⁽⁵⁾

Tabla 7. Distribución promedio y por percentiles de la tasa de neumonía asociada a ventilador, por 1000 días ventilador, en las UCIs de las UN*, III nivel de complejidad, Bogotá, 2007

| Tipo UCI | Número UCI (%)** | Nº. NAV | Días ventilador | Tasa NAV | Percentiles | | |
|------------|------------------|---------|-----------------|----------|-------------|-----|------|
| | | | | | 25 | 50 | 75 |
| Adulto | 38 (95) | 779 | 67.191 | 11,6 | 2,5 | 5,2 | 9,9 |
| Pediátrica | 19 (86,3) | 75 | 13.081 | 5,7 | 3,5 | 7,5 | 11,7 |
| Neonatal | 32 (88,8) | 184 | 15.627 | 11,8 | 0 | 3,9 | 10,3 |
| Coronaria | 6 (85,7) | 19 | 2.751 | 6,9 | 5,8 | 8,7 | 9,6 |

Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalaria. 2007

Nota: * Unidades notificadoras

** Porcentaje de UCIs que notificaron este indicador.

La tasa de Neumonía Asociada a ventilador por 1000 días catéter en las UCIs de las UN de segundo nivel de complejidad es de 7,1.

Referencias bibliográficas

1. Wright M, Romano M. Ventilador - associated pneumonia in children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2006; 17: 58-64.
2. Raymond J, Aujard Y. Nosocomial infections in pediatric patients: a European Study Group. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 260-3.
3. Uckay I, Ahmed Q, Sax H, Pittet D. Ventilator-associated pneumonia as a quality indicator for patient safety? *Clin Infect Dis* 2008; 46: 557-63.
4. Department of health and human services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for healthcare and research quality.
5. Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www.Saludcapital.gov.co
6. Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Moreno CA, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arikian OA, Abouqal R, Leblebicioglu H; International Nosocomial Infection Control Consortium. evice-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. *Ann Intern Med*. 2006 Oct 17; 145(8):582-91.

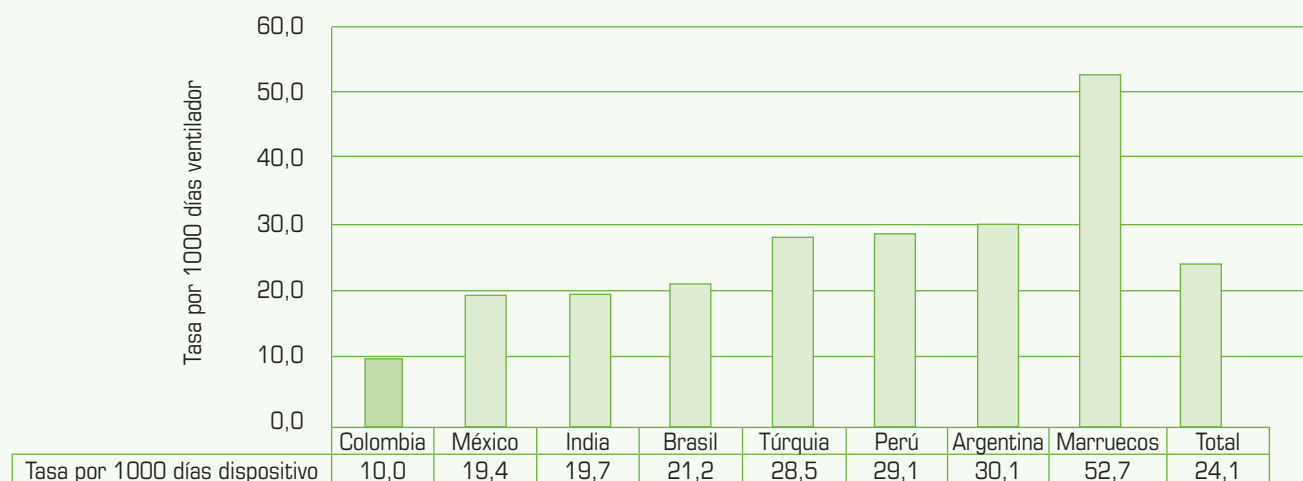
Comparación internacional

Las tasas de neumonía asociada a ventilador también se extendieron ampliamente entre los países, de 10,0 a 52,7 por 1000 ventilador días con una tasa global de 24,1 por 1000 ventilador días.⁽⁶⁾ (Véase tabla)

| VARIABLE | PAÍS | | | | | | | | TOTAL |
|--|-----------|--------|----------|-------|--------|-----------|------|---------|-------|
| | Argentina | Brasil | Colombia | India | México | Marruecos | Perú | Turquía | |
| Neumonía Asociada a ventilador (n) | 284 | 135 | 86 | 67 | 73 | 44 | 98 | 490 | 1277 |
| Tasa por 100 pacientes | 3,2 | 13,1 | 4,0 | 2,0 | 4,8 | 10,7 | 7,2 | 21,3 | 6,1 |
| Tasa por 1000 días ventilador | 30,1 | 21,2 | 10,0 | 19,7 | 19,4 | 52,7 | 29,1 | 28,5 | 24,1 |
| Proporción de casos (%) | | | | | | | | | |
| <i>Enterobacteriaceae</i> | 44 | 15 | 41 | 53 | 46 | 13 | 35 | 14 | 26 |
| <i>Pseudomona aeruginosa</i> | 8 | 36 | 21 | 41 | 29 | 32 | 26 | 29 | 26 |
| <i>Acinetobacter spp.</i> | 15 | 28 | 3 | 0 | 3 | 46 | 5 | 28 | 20 |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 32 | 14 | 29 | 2 | 14 | 3 | 21 | 24 | 22 |
| <i>Enterococcus</i> | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> | 1 | 1 | 5 | 0 | 5 | 0 | 8 | 1 | 2 |
| <i>Candida spp</i> | 0 | 5 | 0 | 0 | 3 | 0 | 11 | 2 | 3 |
| % resistencia antimicrobiana | | | | | | | | | |
| MRSA | 83 | 93 | 56 | 100 | 17 | 0 | 80 | 87 | 84 |
| Ceftriaxone - <i>Enterobacteriaceae</i> | 52 | 94 | 30 | 77 | 44 | 67 | 29 | 52 | 58 |
| Fluoroquinolona - <i>P. aeruginosa</i> | 50 | 67 | 67 | 50 | 65 | 0 | 67 | 59 | 60 |
| Vancomicina - <i>Enterococcus</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145: 8⁽¹⁰⁾

Gráfico 84. Neumonía asociada a ventilador comparativo internacional miembros de INICC. 2002-2005



Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145: 8⁽¹⁰⁾

Indicador SG 3.3.1

Proporción de incidencia de infección de sitio operatorio (ISO)

Racional

La infección del sitio operatorio (ISO) es la infección nosocomial más frecuente en los hospitales del mundo, con tasas variables de acuerdo a las características propias de cada institución.⁽¹⁾

A pesar de los importantes adelantos en el campo de la infección quirúrgica, así como en el conocimiento del proceso de cicatrización, la ISO continúa siendo un problema que implica altos costos sociales y económicos. La ISO se puede clasificar en tres tipos según su localización: infección incisional superficial, que constituye entre el 60-80% de las infecciones de las heridas; infección incisional profunda e infección de órgano o espacio del sitio quirúrgico.⁽¹⁾

La ISO es la segunda infección nosocomial más frecuentemente reportada en Colombia y causa 15-18% de todas las infecciones nosocomiales en los pacientes hospitalizados, así como 38% de infecciones nosocomiales en los pacientes quirúrgicos. Aunque su frecuencia ha disminuido, continúa siendo un problema grave, pues se ha informado que 77% de las muertes en pacientes quirúrgicos con ISO se relacionan con la infección en sí. Se ha demostrado que las ISO aumentan la estancia hospitalaria y el costo del tratamiento.⁽²⁾ Sirve como indicador de calidad de los servicios quirúrgicos.⁽¹⁾

La infección quirúrgica es una complicación devastadora desde el punto de vista biológico y económico. Puede causar seria incapacidad y muerte. Evitar la infección del sitio operatorio ha sido preocupación permanente del personal de salud. Una tasa baja de infección es uno de los principales parámetros universalmente aceptados para medir la calidad de un servicio quirúrgico.⁽³⁾

Las ISO, representan complicaciones en las cuales se conjugan diversos factores de riesgo, en su mayoría susceptibles de prevención y control, es necesario tener presente que el riesgo de enfermar, e incluso de morir, por una infección que no era el motivo de ingreso al Prestador de Servicios de Salud está estrechamente vinculado a la calidad de la

atención en la institución, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes, los trabajadores y la comunidad.⁽⁴⁾

Descripción

Se obtiene de la aplicación de la fórmula entre el número de casos de ISO (todos los pacientes que durante el seguimiento en el postquirúrgico de la cirugía específica, presentaron una infección de sitio operatorio) y el total de pacientes operados en la institución en ese período (total de pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico específicos) por 100.^(5,6)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota Técnica Indicador SG 3.3.1

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

En Bogotá, en un análisis de la experiencia del departamento de cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá, se encontró que la tasa de infección de la herida quirúrgica y del sitio operatorio, es significativamente mejor que la aceptada mundialmente como muy buena, entre ellas la de “Cruse” en Calgary (Canadá) y la reportada por el Center for Disease Control (CDC) del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (Atlanta).⁽⁷⁾

Este análisis se hizo sobre todas las heridas efectuadas entre los años 1991 y mayo de 1999. Se dividió este período en dos etapas: una se tomó desde 1991 hasta mayo de 1999, donde se realizó un seguimiento a la herida quirúrgica (piel y tejido celular subcutáneo); y la segunda desde junio de 1999, donde se amplió el área de seguimiento para involucrar todo el sitio operatorio y se retomó la clasificación de la herida quirúrgica agregando la herida sucia, según lo propuesto por el CDC en abril de ese año.⁽⁷⁾

- En esta primera etapa, se logró realizar un seguimiento completo al 90% de los pacientes intervenidos durante estos 9 años, para un total de 20.483 casos reportados. La gran mayoría de las heridas quirúrgicas pertenecientes al programa corresponden a intervenciones clasificadas como limpias, 14.426 pacientes, un 70.42% del total, seguidas de las heridas limpias - contaminadas, 5.274 casos, un 25.74% y las 782 heridas restantes pertenecen a procedimientos contaminados (3.81%).⁽⁷⁾

Así, la tasa de infección global de la herida quirúrgica en 1991 fue de 3.2%, manteniéndose cerca de este rango en los siguientes 2 años (3.0% y 3.4% para 1992 y 1993), con un aumento al 6.25% en 1994; por la estrecha vigilancia de

los pacientes a partir de esta fecha, descendió a 2.6% en 1995; a 3.50% en 1996; a 3.42% en 1997; a 2.65% en 1998; y a 1.61% en los primeros cinco meses de 1999. En cuanto a la microbiología de la infección de la herida quirúrgica, tenemos que los gérmenes más frecuentemente encontrados durante estos 9 años fueron: *Staphylococcus coagulasa* (-) y *Escherichia coli* con 29.25%, respectivamente, seguidos de *Enterococcus faecalis* con 17.59%; *Staphylococcus aureus* con 12.61%; *Klebsiella pneumoniae* con 4.78%; y *Pseudomonas aeruginosa* con 4.58%.⁽⁷⁾

En la segunda etapa del programa (segundo semestre de 1999), se logró hacer seguimiento a 2.853 pacientes, (99% de todos los pacientes intervenidos en la institución pertenecientes al programa) abarcando en este seguimiento todo el sitio operatorio y no solamente la herida quirúrgica. La mayoría de los casos corresponden a 2.013 procedimientos con herida quirúrgica limpia (70.56% del total); limpias - contaminadas 745 casos (26.11%); 82 contaminadas (2.87%); y 13 heridas sucias (0.46%) . Del total de las heridas evaluadas en este último semestre del año, se presentaron 59 casos de infección, lo que corresponde a una tasa de infección global del sitio operatorio del 2.06%. Comparando este resultado, con lo obtenido por el CDC durante 10 años de seguimiento (1986 a 1996), encontramos que nuestras tasas son significativamente mejores. ⁽⁷⁾

Las heridas limpias presentaron una tasa de infección del 1.14%, lo que equivale a 23 casos. Las heridas limpias - contaminadas una tasa del 3.22%, que corresponde a 24 pacientes, las contaminadas presentaron una tasa del 10.90%, con 9 heridas infectadas y por último las heridas sucias presentaron una tasa de 23.07%, con 3 casos en 6 meses. ⁽⁷⁾

Tabla 9. Componentes proporción de infección sitio operatorio superficial

| AÑO | VARIABLE | | |
|------|--------------------|--|---------------------------|
| | Cirugía Limpia (%) | Procedimientos Limpios Contaminado (%) | Cirugías Contaminadas (%) |
| 1991 | 2,72 | 1,47 | |
| 1992 | 0,86 | 2,98 | 100,0 |
| 1993 | 2,50 | 4,00 | 60,0 |
| 1994 | 2,90 | 7,15 | 50,0 |
| 1995 | 0,90 | 5,00 | 37,5 |
| 1996 | 1,61 | 3,83 | 15,7 |
| 1997 | 0,94 | 6,90 | 23,3 |
| 1998 | 1,70 | 4,60 | 14,0 |
| 1999 | 0,57 | 2,91 | 12,5 |

Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Fundación Santa Fe de Bogotá, 1989 - 1999.

Los gérmenes más frecuentemente implicados en la infección del sitio operatorio, continúan siendo los mismos que en años anteriores; en primer lugar, la *Escherichia Coli* con 22.35% de incidencia; *Staphylococcus aureus*, 14.11%; *Enterococcus faecalis* con 10.5%, seguido de *Klebsiella pneumoniae* y *Stafhylococcus epidermidis* con 8.23%, respectivamente. En el 43% de las heridas cultivadas se evidenciaron infecciones polimicrobianas y en 2 heridas se aislaron gérmenes inusuales como la *Cándida parapsilosis* y el *Bacilus antracis*.⁽⁷⁾

La tasa de infección en los últimos años ha mejorado significativamente gracias a la estrecha vigilancia instaurada por el comité encargado, el predominio de los procedimientos limpios y limpios contaminados, el establecimiento de puntajes NNIS y el SENIC como predictores del riesgo de infección, y la retroalimentación que éstos permiten al equipo médico, la revisión de técnicas asépticas y quirúrgicas depuradas, el establecimiento de profilaxis antibiótica en dosis y tiempo de administración adecuados y la determinación de los casos especiales, según los factores de riesgo que presenten.⁽⁷⁾

En la ciudad de Cali, en el Hospital Mario Correa Rengifo ESE, se realizó un estudio durante un período de dos años, entre el 1° de diciembre de 2001 y el 30 de noviembre

de 2003, se encontraron 133 pacientes con infección del sitio operatorio, que correspondió a una tasa promedio de 1,84%; 53,4% de los pacientes eran hombres y la edad osciló entre 14 y 85 años. Los procedimientos quirúrgicos más frecuentes fueron colecistectomía abierta (15,8%), apendicectomía (12,8%) y rafia de intestino (9,8%). Entre los factores principales de riesgo descritos se encontraron uso de drenajes (17,4%), estancia previa a la cirugía mayor de 72 horas (14,4%), cirugía previa (14,4%) y edad mayor de 65 años (12,9%).⁽²⁾

Los criterios principales para el diagnóstico de infección del sitio operatorio fueron secreción seropurulenta (75,2%), cultivo positivo (26,3%) y eritema (19,5%). En 123 casos (92,5%) se obtuvo el resultado del cultivo y la bacteria cultivada con mayor frecuencia fue *E. coli* (36%), seguida por *S. aureus* (27%). La tasa de mortalidad fue 3,76%.⁽²⁾

La proporción de infección en sitio operatorio profunda para el tercer nivel de complejidad en Bogotá D.C en el 2007 fue de 6,0 y para sitio operatorio órgano específico de 5,8 y para sitio operatorio superficial 11,2. La infección de sitio operatorio superficial en las unidades de bajo nivel de complejidad fue de 7,7. En las UN que brindan servicios ambulatorios prevalece la Infección de sitio operatorio superficial (73,1%).⁽⁸⁾

Referencias bibliográficas

1. Gustavo A. Quintero, MD, MSc, FACS, FRCS. Infección del sitio operatorio. Servicio de Microbiología Quirúrgica, Departamento de Cirugía. Fundación Santa Fe de Bogotá. Pp. 1070-1075
2. Raúl Iván Molina, Mónica Bejarano, Ofelia García. Infección del sitio operatorio en un hospital nivel II. Hospital Mario Correa Rengifo ESE. Cali 2003
3. Roberto Morán Piñero, Bárbara Haliberto Armenteros, Charles Anderson Crowwel, Adalberto Moreno Antunes, Darlien Rafael Vera Mosqueda. Comportamiento de la infección del sitio operatorio en urgencias. Hospital Provincial Docente "Vladimir Ilich Lenin". Servicio de Cirugía. Holguín. Cuba. Correo Científico Médico de Holguín 2008; 12(3).
4. Wilson CB. Immunologic basis for increased susceptibility of the neonate to infection. *J Pediatr* 1986; 108:1-12
5. 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.
6. 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.
7. Domínguez A.M., Vanegas S. Camacho F, Quintero G, Patiño J.F, Escallón J. Programa de seguimiento de la infección de la herida quirúrgica y el sitio operatorio. Fundación Santa Fe de Bogotá, 1989 - 1999. Disponible en: URL: <http://www.encolombia.com/medicina/cirugia/cirugia16101-programa.htm>
8. Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www.Saludcapital.gov.co

Indicador SG 3.5.1

Tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical

Racional

Se define como infección urinaria intrahospitalaria (IU-IH) a toda infección del tracto urinario no presente en el momento del ingreso al hospital y que se desarrolla después de 48 horas de estancia hospitalaria ⁽¹⁾. En estudios a nivel mundial las IUIH constituyen aproximadamente 40% del total IIH ⁽²⁻⁴⁾, mostrando que el 92% de estas son unimicrobianas y 8% polimicrobianas ^(1,5), siendo los agentes causales más frecuentes *E. coli.*, *Enterococcus sp.* *Klebsiella sp.*, *Pseudomona aeruginosa* y *Proteus sp* ^(5,6). Aumenta la estancia hospitalaria una media de 4 días, con el consiguiente incremento en los costes hospitalarios. ⁽⁷⁾

El cateterismo vesical (CV), que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra con fines diagnósticos y/o terapéuticos, es el factor más influyente para desarrollar una infección urinaria. Aproximadamente el 75% de las infecciones del tracto urinario inciden en pacientes que han requerido sondaje vesical. Se calcula que el 10% de los pacientes ingresados en un hospital son sometidos a CV y de ellos un 10% sufrirán una infección urinaria. A través de la aplicación de una serie de medidas médicas e higiénico-sanitarias es posible disminuir en aproximadamente un 30% las complicaciones infecciosas del cateterismo vesical. ⁽⁷⁾

El riesgo adquirido para una infección urinaria depende del método y duración de cateterización vesical, calidad del cuidado del catéter y susceptibilidad del huésped. Las tasas de infección reportadas varían considerablemente, con rangos de 1 a 5 % después de un simple cateterización. En tanto, es importante resaltar que la incidencia de bacteriuria por día de cateterización es de 3 a 10%. ⁽⁸⁾

En cuanto a la morbilidad, las posibles complicaciones de estas infecciones son el absceso uretral, epididimitis, orquitis, prostatitis, reflujo vésico- uretral, pielonefritis, litiasis renal y neoplasia vesical (en sondajes de muy larga

duración). La mortalidad es baja y está especialmente relacionada con la bacteriemia secundaria, que ocurre del 0,5 al 4% de estos enfermos. ⁽⁷⁾

Descripción

Se obtiene de dividir el número de pacientes con infección urinaria secundaria a catéter vesical entre el número total de días catéter por 1000. ^(9,10)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica Indicador SG 3.5.1

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- El Sistema de Vigilancia de IIH del Distrito Capital para el 2007 señala un 13.9% de casos de infección urinaria sintomática. Durante el 2007, se notificaron un total de 3.275 infecciones asociadas a dispositivos médicos en 375.541 días de catéter, para una tasa global de infección urinaria asociada a catéter vesical (29 %). La tasa de infección urinaria asociada

a catéter vesical en todas las UCIs de tercer nivel de complejidad en 8,1 casos por 1000 días catéter. La tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical en todas las UCIs de segundo nivel de complejidad en 7,5 casos por 1000 días de catéter. En el país el promedio de estancia atribuido a infección urinaria es de 1 a 4 días.⁽¹¹⁾

Tabla 10. Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN* de tercer nivel de complejidad, Bogotá 2007

| Tipo UCI | Número UCI (%)** | Nº. IUCV*** | Días Catéter vesical | Tasa IUCV | Percentiles | | |
|------------|------------------|-------------|----------------------|-----------|-------------|-----|-----|
| | | | | | 2,5 | 50 | 75 |
| Adulto | 39 (97,5) | 869 | 100.075 | 8,7 | 2,5 | 4,4 | 8,3 |
| Pediátrica | 21 (95,4) | 55 | 10.311 | 5,3 | 0 | 3,4 | 9,5 |
| Coronaria | 7 (100) | 28 | 6.067 | 4,6 | 1,4 | 5 | 8,6 |

Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalaria. 2007

Nota: * UN: Unidades notificadoras

** Porcentaje de UCIs que notificaron este indicador

***Infección Urinaria asociada a catéter vesical

La tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical en todas las UCIs de segundo nivel de complejidad se encuentra distribuida así:

Tabla 11. Distribución promedio y por percentiles de la tasa de infección urinaria asociada a catéter vesical, por 1000 días de catéter, en las UCIs de las UN de segundo nivel de complejidad, Bogotá 2007

| Tipo UCI | Número UCI (%) | Nº. IUCV | Días Catéter central | Tasa IUCV | Percentiles | | |
|------------------|----------------|----------|----------------------|-----------|-------------|----|-----|
| | | | | | 25 | 50 | 75 |
| Medicina Interna | 5 (33%) | 21 | 2797 | 7,5 | 0 | 0 | 2,9 |

Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia epidemiológica de Infecciones Intrahospitalaria. 2007

Referencias bibliográficas

- Bouza E, San Juan R, Munoz P, Voss A, Kluytmans J; Cooperative Group of the European Study Group on Nosocomial Infections. European perspective on nosocomial urinary tract infections II. Clin Microbiol Infect 2001; 7 (10):532-42.
- Gastmeier P, Kampf G, Wischniewski N, et al. Prevalence of nosocomial infections in representative German hospitals. J Hosp Infect 1998; 38(1):37-49.
- Emori TG, Banerjee SN, Culver DH, et al. Nosocomial infections in elderly patients in the United States. Am J Med 1991; 91(3B):289S-293S.
- Wagenlehner FM, Naber KG. Hospital-acquired urinary tract infections. J Hosp Infect 2000; 46(3):171-81.
- Leblebicioglu H, Esen S; Turkish Nosocomial Urinary Tract Infection Study Group. Hospital-acquired urinary tract infections in Turkey: a nationwide multicenter point prevalence study. J Hosp Infect 2003; 53(3):207-10.
- Amer FA, Mohtady HA, el-Behedy IM, et al. Bacteria of nosocomial urinary tract infections at a University Hospital in Egypt: identification and associated risk factors. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25(11):895-7.
- S. Martínez Gorostiaga, T. Urío, L. Garrón, J. Sáinz de Murieta, J. Uriz, B. Bermejo. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales Sis San Navarra 2000, 23 (Supl. 2): 123-128.
- Guías para la prevención de infecciones de asociadas a catéter vesical. Dirección regional de salud del cusco. Dirección de epidemiología - Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Cusco-Perú: Enero de 2006
- Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: Agency for Healthcare and Research Quality.
- 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
- Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www. Saludcapital.gov.co
- Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Moreno CA, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arian OA, Abouqal R, Leblebicioglu H; International Nosocomial Infection Control Consortium. evice-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Ann Intern Med. 2006 Oct 17; 145(8):582-91.

Referenciación internacional

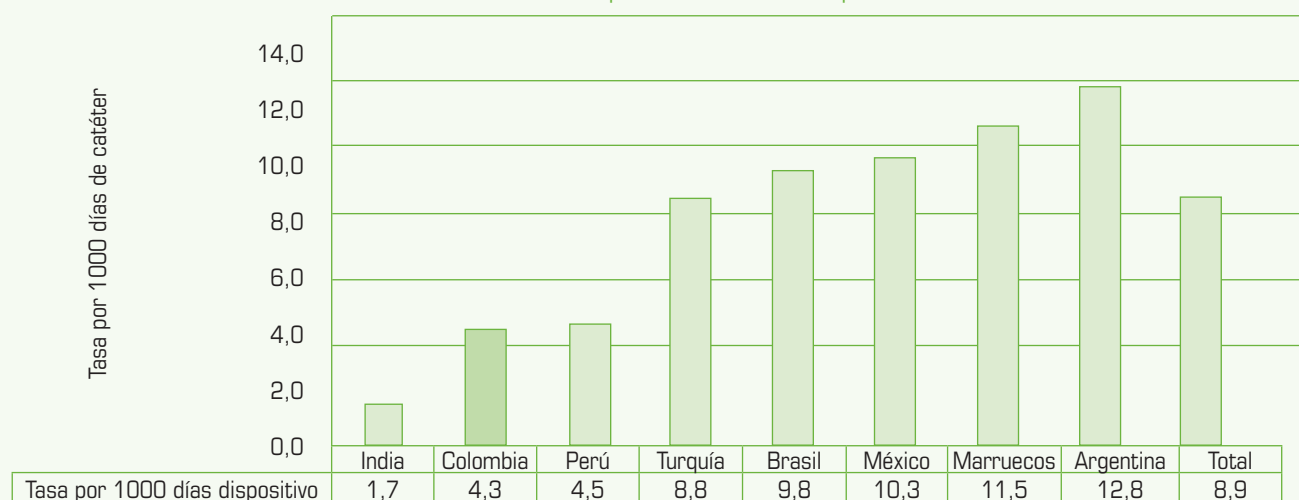
Las tasas de infección asociada al catéter del tracto urinario osciló de 1,7 a 12,8 por 1000 días catéter, la tasa en general fue de 8,9 por 1000 días catéter (Ver tabla). Las Enterobacteriaceae estaban implicados en el 44% de las infecciones de las vías urinarias asociadas a catéter (43% de los cuales fueron resistentes a la ceftriaxona), *Candida spp.* En el 30%, *P. aeruginosa* en el 13% de de los casos (64% de los cuales fueron resistentes a las fluoroquinolonas), y *Acinetobacter* en el 4%. La tasa bruta de mortalidad por infecciones del tracto urinario asociadas a catéter fue del 38,4%, con una tasa bruta de mortalidad global superior a 21,3%.⁽¹²⁾

Tabla 12. Infección del tracto urinario asociada a catéter datos según INICC

| VARIABLE | PAÍS | | | | | | | | TOTAL |
|--|-----------|--------|----------|-------|--------|-----------|------|---------|-------|
| | Argentina | Brasil | Colombia | India | México | Marruecos | Perú | Turquía | |
| Infección del tracto urinario asociada a catéter (n) | 398 | 84 | 54 | 15 | 70 | 22 | 24 | 221 | 888 |
| Tasa por 100 pacientes | 4,5 | 8,2 | 2,5 | 0,4 | 4,6 | 5,4 | 1,8 | 9,6 | 4,2 |
| Tasa por 1000 días catéter urinario | 12,8 | 9,8 | 4,3 | 1,7 | 10,3 | 11,5 | 4,5 | 8,8 | 8,9 |
| Proporción de casos (%) | | | | | | | | | |
| <i>Enterobacteriaceae</i> | 52 | 32 | 56 | 25 | 41 | 55 | 50 | 22 | 42 |
| <i>Pseudomona aeruginosa</i> | 10 | 19 | 15 | 53 | 11 | 19 | 4 | 13 | 13 |
| <i>Acinetobacter spp.</i> | 4 | 1 | 2 | 0 | 2 | 14 | 4 | 6 | 4 |
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 4 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 0 | 5 | 4 |
| <i>Enterococcus</i> | 8 | 4 | 6 | 0 | 5 | 0 | 9 | 4 | 6 |
| <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> | 3 | 1 | 4 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Candida spp</i> | 19 | 40 | 15 | 13 | 37 | 5 | 26 | 51 | 30 |
| % resistencia antimicrobiana | | | | | | | | | |
| MRSA | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 68 |
| Ceftriaxone - <i>Enterobacteriaceae</i> | 35 | 96 | 56 | 73 | 42 | 57 | 27 | 44 | 43 |
| Fluoroquinolona - <i>P. aeruginosa</i> | 66 | 80 | 57 | 0 | 100 | 0 | 100 | 49 | 64 |
| Vancomycina - <i>Enterococcus</i> | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5 |

Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145:8⁽¹⁰⁾

Gráfico 85. Infección Urinaria asociada a catéter comparativo internacional países miembros de INICC. 2002-2005



Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145:8⁽¹⁰⁾

Indicador SG 3.6.1

Proporción de endometritis

Racional

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 ⁽¹⁾, entre sus complicaciones más graves están bacteriemia secundaria, shock séptico y muerte ⁽²⁾ y, con frecuencia se requiere la histerectomía como parte de su manejo.

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 puérperas durante un período de investigación de 2 meses. En otro estudio realizado en Estados Unidos, el 17% de las mujeres desarrolló endometritis luego de la cesárea. ⁽³⁾

Por lo general, la endometritis es una infección polimicrobiana que se asocia a la flora mixta aerobia y anaerobia. En el 10 al 20% de los casos puede existir bacteriemia. A menos que se obtenga una muestra del tracto genital superior sin contaminación vaginal o que los hemocultivos sean positivos, rara vez es posible obtener una confirmación de laboratorio sobre la etiología microbiológica de esta enfermedad. ⁽⁴⁾

Entre las complicaciones de la endometritis se incluye la extensión de la infección que afecta la cavidad peritoneal con peritonitis, absceso intraabdominal o sepsis. Una no muy frecuente, en cambio, es la tromboflebitis séptica pélvica, que puede asociarse a embolia pulmonar séptica. ⁽⁴⁾

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. ⁽⁵⁾

Descripción

Se obtiene de la relación entre el número de endometritis y el total de partos (vaginal o cesárea) por 100.

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 ⁽⁶⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica Indicador SG 3.6.1

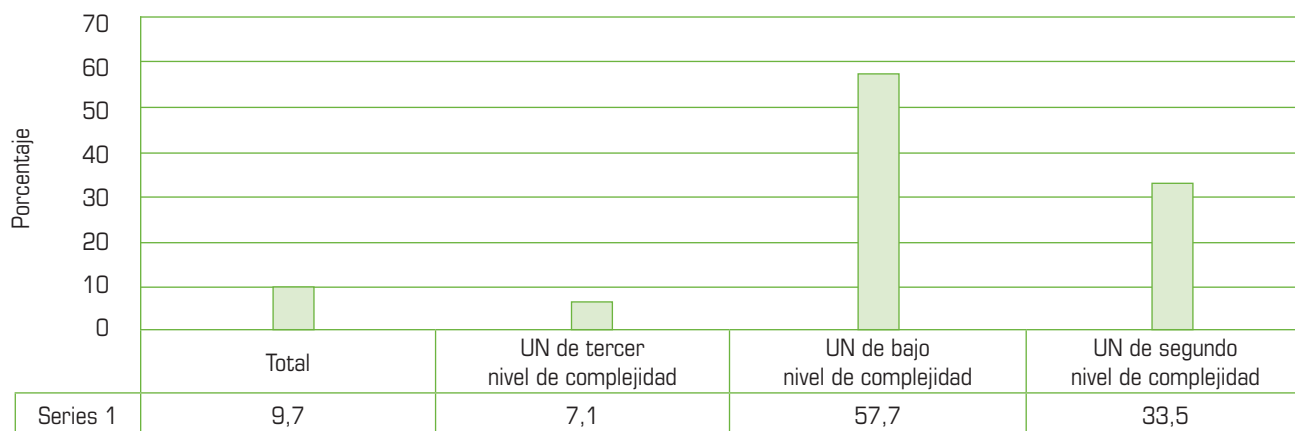
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

El Sistema de Vigilancia de IIH del Distrito Capital para el 2007 señala un 9,7% de casos de endometritis. En el tercer nivel de complejidad un 7,1% casos de endometritis. En las UN de segundo nivel de complejidad con servicios

hospitalarios 33,5% de casos. En las UN de primer nivel de complejidad, los diagnósticos de mayor frecuencia corresponden a la endometritis, con un 57,7% de casos.⁽⁷⁾

Gráfico 86. Proporción de endometritis, Bogotá D.C 2007



Fuente: SDS, Sistema de vigilancia Epidemiológica de infecciones Intrahospitalarias. 2007

Referencias bibliográficas

- Gibbs RS, Rodgers PJ, Castaneda YS, Ramzy I. Endometritis following vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 1980 Nov; 56(5):555-8.
- Hemsell DL. Prophylactic antibiotics in gynecologic and obstetric surgery. *Rev Infect Dis.* 1991 Sep-Oct;13 Suppl10:S821-41.
- 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.
- French LM, Smaill FM Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 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
- Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse.
- Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www.Saludcapital.gov.co

Indicador SG 3.9.1

Índice global de infección intrahospitalaria (I.I.H)

Racional

Bajo la denominación de infecciones intrahospitalarias (IIH) o nosocomiales (actualmente denominadas infecciones asociadas al cuidado de la salud) se agrupa un conjunto heterogéneo de enfermedades infecciosas cuyo denominador común es el haber sido adquiridas en un hospital o en una institución sanitaria. No se deben contabilizar como nosocomiales aquellas infecciones que se estaban incubando en el momento del ingreso y sí, en cambio, las que se manifiestan al alta del paciente, si el contagio se produjo durante el período de hospitalización.⁽¹⁾

Las infecciones nosocomiales son un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social, además de constituir un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención en las unidades donde se llegan a presentar. Son de importancia clínica y epidemiológica debido a que condicionan altas tasas de morbilidad y mortalidad, e inciden en los años de vida potencialmente perdidos de la población que afectan, a lo cual se suma el incremento en los días de hospitalización y los costos de atención.⁽²⁾

Dado que las infecciones nosocomiales son complicaciones en las que se conjugan diversos factores de riesgo que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control, las instituciones de salud deben establecer mecanismos eficientes de intervención que permitan la aplicación de medidas preventivas y correctivas encaminadas a la disminución de los factores de riesgo que inciden en la distribución y la frecuencia de dichas infecciones.⁽²⁾

Ante ello, se reconoce la necesidad de una mayor participación de los profesionales de las áreas clínica, epidemiológica, de enfermería, laboratorio y de otras especialidades, lo que permitiría, desde una perspectiva multidisciplinaria y de amplio consenso, el estudio integral de las infecciones nosocomiales y su situación actual; ello necesariamente incluye la búsqueda y la aplicación de nuevas metodologías y procedimientos operativos que permitan librar con éxito la lucha contra estos padecimientos. En este contexto, la vigilancia epidemiológica y la difusión de sus resultados de información, se inscriben también dentro de estos propósitos, al permitir la aplicación de normas, procedimientos y criterios de trabajo operativo para la identificación temprana y el estudio de las infecciones nosocomiales, así como de otras enfermedades de interés hospitalario. La vigilancia epidemiológica es un instrumento de apoyo que garantiza el buen funcionamiento de los servicios y coadyuva en la

calidad de la atención médica que se otorga a usuarios de todo tipo de servicios.⁽²⁾

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son las de heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores. En estudios de la OMS y en otros se ha demostrado también que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos y ortopédicos de atención de enfermedades agudas. Las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes con mayor vulnerabilidad por causa de edad avanzada, enfermedad subyacente o quimioterapia.⁽³⁾

Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción.⁽⁴⁾ Los costos económicos son enormes.^(5,6) Una estancia prolongada de los pacientes infectados es el mayor factor contribuyente al costo. Un estudio mostró que el aumento general del período de hospitalización de los pacientes con infecciones de heridas quirúrgicas fue de 8,2 días y osciló entre 3 días en casos de una intervención quirúrgica ginecológica 9,9, una general y 19,8, una ortopédica.⁽⁷⁾

Una estancia prolongada aumenta no solo los costos directos para los pacientes o los pagadores, sino también los indirectos por causa del trabajo perdido. El mayor uso de medicamentos, la necesidad de aislamiento y el uso de más estudios de laboratorio y otros con fines de diagnóstico también elevan los costos. Las infecciones nosocomiales agravan el desequilibrio existente entre la asignación de recursos para atención primaria y secundaria al desviar escasos fondos hacia el tratamiento de afecciones potencialmente prevenibles.⁽³⁾

Las IIH son un indicador que mide la calidad de los servicios prestados. Actualmente la eficiencia de un hospital no solo se mide por los índices de mortalidad y aprovechamiento del recurso cama, sino también se toma en cuenta el índice de infecciones hospitalarias. No se considera eficiente un hospital que tiene una alta incidencia de infecciones adquiridas durante la estancia de los pacientes en él.⁽⁸⁾

Las infecciones intrahospitalarias constituyen uno de los principales problemas de los hospitales porque deterioran

la salud de pacientes ingresados y en muchos casos son responsables de una morbilidad incrementada, prolonga la permanencia en el hospital aumentan los costos directos. Se ha agravado el problema en relación directa con los progresos de la medicina moderna; mayor porcentaje de pacientes inmunosuprimidos, mayor frecuencia de manipulaciones y procedimientos agresivos, amplio consumo de antimicrobianos potentes y de amplio espectro, aislamiento progresivo de bacterias multirresistentes y la detección frecuente de brotes epidémicos.⁽⁹⁾

El control y manejo de éstas constituye un desafío para las instituciones de salud y el personal médico responsable de su atención; son complicaciones en las cuales se conjugan diversos factores de riesgo, en su mayoría susceptibles de prevención y control, es necesario tener presente que el riesgo de enfermar, e incluso de morir, por una infección que no era el motivo de ingreso al hospital, está estrechamente vinculado a la calidad de la atención en la institución, comprometiendo la calidad de vida de los pacientes, los trabajadores y la comunidad en general.^(10,11)

Para un control eficiente y eficaz de un programa de control de infecciones intrahospitalarias, se hace necesario no solo el compromiso de los trabajadores de la salud si no que, es indispensable y prioritario definir y comprometer política y administrativamente las directivas de cada institución en cualquier programa que se diseñe e implante; debe considerarse la participación activa de los aseguradores, prestadores, en la ejecución y cumplimiento de las directrices establecidas en ésta política.⁽¹²⁾

Descripción.

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.⁽¹³⁾

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.⁽¹³⁾

Se define como el número de infecciones intrahospitalarias respecto al número de pacientes que egresaron de hospitalización por 100.^(13,14)

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica indicador SG 3.9.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Cuadro de resumen por departamento del periodo 2006-II – 2009-I

Disponibles en microsítio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Conforme a la Resolución 1446 de 8 de mayo de 2006 se da el reporte del indicador a continuación se pueden ver los resultados hasta la fecha:

- Tendencia estable en el comportamiento del indicador
- Reporte de una tasa mayor por parte de las instituciones acreditadas en comparación con las instituciones no acreditadas
- Comportamiento similar entre instituciones públicas y privadas, excepto el segundo semestre de 2006.

En Colombia, no existen muchos datos que muestren la situación de la IHH. Bogotá cuenta con un Comité de Infecciones Intrahospitalarias Distrital, donde participan 60 instituciones de salud ubicadas en las 20 Localidades,

en él se realiza la revisión de las temáticas de interés para la vigilancia, control y prevención de las infecciones intrahospitalarias y la gestión de los Comités de infecciones en el Distrito Capital. A continuación se muestran los resultados de tal gestión: ⁽¹⁵⁾

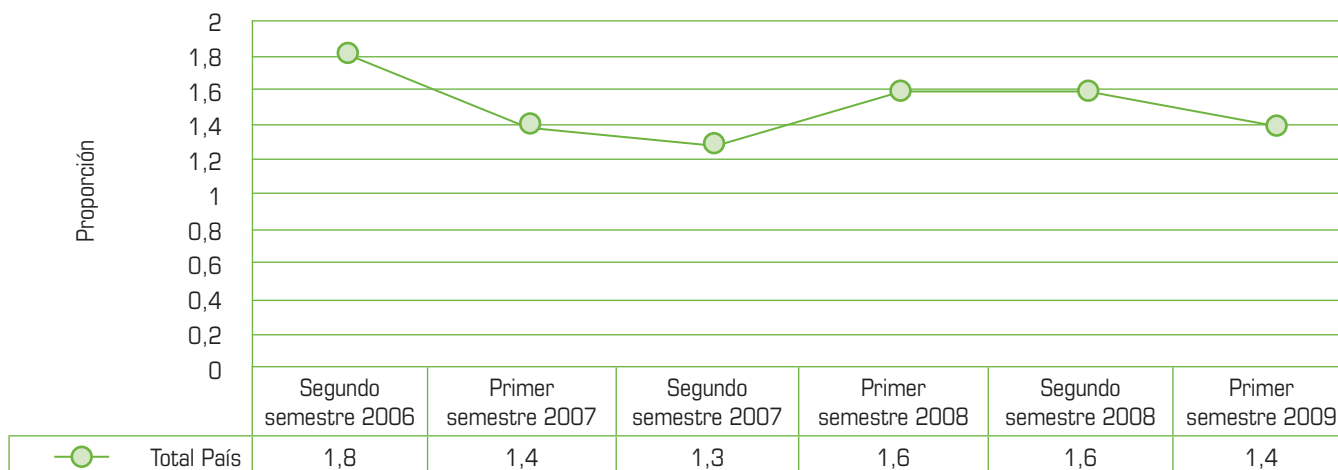
La elaboración de una serie de tiempo para el índice global de infección intrahospitalaria, ha permitido determinar el comportamiento histórico de este indicador en un período reciente del tiempo (2002 al 2006). Este análisis es indispensable para establecer su estándar en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Distrito Capital, de manera global y por nivel de complejidad. El promedio histórico del índice global evidencia un comportamiento estable entre el período analizado, con un promedio entre 2,3 a 2,5 casos por 100 egresos. ⁽¹⁵⁾

Tabla 13. Índice global de Infección Intrahospitalaria 2006II – 2009I

| | segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total país | 1.8 | 1.4 | 1.3 | 1.6 | 1.6 | 1.4 |
| Acreditadas | 3.4 | 2.3 | 3.2 | 2.8 | 3.2 | 3.2 |
| No acreditadas | 1.8 | 1.4 | 1.3 | 1.6 | 1.6 | 1.4 |
| Públicas | 2.1 | 1.5 | 1.3 | 1.7 | 1.5 | 1.3 |
| Privadas | 1.4 | 1.3 | 1.4 | 1.5 | 1.6 | 1.5 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 87. Tendencia del Indicador Índice Global de Infección Intrahospitalaria. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

El índice observado durante el año 2007 (1,8 a 2 casos por 100 egresos) es inferior al promedio histórico, manteniéndose estable y dentro de la zona de seguridad del corredor endémico. Pese a que el histórico no ha mostrado una tendencia al descenso, el comportamiento del índice del 2007 puede indicar un descenso reciente, el cual debe verificarse prospectivamente monitoreando la serie de tiempo. Aparentemente el índice de infección intrahospitalaria del año 2007 sugiere una situación segura. Sin embargo, puede indicar debilidades en la búsqueda activa de los casos de IIH en un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de reciente implementación.⁽¹⁵⁾

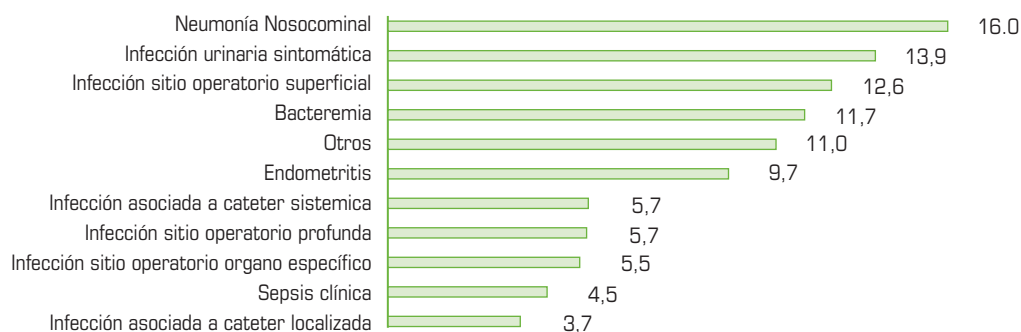
Los casos de IIH notificados durante el 2007 se clasificaron según los primeros tres diagnósticos como neumonía nosocomial seguida de la infección urinaria sintomática e infección del sitio operatorio superficial (Ver Gráfico).

- Estas infecciones se presentaron en mayor proporción (78.3%), en los servicios donde se atienden adultos. De estos prevalecieron los casos en cirugía general (19,5%), Unidad de cuidado intensivo (16,5%), obstetricia (14,1%) y Medicina Interna (13,1 %) principalmente. La proporción de casos de IIH que se presentaron en el servicio de pediatría correspondió a 21,7 % y de estos específicamente

a la Unidad de cuidado intensivo neonatal (37,1%), hospitalización de Pediatría (26,2 %) y Unidad de cuidado intensivo pediátrico (13,6 %).⁽¹⁵⁾

- En los servicios de adultos, se encontró que al 30,1 % de los casos de IIH no se les tomó cultivo para identificar el microorganismo causal. De los casos en los que se les tomó cultivo, los microorganismos aislados en mayor frecuencia correspondieron a la *Escherichia coli* (12 %) el *Staphylococcus aureus* (9,7 %) y la *Klebsiella Pneumoniae* (7,1 %). Por su parte, en los servicios de Pediatría no se realizó toma de cultivos a 23,1 % de los casos y de los que se logró aislar se identificó al *Staphylococcus epidermidis* (10,9 %), *Klebsiella Pneumoniae* (9,2 %) y *Staphylococcus aureus* (6,8 %) como principales microorganismos causales.⁽¹⁵⁾
- Por otra parte, para estimar el tiempo promedio de estancia hospitalaria atribuida a IIH, se eliminaron del análisis 25 unidades Notificadoras, ya que no estructuraron este indicador de acuerdo a los criterios establecidos por la Secretaría Distrital de Salud (SDS). De esta forma quedaron 11.373 casos de IIH con 124.104 días de estancia hospitalaria atribuida a IIH. Esto significa que cada caso de IIH prolongó en promedio 10.9 días la estancia hospitalaria.⁽²⁰⁾

Gráfico 88. IIH según diagnósticos, Bogotá D.C 2007



Fuente: SDS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalaria. 2007

Referencias bibliográficas

1. Nosocomial Infection Surveillance, 1984. MMWR CDC Surveill Summ 1986; 35 (No. 1ss): 17ss.
2. Tapia Conyer, Roberto. Infecciones nosocomiales. Salud pública Méx. 1999, vol.41, suppl.1, pp. S3-S4. ISSN 0036-3634.
3. Ducl G et al. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2a edición. Organización Mundial de la Salud. 2003
4. Ponce-de-Leon S. The needs of developing countries and the resources required. J Hosp Infect, 1991, 18 (Supplement):376–381.
5. Plowman R et al. The socio-economic burden of hospital-acquired infection. London, Public Health Laboratory Service and the London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.
6. Wenzel RP. The economics of nosocomial infections. J Hosp Infect 1995, 31:79–87.
7. Coella R et al. The cost of infection in surgical patients: a case study. J Hosp Infect, 1993, 25:239–250.
8. Nodarse Hernández, Rafael. Visión actualizada de las infecciones intrahospitalarias. Rev Cub Med Mil [online]. 2002, vol.31, N°3, pp. 201-208. ISSN 0138-6557.
9. Ríos Campos, Rosana. Comportamiento de las Infecciones Nosocomiales en el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Fernando Vélez Páiz. Managua. Enero 2000 a Diciembre 2003. Universidad nacional autónoma de Nicaragua - trabajo monográfico para optar a título de especialista en ginecología y obstetricia. Managua, febrero 2004
10. Rodríguez Heredia, Odalys; Iglesias, Nelda Julia; Tejeda Fuentes, Alina y Rodríguez Heredia, Ovidia. Intervención educativa sobre infección intrahospitalaria. AMC [online]. 2010, vol.14, n.2, pp. 0-0. ISSN 1025-0255.
11. Wilson CB. Immunologic basis for increased susceptibility of the neonate to infection. J Pediatr 1986; 108:1-1
12. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.- Dirección de Salud Pública. Política de prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias (IIH) para Bogotá, D. C. Primera edición. Bogotá, abril de 2007. ISBN 978-958-8313-08-5
13. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Pp.30-31
14. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección de salud pública. Protocolos de vigilancia en salud pública. Vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias.
15. Secretaría Distrital de Salud. Área de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Epidemiológico Distrital de infecciones Intrahospitalarias. 2007. Bogotá D.C. Junio de 2008. www.Saludcapital.gov.co
16. Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. Chemioterapia, 1987, 3:148–151.
17. Mayon-White RT et al. An international survey of the prevalence of hospital-acquired infection. J Hosp Infect, 1988, 11 (Supplement A):43–48.
18. Rosenthal VD, Maki DG, Salomao R, Moreno CA, Mehta Y, Higuera F, Cuellar LE, Arian OA, Abouqal R, Leblebicioglu H; International Nosocomial Infection Control Consortium. Device-associated nosocomial infections in 55 intensive care units of 8 developing countries. Ann Intern Med. 2006 Oct 17; 145(8):582-91.
19. Alvarez C. Device-associated Infection Rate and Mortality in Intensive Care Units of 9 Columbian Hospital: Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium. Proof infection control and hospital Epidemiology April, 2006 vol 7 No 4.
20. Rosenthal VD, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary for 2002-2007, issued January 2008.

Referenciación internacional

En las UCIs de las UN de tercer nivel de complejidad del SVEIHH durante el 2007, se notificaron un total de 3.275 infecciones asociadas a dispositivos médicos en 375.541 días de catéter, para una tasa global de infección asociada al uso de catéter de 8,7 casos por 1000 días catéter. ⁽¹⁹⁾ Esta tasa es inferior a la reportada en el estudio adelantado en UCIs de 10 hospitales de Colombia en donde se reportó una tasa total de infecciones asociadas a dispositivos de 19.5 casos por 1000 días catéter. Estas diferencias probablemente se deban a que en el reporte de la SDS hay una mayor diversidad (85,1%) de UCIs que son de la red privada, comparada con un 44 % en el estudio de las 10 UCIs en Colombia. Pese a estos hallazgos, los datos entre estos dos reportes son coherentes en el sentido que fue más frecuente la infección hematógena asociada a catéter venoso central (38,6 % vs 48,4 %) seguida de la neumonía asociada a ventilador (32,2 % vs 32,7%) y finalmente la infección urinaria asociada a catéter vesical (29 % vs 19,0). ⁽¹⁵⁾

Las infecciones nosocomiales ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados. Son una pesada carga para el paciente y para el sistema de salud pública. Una encuesta de prevalencia realizada bajo los auspicios de la OMS en 55 hospitales de 14 países representativos de 4 Regiones de la OMS (a saber, Europa, el Mediterráneo Oriental, el Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental) mostró que un promedio de 8,7% de los pacientes hospitalizados presentaba infecciones nosocomiales. En un momento dado, más de 1,4 millones de personas alrededor del mundo sufren complicaciones por infecciones contraídas en el hospital. ⁽¹⁶⁾ La máxima frecuencia de infecciones nosocomiales fue notificada por hospitales de las Regiones del Mediterráneo Oriental y de Asia Sudoriental (11,8 y 10,0%, respectivamente), con una prevalencia de 7,7 y de 9,0%, respectivamente, en las Regiones de Europa y del Pacífico Occidental. ⁽¹⁷⁾

Durante 2002-2005, 21.069 pacientes fueron hospitalizados en la UCI para un total de 137740 días donde se adquirió 3095 infecciones para una tasa global del 14,7% o 22,5 infecciones por 1000 días en la UCI. La neumonía asociada al ventilador plantea el mayor riesgo (41% de todas las infecciones asociadas a dispositivos o el 24,1 de los casos [rango, 10,0 a 52,7 casos] por 1000 días con ventilador, seguida por infecciones sanguíneas relacionadas con el CVC (30% de todas las infecciones asociadas a dispositivos o 12,5 casos [rango, 7,8 a 18,5 casos] por 1000 días catéter y infecciones del tracto urinario asociada a catéter (29% de todas las infecciones asociadas a dispositivos o el 8,9 de los casos [rango, 1,7 a 12,8 casos] por 1000 días de catéter. En particular, el 84% de las infecciones fueron causadas por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistentes, el 51% cepas de enterobacterias fueron resistentes a la ceftriaxona, y de 59% de *Pseudomona aeruginosa* aisladas fueron resistentes a las fluoroquinolonas. La tasa bruta de mortalidad para los pacientes con infecciones asociadas a dispositivo osciló entre 35,2% (ITS-CVC) al 44,9% (neumonía asociada a ventilador). Los datos del estudio se recogieron entre 2002 y 2005 en 55 UCI en 46 hospitales de 8 países en desarrollo: Argentina, Brasil, Colombia, La India, Marruecos, México, Perú y Turquía. ⁽¹⁸⁾

Referenciación internacional

Tabla 14. Comparativo Infecciones Nosocomiales países miembros de INICC 2002-2005

| Características de Control de Infecciones Nosocomiales en Hospitales del Consorcio y de Unidades de Cuidados Intensivos (INICC) | | | | | | | | |
|---|---|----------------|-------------|------------|--------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| País | Muestra | Total días UCI | Media ASIS* | Tipo de IN | IN (n) | Tasa por 100 pacientes | Tasa por 1000 días dispositivo | Días de dispositivo |
| Argentina | 11 UCIs de nueve hospitales 8867 Pacientes | 49109 | 2,7 | ITS-CVC | 119 | 1,3 | 10,7 | 11076 |
| | | | | NAV | 284 | 3,2 | 30,1 | 9442 |
| | | | | ITU-AC | 398 | 4,5 | 12,8 | 31079 |
| Brasil | 7 UCIs de cinco hospitales 1029 Pacientes | 9971 | 3,44 | ITS-CVC | 86 | 8,4 | 9,2 | 9342 |
| | | | | NAV | 135 | 13,1 | 21,2 | 6376 |
| | | | | ITU-AC | 84 | 8,2 | 9,8 | 8559 |
| Colombia | 10 UCIs de nueve hospitales 2172 pacientes | 14603 | 2,67 | ITS-CVC | 126 | 5,8 | 11,3 | 11110 |
| | | | | NAV | 86 | 4,0 | 10,0 | 8593 |
| | | | | ITU-AC | 54 | 2,5 | 4,3 | 12433 |
| India | 6 UCIs de Cuatro hospitales 3413 pacientes | 18034 | 2,58 | ITS-CVC | 109 | 3,2 | 8,8 | 12407 |
| | | | | NAV | 67 | 2,0 | 19,7 | 3754 |
| | | | | ITU-AC | 15 | 0,4 | 1,7 | 6827 |
| México | 5 UCIs de cuatro hospitales 1514 pacientes | 9579 | 3,5 | ITS-CVC | 151 | 10,0 | 16,3 | 9259 |
| | | | | NAV | 73 | 4,8 | 19,4 | 3754 |
| | | | | ITU-AC | 70 | 4,6 | 10,3 | 6827 |
| Marruecos | 1 UCIs de un hospital 410 pacientes | 2729 | 3,7 | ITS-CVC | 11 | 2,7 | 18,5 | 593 |
| | | | | NAV | 44 | 10,7 | 52,7 | 835 |
| | | | | ITU-AC | 22 | 5,4 | 11,5 | 1910 |
| Perú | 4 UCIs de cuatro hospitales 1359 pacientes | 6756 | 2,67 | ITS-CVC | 35 | 2,6 | 7,8 | 4477 |
| | | | | NAV | 98 | 7,2 | 29,1 | 3364 |
| | | | | ITU-AC | 24 | 1,8 | 4,5 | 5376 |
| Turquía | 11 UCIs diez hospitales 2305 pacientes | 26959 | 3,51 | ITS-CVC | 293 | 12,7 | 17,9 | 16377 |
| | | | | NAV | 490 | 21,3 | 28,5 | 17222 |
| | | | | ITU-AC | 221 | 9,6 | 8,8 | 25235 |

Fuente: Rosenthal VD, Maki DG, et al, Annals of Internal Medicine 2006; 145:8⁽²⁰⁾

Nota: ITS-CVC: Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a dispositivos intravasculares o catéter central venoso.

NAV: Neumonía asociada a ventilador.

ITU-AC: Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter.

ASIS: average severity of illness score

La INICC realizó otro estudio en el cual los países miembros del consorcio reportaban las tasas de incidencia de las infecciones nosocomiales detectadas en las UCIs participantes y la duración extra de estancia hospitalaria. A continuación se reportan los resultados:

Tabla 15. Comparativo Tasas de Infecciones nosocomiales y duración de la estancia hospitalaria en países miembros de INICC

| Tasas de IN y duración de la estancia hospitalaria | | | | | | | | | | | |
|--|---|------------------------------------|----------------|-------------------------------|------------|--------|--------------|---------------------|--------------------------------------|------|------|
| PAÍS | MUESTRA | PERIODO | DIAS CAMA (DC) | Tasa global de IN por 1000 DC | Tipo de IN | IN (n) | Proporción % | Días de dispositivo | Tasa de IN por 1000 días dispositivo | ALOS | ELOS |
| India | 4 UCIs de tres hospitales 1411 pacientes | Julio 2004-Marzo 2005 | 7964 | 11,2 | ITS-CVC | 43 | 48,3 | 5308 | 8,1 | 7,2 | 2,0 |
| | | | | | NAV | 34 | 38,2 | 1374 | 24,7 | 10,7 | 5,4 |
| | | | | | ITU-AC | 12 | 13,5 | 3581 | 3,4 | 9,6 | 4,2 |
| Turquía | 10 UCIs de nueve hospitales 1698 pacientes | Agosto de 2003 a Marzo de 2005 | 20047 | 48,4 | ITS-CVC | 293 | 30,2 | 11936 | 24,5 | 15,9 | 9,5 |
| | | | | | NAV | 465 | 47,9 | 12728 | 36,5 | 14,7 | 8,3 |
| | | | | | ITU-AC | 213 | 21,9 | 19223 | 11,1 | 15,1 | 8,7 |
| Perú | 3 UCIs de tres hospitales 883 pacientes | Octubre de 2003 a Enero de 2005 | 3918 | 25,3 | ITS-CVC | 21 | 21,2 | 2678 | 7,8 | 13,8 | 10,4 |
| | | | | | NAV | 59 | 59,6 | 1771 | 33,3 | 14,4 | 11,0 |
| | | | | | ITU-AC | 19 | 19,2 | 3066 | 6,2 | 10,1 | 6,7 |
| Colombia | 10 UCIs de nueve hospitales 1906 pacientes | Mayo de 2003 a Marzo de 2005 | 12725 | 19,5 | ITS-CVC | 120 | 48,4 | 9840 | 12,2 | 16,9 | 11,5 |
| | | | | | NAV | 84 | 32,7 | 7687 | 10,5 | 13,8 | 8,4 |
| | | | | | ITU-AC | 47 | 19,0 | 11009 | 4,3 | 19,4 | 14,0 |
| México | 4 UCIs de cuatro hospitales 1171 pacientes | Junio de 2002 a Marzo de 2005 | 7303 | 38,5 | ITS-CVC | 155 | 55,2 | 7029 | 22,1 | 11,4 | 7,1 |
| | | | | | NAV | 59 | 21,0 | 2799 | 21,1 | 15,0 | 10,7 |
| | | | | | ITU-AC | 67 | 23,8 | 4750 | 14,1 | 10,2 | 5,9 |
| Brasil | 5 UCIs de tres hospitales 1404 Pacientes | Abril de 2003 a Marzo de 2005 | 13628 | 36,4 | ITS-CVC | 115 | 23,2 | 12501 | 9,2 | 13,6 | 7,8 |
| | | | | | NAV | 244 | 49,2 | 8396 | 29,1 | 14,9 | 9,1 |
| | | | | | ITU-AC | 137 | 27,6 | 11180 | 12,3 | 14,6 | 8,9 |
| Argentina | 14 UCIs de nueve hospitales 13735 Pacientes | Septiembre de 1998 a Marzo de 2005 | 77736 | 17,9 | ITS-CVC | 285 | 20,5 | 18151 | 15,7 | 13,9 | 9,3 |
| | | | | | NAV | 490 | 35,2 | 12794 | 37,8 | 13,3 | 8,7 |
| | | | | | ITU-AC | 618 | 44,4 | 43200 | 14,3 | 12,5 | 7,9 |
| Italia | Tres UCIs de un hospital 273 Pacientes | Noviembre de 2003 a marzo de 2005 | 1151 | 23,45 | ITS-CVC | 11 | 40,7 | 1512 | 7,3 | 18,8 | 16,0 |
| | | | | | NAV | 11 | 40,7 | 673 | 16,3 | 16,7 | 14,0 |
| | | | | | ITU-AC | 5 | 18,5 | 1107 | 4,5 | 14,0 | 11,3 |

Fuente: WWW. INICC.ORG

Nota: ITS-CVC: Infecciones del torrente sanguíneo asociadas a dispositivos intravasculares o catéter central venoso.

NAV: Neumonía asociada a ventilador.

ITU-AC: Infecciones del tracto urinario asociadas a catéter.

ALOS: Promedio de duración de la estancia de los pacientes con o sin IN.

ELOS: Duración extra de la estancia hospitalaria en las UCIs.

D.C: Días Cama

Indicador SG 13.1.1

Proporción de vigilancia de eventos adversos

Racional

Los eventos adversos también denominados por algunos autores como eventos reportables⁽¹⁾ cobra importancia en el tema de gestión de la calidad en salud. Un evento adverso es una situación que termina en daño no intencional al paciente, que ocurre por causa o con ocasión del servicio y es descubierta después de que éste ingresa a la institución.

⁽¹⁾ Se detectan a través de los eventos centinelas o de tamización definidos como eventos no deseados que señalan que algo serio ha ocurrido y que requieren una investigación más profunda.⁽¹⁾ Es un indicador de la seguridad en la atención.⁽²⁾

Durante los años 70's y 80's se vivió en los Estados Unidos un proceso en el campo de la atención en salud que giró alrededor de los litigios por mala práctica médica y los seguros de responsabilidad, llevando a una crisis caracterizada por un gran número de demandas de pacientes buscando compensación, sentencias crecientes por lesiones y altos costos de seguros. A pesar de la controversia, era muy poca la información que se tenía acerca de la magnitud del problema en cuanto al número de pacientes afectados por un cuidado subestándar, el monto de las pérdidas económicas de pacientes e instituciones, la capacidad de reacción del sistema y la proporción de quejas por mala práctica. La única información provenía del "California Medical Insurance Feasibility Study", publicado en 1974, que reportó un 4.65% de lesiones en pacientes hospitalizados, de las cuales 17% fueron consideradas como asociadas a la atención suministrada.⁽³⁾

Para mejorar el estado del conocimiento acerca de estos temas, se realizó el *Harvard Medical Practice Study* para el estado de Nueva York, cuyo objetivo primario fue: medir la incidencia de lesiones producidas por intervenciones médicas en pacientes hospitalizados. El énfasis inicialmente estaba dirigido hacia la identificación de casos de mala práctica y de negligencia.⁽⁴⁾

Es tan importante el problema que en los últimos años ha crecido el interés de las organizaciones internacionales y gubernamentales por mejorar la seguridad en el cuidado de salud de las personas atendidas en las instituciones hospitalarias en lo relativo a prevenir o detectar las situaciones que terminan en daño no intencional al paciente y que son descubiertas después de que ingresa a la institución u ocurren durante la provisión del servicio.⁽⁵⁻⁷⁾

Los eventos adversos han sido estudiados desde los años 90's cuando se publicó un estudio retrospectivo que estudió la incidencia de los eventos adversos para el año 1984 en 51 hospitales en el Estado de Nueva York en Estados Unidos.⁽⁴⁾ Posteriormente han sido publicados estudios a nivel nacional a nivel regional y a nivel de servicios hospitalarios. Como se mencionó su frecuencia varía entre un 2.8% y un 16.6%; del 30 al 70% de los EA son evitables, tienen un importante impacto en términos de prolongación de la estancia, discapacidad resultante, mortalidad asociada y costos.⁽⁸⁾ En este último aspecto se ha descrito que los EA consumen una significativa parte de los recursos de los sistemas de salud en todos los países alrededor del mundo.⁽⁸⁾

En Colombia en el año 2006 el Ministerio de la Protección Social lanzó la política de seguridad del paciente que se ha convertido en prioridad dentro del sistema de Garantía de Calidad y dentro de las prioridades de investigación en Colombia.⁽⁸⁾ La magnitud del problema ya se ha empezado a estudiar en Colombia. Una primera aproximación fue sobre el tamizaje de EA en atención obstétrica en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, hospital de referencia de atención materno perinatal. Se hizo el tamizaje de estos eventos y se encontró que un 12% de las pacientes presentaron probables eventos adversos durante la hospitalización. Los eventos más frecuentemente tamizados fueron: las complicaciones relacionadas con el trabajo de parto y el parto, la infección nosocomial y la disfunción orgánica de aparición intrahospitalaria.⁽⁹⁾

El evento adverso prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante ésta en el momento de la salida o ambos y que el mismo pueda estar asociado a pérdidas económicas".⁽⁴⁾

Los eventos adversos se originan, usualmente de forma no intencional en la provisión del cuidado en una institución de salud.⁽⁸⁾ La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.⁽¹⁰⁾

Los eventos adversos se consideran una problemática de salud pública ya que las muertes producidas por los mismos sobrepasan la mortalidad por causa de accidentes de tráfico y de cáncer de seno en algunos países,⁽¹¹⁾ por lo que se debe encontrar soluciones para poder brindar apoyo para la reducción de estas situaciones de riesgo.

Los eventos adversos se han distinguido como la injuria producida por el error, que no solo implica al médico sino al equipo de salud y a la misma institución. Se entiende entonces por error médico según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos: “Falla de una acción planeada para ser completada según la intención (error de ejecución) o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo (error de planeamiento)”.⁽¹²⁾ Los datos por eventos adversos afecta la confianza, la seguridad y la satisfacción del público y de los proveedores de atención sanitaria.⁽¹³⁾

Descripción

El Evento Adverso (EA) ha sido definido por Brennan⁽⁴⁾ como “daño al paciente que ha sido causado por el manejo médico más que por la enfermedad de base, el cual prolonga la hospitalización, produce discapacidad durante ésta en el momento de la salida o ambos y que el mismo pueda estar asociado a pérdidas económicas”.⁽¹⁴⁾

Evento adverso prevenible: Resultado no deseado asociado con un error en el suministro de la atención, debido a una falla para observar una práctica considerada adecuada a un nivel individual o del sistema.⁽¹⁵⁾ Proviene de la no adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, causado de forma no intencional, que se presenta a pesar de la adecuada utilización de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

Evento centinela: evento no deseado que señala que algo serio ocurrió y requiere una investigación más profunda.⁽¹⁶⁾

Los eventos adversos se clasifican según la causa básica del evento, la severidad, la discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo.

Respecto a la naturaleza u origen de los eventos adversos se clasifican en operatorio o no operatorio, su relación con medicamentos y la clase de medicamento y el tipo de complicación, sitio de atención, tipo de error general o específico que llevó al evento adverso. Por otra parte, según

el momento de su presentación puede ser clasificado como originados en el periodo previo a la hospitalización, durante la hospitalización o en el periodo pos hospitalización.^(17,18)

La proporción de vigilancia de Eventos adversos se determina de la relación entre el número total de eventos adversos detectados y gestionados y el número total de eventos adversos detectados por 100.⁽¹⁰⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica indicador SG 13.1.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Cuadro resumen departamental 2006-II-2009-I

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

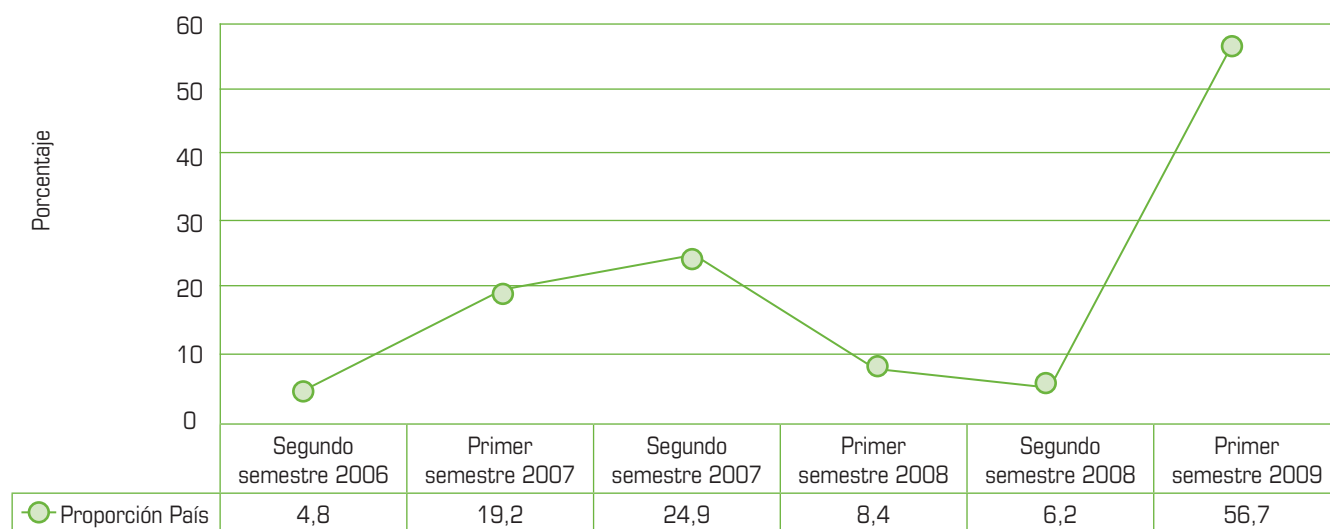
- El MPS-DGC cuenta con un registro de datos reportados por las IPS sobre la realización de actividades de vigilancia de eventos adversos, que comprende el periodo 2006-2009. Se observa un incremento anual visible de las IPS que reportan la información, pasado en este periodo de 767 IPS que reportan en el 2006 a 2.017 en el 2009.
- Durante este periodo se observa que la proporción de los eventos adversos que se presentan en las IPS y que son reportados y sometidos a vigilancia, fue muy variable, teniendo registros con un valor mínimo de 4,8% y un límite máximo de 56,7%. Sin embargo, es marcadamente diferente el comportamiento de las IPS acreditadas, que reportan en todo el periodo de una manera constante, una proporción de vigilancia de eventos adversos superior al 97%.

Tabla 16. Proporción de Vigilancia de eventos Adversos. Períodos 2006II-2009I

| Resultado | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|---------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Proporción País | 4,8 | 19,2 | 24,9 | 8,4 | 6,2 | 56,7 |
| Proporción Acreditadas | 98,1 | 96,7 | 99,3 | 96,7 | 97,9 | 99,5 |
| Proporción No Acreditadas | 4,8 | 19,1 | 24,9 | 8,4 | 6,2 | 56,7 |
| Proporción Públicas | 26,5 | 17,4 | 42,8 | 38,7 | 49,3 | 98,1 |
| Proporción Privadas | 2,9 | 22,5 | 17,5 | 4,4 | 9,2 | 11,5 |
| IPS que reportan | 767 | 786 | 864 | 1147 | 1659 | 2017 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios

Gráfico 89. Tendencia Indicador Proporción de vigilancia de eventos Adversos. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social-Dirección General de Calidad de Servicios

Referencias bibliográficas

1. Reportable Events Guidelines. Ministry of Health New Zealand. Disponible en: <http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/DDFCEFC693AEBC4CC256AD0007F41BB>
2. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ* 2004; 170:1678- 86.
3. Mills DH. Medical insurance feasibility study. A technical summary. *West J Med.* 1978 Apr; 128(4):360-5
4. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991; 324:370-6.
5. World Health Organization Europe. Eight Futures Forum on governance of safety patient. 2005 WHO regional Office for Europe. Copenhagen. ISBN 92-890-2281-7.
6. World Alliance for Patient Safety [web site]. Geneva, World Health Organization, 2005 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en>, accessed 15 September 2005).
7. Organización Panamericana de la Salud. CE140/18, Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. OPS Washington 2007 tomado el 15 de Enero de 2008 disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce140-18-s.pdf> 28. Política de seguridad del paciente del sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. 2005 Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.
8. Hernando Gaitán Duarte y Grupo de Evaluación de tecnologías y políticas en Salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en algunas Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Lecciones aprendidas. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Revista de medicina.* Vol. 30 No. 4 (83) - Diciembre 2008
9. Gaitán H, Eslava S J, Garzon CD, Rubio JA, Forero J, Valvuenza LG, et al. Screening of adverse events (AE) in obstetric attention and puerperium at the Instituto Materno Infantil, Bogotá, Colombia, 2002-2003. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2005; 56:18-27
10. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Pp.32-33
11. González Mauricio. Respuesta institucional a eventos críticos en el Boston Medical Center. *Hospitalaria.*, 2008. Vol. 58, año 9. p. 4-10.
12. Nena, Patricia. Error médico y eventos adversos. *Rev Chil Pediatr* 2008; 19(3): 319-326
13. Luz Marina Alonso P, Maybelline Rojas. Evento adverso y salud pública. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)* 2009; 25, (1): I-IV
14. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Schug S, Scott A, Jonson S et al Adverse Events in New Zealand Public Hospitals: Principal Findings from a National Survey. Ministry of Health, Wellington, New Zealand 2001. Disponible en <http://www.moh.govt.nz/publications/adverseevents> Tomado el 13 de Junio de 2008
15. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Scott A. Preventable in-hospital medical injury under the “no fault” system in New Zealand. *Qual Saf Health Care.* 2003; 12:251-6
16. Reportable Events Guidelines. Ministry of Health New Zealand, 2001. Disponible en: www.moh.govt.nz Ministry of health New Zealand
17. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995; 163:458-71.
18. Vincent Ch, Neale G, Woloshynowych. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ,* 2001, 322: 517-519
19. Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud” 2009
20. Análisis del comportamiento de los eventos adversos en Colombia de acuerdo a los resultados del estudio IBEAS Colombia. 2009

A través del estudio IBEAS 2009 (16) realizado en 5 países de Latinoamérica “dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud”, 11.426 pacientes que estaban hospitalizados, fueron evaluados para determinar la prevalencia de eventos adversos. La proporción de pacientes en los que se identificó al menos una alerta de la guía de cribado fue de un 33,9%. De los 3.853 pacientes que fueron estudiados con mayor profundidad, en 1.793 se consideró que no ocurrió ningún suceso de interés, en 306 sólo se detectó un incidente y en 1.754 alguna lesión o complicación. De éstos, en 1.191 se identificó al menos una lesión que fue juzgada por el revisor como más relacionado con la asistencia que con la vulnerabilidad del propio paciente. Por lo que la prevalencia de pacientes con al menos un EA fue de 10,5%.

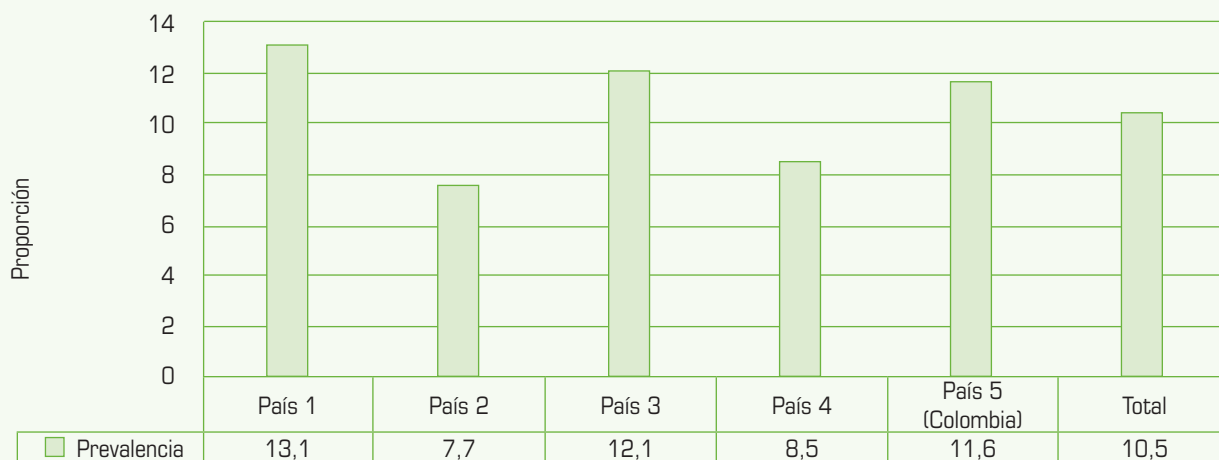
Tabla 17. Prevalencia de pacientes con EA

| | Pacientes Incluidos | Pacientes Estudiados | Guía de cribado (%) | VPP (%) | Prevalencia |
|-------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------|-------------|
| País 1 | 2405 | 2373 | 926 (39.0) | 33.7 | 312 (13.1) |
| País 2 | 2897 | 2897 | 887 (30.6) | 25.3 | 224 (7.7) |
| País 3 | 1643 | 1632 | 578 (35.4) | 34.3 | 198 (12.1) |
| País 4 | 2003 | 2003 | 692 (34.5) | 24.7 | 171 (8.5) |
| País 5 (Colombia) | 2478 | 2474 | 770 (31.1) | 37.1 | 286 (11.6) |
| Total | 11426 | 11379 | 3853 (33.9) | 30.9 | 1191 (10.5) |

Fuente: Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.2009

Nota: El valor predictivo positivo (VPP) es el porcentaje de alertas positivas de la guía de cribado que fueron confirmadas posteriormente y por el MRF2 como EA.

Gráfico 90. Prevalencia de Eventos Adversos



Fuente: Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.2009

- Las variables que explican que un paciente presente un EA un día dado son: el servicio donde está ubicado (menor riesgo en servicios médicos ambulatorios), la complejidad del hospital donde es atendido, si ha ingresado de forma urgente, el tiempo que lleve hospitalizado y si presenta factores de riesgo extrínseco (vías de entrada) o comorbilidad.
- El 10,95% de los EA tuvo lugar antes de la hospitalización a estudio (posiblemente ese porcentaje sea mayor), afectando sobre todo a menores de 15 años. Es necesaria una buena coordinación entre niveles asistenciales y un seguimiento al alta eficaz para detectar posibles complicaciones. Estos EA previos al ingreso suelen provocar la hospitalización.
- Los EA detectados estaban relacionados con los cuidados en un 13,27%, con el uso de la medicación en un 8,23%, con la infección nosocomial en un 37,14%, con algún procedimiento en un 28,69% y con el diagnóstico en un 6,15%. Los 5 EA más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EA identificados. Sería necesario establecer estrategias dirigidas a la minimización de la infección nosocomial, que constituye el conjunto de EA más prevalente identificado en el estudio.
- El 62,9% de los EA aumentaron el tiempo de hospitalización una media de 16,1 días. Un 18,2% de los EA causaron un reingreso.
- Las variables que explican el impacto que tiene un EA sobre el estado de salud del paciente o el gasto de recursos (tiempo de hospitalización o nuevos ingresos) son: la edad del paciente, el pronóstico de la enfermedad principal, el tiempo que permanezca ingresado, que esté ubicado en un servicio quirúrgico o UTI, que el EA haya ocurrido durante un procedimiento, antes del ingreso o al alta y que se trate de una infección nosocomial, una complicación de un procedimiento o un error o retraso en el diagnóstico.
- Un 60% de los EA se consideraron evitables. De los dos grupos que suponen dos tercios del total de EA identificados, casi el 60% de las infecciones nosocomiales y el 55% de los problemas relacionados con un procedimiento se podrían haber evitado.
- Las variables que explicarían la evitabilidad del EA son: la complejidad del hospital donde haya ingresado el paciente, que haya ingresado de forma programada, el servicio donde esté ubicado (mayor en obstetricia y medicina y menor en el resto) y que el EA esté relacionado con los cuidados o con el diagnóstico.⁽¹⁹⁾

La prevalencia encontrada en el estudio IBEAS 2009 para Colombia (país 5) fue de 11.6%. Para evaluar porque es la más alta de los países participantes hay que tener en cuenta el perfil con el cual se comporta el país frente a los procesos de seguridad del paciente.⁽²⁰⁾

Para caracterizar el perfil de los eventos adversos en Colombia hay que tener en cuenta cuatro parámetros: La severidad de los eventos adversos identificados, la medida en la cual estos son evitables, la incapacidad que producen y su impacto en la hospitalización del paciente medido este a través de la prolongación de la estancia del paciente hospitalizado.

La siguiente tabla presenta el mencionado perfil:

| Tabla 18. Perfil comparativo de los eventos adversos: comportamiento global de los hospitales de los cinco países participantes en el estudio y comportamiento global de los hospitales de Colombia | | | |
|---|-------------------|-----------|-----------|
| Variables | | 5 países | Colombia |
| Severidad del evento adverso: | Leves y moderados | 80.2% | 84.3% |
| | Graves | 19.8% | 15.8% |
| Evitabilidad: | Evitables | 58.9% | 58.6% |
| Incapacidad: | Leve o ninguna | 64.5% | 76.1% |
| Prolongación de la estancia: | | 16.1 días | 13.0 días |

Fuente: Análisis del comportamiento de los eventos adversos en Colombia de acuerdo a los resultados del estudio IBEAS Colombia

- Se puede evidenciar que en todas las variables consideradas, el comportamiento observado en los hospitales colombianos evidencia un menor impacto del evento adverso en salud de los pacientes evaluados que en el global de IBEAS. ⁽²⁰⁾
- En cuanto, a la prolongación de la estancia generada como consecuencia del evento adverso: para los hospitales de Colombia fue de 13.0 días en tanto que para el global de IBEAS fue de 16.1.
- La mayor prevalencia identificada en Colombia se debe a una mayor capacidad de detección de los eventos adversos en las instituciones participantes en el estudio. En las instituciones participantes en Colombia existía una mayor capacidad de detección de los eventos adversos, en particular los leves y moderados, esto debido a que en las instituciones acreditadas la prevalencia identificada fue de 16.3%, en las instituciones no acreditadas lo fue de 10.7%. Lo cual explica que las mayores tasas de prevalencia están explicadas por una mayor búsqueda activa. ⁽²⁰⁾
- Basados en esto se puede afirmar que el mayor desarrollo de los programas de seguridad del paciente en los hospitales de Colombia permitió disponer a estas instituciones de una mejor capacidad para identificar el evento adverso (Ver tabla)
- En relación a los factores relacionados a la implementación de la política de seguridad del paciente en las instituciones participantes; el país ha venido desplegando una política de seguridad del paciente, que ha alcanzado una importante penetración en las instituciones del país, y cuyos efectos también inciden de manera directa sobre la cultura de seguridad, la motivación y la destreza de las instituciones en la búsqueda y detección del evento adverso, constituyéndose en otro factor explicativo del comportamiento observado.

El sistema de información para la calidad ofrece tres evidencias cuantitativas que explican esta hipótesis:

- Según la evaluación realizada por el Ministerio de la Protección Social, se han formado profesionales de la salud multiplicadores del proceso de seguridad del paciente en 22 departamentos del país con una multiplicación que ha llegado a 9537 profesionales de la salud.
- Las instituciones participantes en el estudio IBEAS han documentado y presentado públicamente y de manera metódica resultados tangibles y verificables de sus procesos de seguridad del paciente. ⁽⁹⁾

Tabla 19. Eficiencia en la detección de los eventos adversos

| | Colombia | 5 Países |
|---|----------|-----------|
| Calidad de la Historia clínica | 92.0% | 84.2% |
| Eficiencia del cribado: | | |
| Positividad de la guía de cribado | 39.0% | 33.9% |
| VPP | 33.7% | 30.9% |
| Concordancia entre evaluadores: Índice Kappa | 0.62 | 0.27-0.74 |

Fuente: Análisis del comportamiento de los eventos adversos en Colombia de acuerdo a los resultados del estudio IBEAS Colombia

Capítulo 6

Indicadores de experiencia de atención del paciente - basados en mediciones objetivas

- Luego de hacer comprensivo todo el conjunto de conceptos que permiten definir la calidad de la atención en salud en el marco conceptual de referencia (capítulo 2), quedó plenamente identificado que existe un amplio grupo de atributos a través de los cuales las personas valoran la calidad de los servicios que reciben y que en todos los casos son tan importantes para la gente, como el resultado clínico mismo.
- A este conjunto de cualidades, se les denominó como atributos resultantes de la experiencia que viven las personas durante el proceso de atención y su interacción con las personas e instituciones que proveen los servicios y agrupan todos aquellos aspectos que los usuarios reconocen como indispensables para la calidad de la atención durante su vivencia mientras reciben los servicios.
- Esta dimensión se reconoce como pilar fundamental en la provisión de servicios de atención en salud.
- Este conjunto de indicadores de experiencia de atención, se agregaron en dos conjuntos: uno que corresponde al grupo de mediciones objetivas que se presentan en éste capítulo y otro que corresponden a las mediciones de percepción por parte de los usuarios que se presentan en el capítulo 7.
- Las mediciones de experiencia de atención basados en mediciones objetivas que se coleccionaron para este 1er. Informe 2009 son:

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - Indicadores | No. |
|--|---|-----------|--|-----|
| 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta | 1. Tiempos de espera consulta | EXP1.1.1 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general | 1 |
| | | EXP1.1.2 | Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada | 2 |
| | 2. Oportunidad cirugía programada | EXP1.2.1 | Proporción de cancelación de cirugía programada | 3 |
| | 3. Tiempos de espera cirugía programada | EXP1.3.1 | Oportunidad en la realización de cirugía programada | 4 |
| | 4. Tiempos de espera imágenes | EXP1.4.1 | Oportunidad en la atención en servicios de imagenología | 5 |
| | 5. Tiempos de espera urgencias | EXP1.5.1 | Oportunidad en la atención en consulta de urgencias | 6 |
| | 6. Tiempos de espera odontología | EXP1.6.1 | Oportunidad en la atención en consulta de odontología general | 7 |
| | 8. Tiempos de espera medicamentos POS | EXP1.8.2 | Oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB | 8 |
| | 9. Oportunidad referencia | EXP1.9.1 | Oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS por parte de la EAPB | 9 |
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio | 2. Restricción libre elección | EXP2.2.1 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente la IPS para la atención | 10 |
| | | EXP2.2.2 | Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente el profesional para la atención | 11 |
| 9. Disconformidad manifiesta | 1. Tutelas | EXP9.1.1 | Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S | 12 |
| | 2. Quejas | EXP9.2.3 | Proporción de quejas resueltas antes de 15 días | 13 |
| 12. Valoración final de la experiencia de atención | 1. Adherencia-fidelidad-lealtad | EXP12.1.1 | Tasa global de traslados desde la EAPB | 14 |

Indicador EXP 1.1.1

Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general

Indicador EXP 1.1.2

Oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada

Racional

Los tiempos de espera en la consulta externa son de gran importancia, debido a que son muchos los problemas de salud atendidos en este nivel, muchos de los cuales pueden ser resueltos sin transitar a los niveles superiores de atención o ser detectados oportunamente para su adecuada referencia. Por esta razón, los tiempos de espera cortos permiten no solo resolver oportunamente las enfermedades sino que además evitan la saturación de los servicios de urgencias y consulta externa de los hospitales.⁽¹⁾

Las oportunidades perdidas de atención en salud tienen más relación con factores de tipo institucional que con factores del usuario. Los factores de tipo institucional son de tipo socio organizativo, y están implícitos en las culturas administrativas: horarios rígidos, citas insuficientes, equipos dañados e inasistencia o incumplimiento del funcionario entre otros, incrementando el esfuerzo que hace el usuario por obtener la atención en salud.⁽²⁾

Estos factores además, afectan la prestación efectiva de atención en salud y son un indicador final de la accesibilidad, que nos muestra la proporción de personas que reciben o no atención básica, lo que determina el porcentaje de oportunidades perdidas de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud.⁽²⁾

Los tiempos de espera largos constituyen uno de los principales motivos de queja y de no utilización de los servicios de salud.⁽¹⁾

Los tres factores críticos que usualmente requieren atención en asignación de citas son: el acceso al sistema de citas, el tiempo de espera para la atención o para la asignación de la cita y la disponibilidad de horarios o agenda para asignación de citas.

Descripción.

Se obtiene de dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general o especializada y la fecha para la cual es asignada la cita, entre el número total de consultas médicas generales o especializadas asignadas en la institución en ese período.⁽³⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.1.1 y EXP 1.1.2

Apéndice 3. Tabla de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006 II -2009 I.

Días promedio de espera para consulta en los servicios que no la otorgan el mismo día, según tipo de IPS. ENS 2007

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Indicador de Oportunidad de Medicina General (IPS/EAPB)

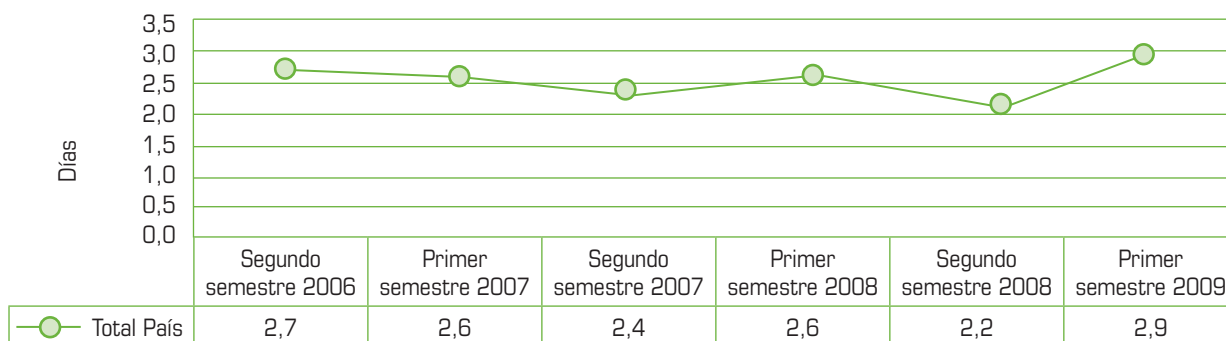
- Coincidencia IPS / EAPB, en especial en tres últimos cortes
- Hay una tendencia estable
- Mejor resultado en IPS Acreditadas y Públicas

Tabla 20. Resumen del indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general. Reporte de la IPS. 2006II-2009I.

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 2,7 | 2,6 | 2,4 | 2,6 | 2,2 | 3,1 |
| Acreditadas | 2,8 | 1,0 | 0,8 | 0,8 | 0,6 | 0,5 |
| No acreditadas | 2,7 | 2,6 | 2,4 | 2,6 | 2,2 | 3,1 |
| Públicas | 1,9 | 2,0 | 1,9 | 2,2 | 2,0 | 2,5 |
| Privadas | 3,4 | 3,4 | 3,4 | 2,9 | 2,3 | 3,4 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 91. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica general, reportada por la IPS. Períodos 2006II-2009I



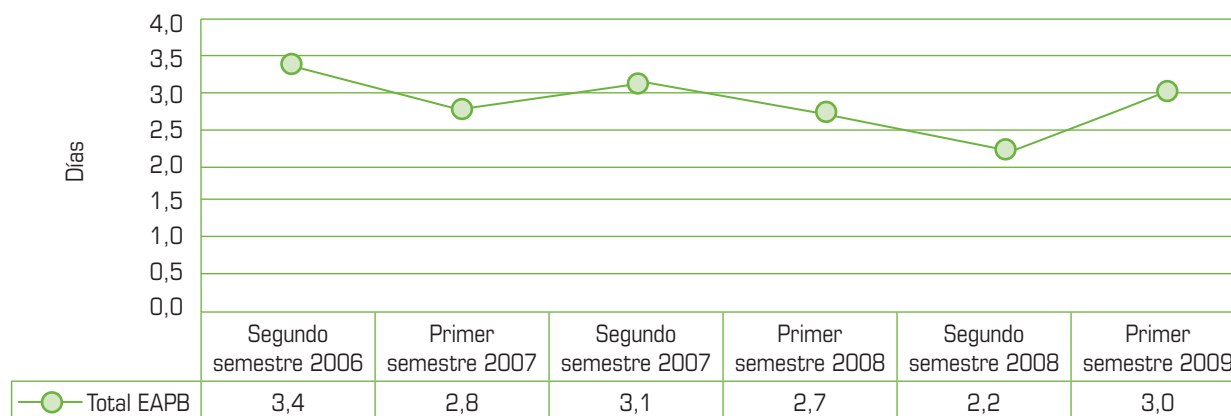
Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Tabla 21. Resumen Indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica general. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I.

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 3,4 | 2,8 | 3,1 | 2,7 | 2,2 | 3,0 |
| Subsidiado | 1,8 | 2,6 | 3,5 | 2,2 | 2,0 | 2,6 |
| Contributivo | 3,8 | 3,0 | 2,9 | 3,0 | 2,4 | 3,2 |
| M. Prepagada | 1,5 | 2,0 | 4,0 | 2,1 | 1,3 | 3,0 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 92. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica general, reportada por la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (IPS/EAPB)

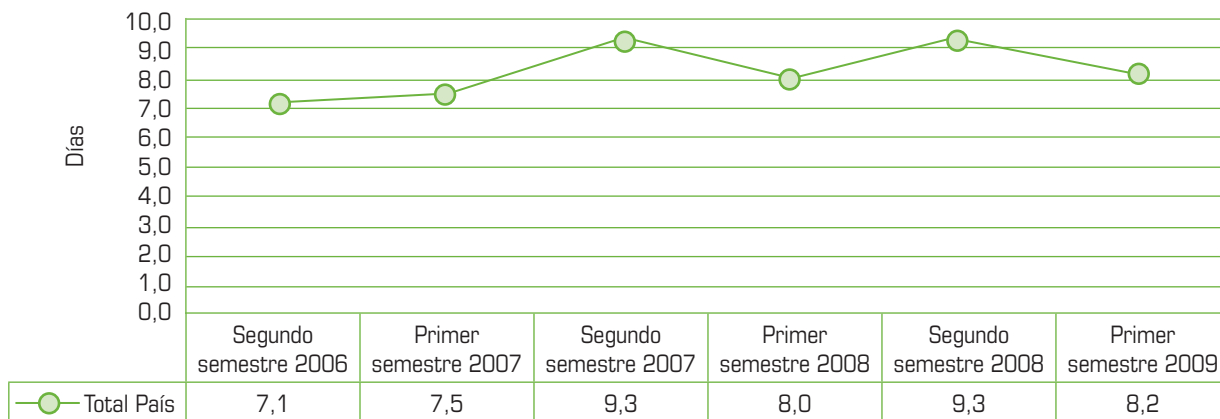
- Poca coincidencia IPS / EAPB
- Tendencia variable
- Alta variabilidad en los valores del indicador

Tabla 22. Resumen del indicador oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada. Reporte de la IPS. Periodos 2006II- 2009I.

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 7,1 | 7,5 | 9,3 | 8,0 | 9,3 | 8,2 |
| Acreditadas | 11,0 | 5,1 | 5,2 | 7,4 | 8,5 | 11,4 |
| No Acreditadas | 7,1 | 7,5 | 9,3 | 8,0 | 9,3 | 8,2 |
| Públicas | 9,7 | 7,7 | 8,9 | 9,3 | 12,1 | 9,8 |
| Privadas | 6,2 | 7,4 | 9,5 | 7,6 | 8,3 | 7,7 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 93. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en la consulta médica especializada. Reporte de la IPS. Periodos 2006II-2009I



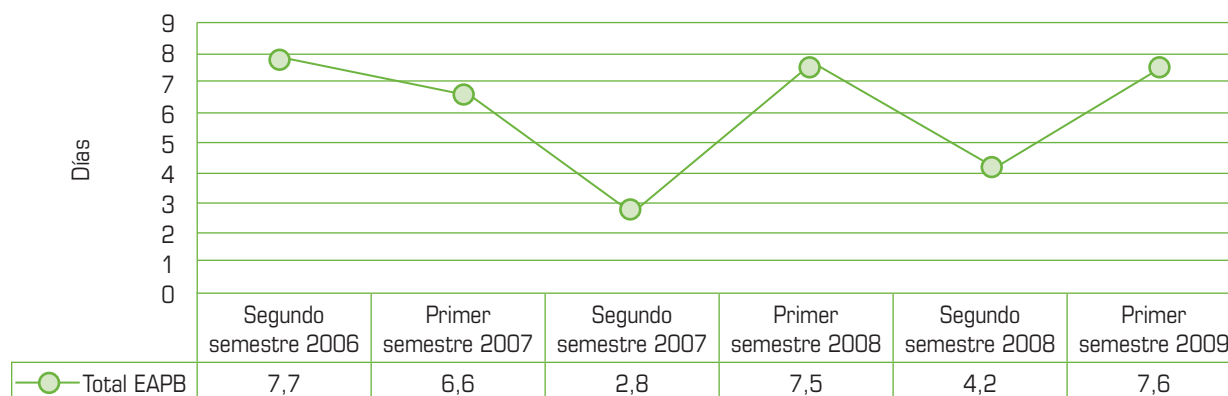
Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Tabla 23. Resumen indicador oportunidad de la asignación de cita en la consulta médica especializada. Reporte de la EAPB. períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 7,7 | 6,6 | 2,8 | 7,5 | 4,2 | 7,6 |
| Subsidiado | 5,6 | 5,1 | 1,9 | 5,5 | 2,8 | 4,9 |
| Contributivo | 9,8 | 9,5 | 9,3 | 9,4 | 9,2 | 9,8 |
| Prepagada | 2,6 | 2,0 | 3,2 | 17,8 | 2,1 | 3,1 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 94. Tendencia del indicador oportunidad de la asignación en consulta médica especializada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

En la Encuesta Nacional de Salud 2007⁽⁴⁾ se evaluó las características de los servicios de consulta ambulatoria; acerca de la oportunidad de las citas, cuando no se dan el mismo días, se encontró que los servicios que más tiempo promedio debe esperar para obtenerla en las IPS privadas son: neumología 37 días, neurología con 25 días, oftalmología con 20, endocrinología con 18 y cirugía neurología con 16. Para el caso de las IPS públicas los servicios con mayores días de espera son: gastroenterología y/o endoscopia digestiva con 62 días, cardiología con 37 días, endocrinología con 27, geriatría con 19 y ortodoncia con 19 días.

Los servicios con mayor capacidad para dar citas el mismo día en las IPS privadas fueron cirugía pediátrica, ortopedia infantil y dermatología. En el caso de las IPS públicas, los cinco servicios con mayor respuesta inmediata a citas fueron: oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, periodoncia y vacunación.⁽⁴⁾

Referencias bibliográficas

1. 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. Pp148. <http://evaluacion.salud.gob.mx>
2. Villarreal Amaris, Gloria y Month Arrieta, Edalcy. Oportunidades perdidas de atención en salud en instituciones prestadoras de servicios de salud Sincelejo, 2003. Rev.fac.med.unal. 2005, vol.53, n.2, pp. 79-90. ISSN 0120-0011.
3. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Calidad de Servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C
4. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009.

Indicador EXP 1.2.1

Proporción de cancelación de cirugía programada

Racional

La estructura organizativa y la interacción de la sala de operaciones con otros departamentos de un hospital pueden ser muy complejas. La conducción gerencial de la sala de operaciones requiere de la coordinación de los recursos humanos y materiales de tal manera que las intervenciones quirúrgicas puedan ser ejecutadas eficientemente, con costo-efectividad y en un ambiente seguro. ^(1,2) La cancelación de procedimientos quirúrgicos en una sala de operaciones afecta la productividad de la misma y ocasiona un impacto emocional en el paciente. ⁽³⁾

Se ha descrito que las causas de cancelación quirúrgica pueden estar relacionadas directamente con el paciente, por ejemplo, que el paciente no se presente el día programado o que se presente sin ayuno, entre otros. Otras causas pueden no estar relacionadas con el paciente (externas); por ejemplo, falta de instrumental o equipo, falta de ropa estéril, falta de personal. Algunas de estas causas pueden prevenirse educando y orientando a los pacientes y recibiendo de la institución todo el apoyo logístico necesario. ^(4,5)

La cancelación de una cirugía primeramente afecta la institución en términos económicos ya que aumenta la mora quirúrgica, los días de estancia intrahospitalaria y el tratamiento del paciente. Adicionalmente, el recurso humano y el material son subutilizados ya que la preparación del paciente se realiza con varios días de anticipación. Por otro lado, el paciente sigue con su padecimiento por tiempo indefinido. El impacto emocional puede ser importante ya que el paciente y su familia se preparan mentalmente para que la cirugía se realice en la fecha programada. Además el paciente se ve afectado en su trabajo, ya que por su incapacidad no produce y su salario generalmente es compensado según su producción. ⁽⁶⁾

Varios autores reconocen que el impacto de la cancelación de la cirugía aumentan los costes financieros de la Unidad Quirúrgica y reduce la eficiencia del servicio, el movimiento quirúrgico ha sido designado como un factor de intervención en la productividad y los índices de calidad del hospital, el máximo uso de la capacidad de cirugía es una de las principales medidas para la eficiencia de los servicios médicos y del uso de los recursos financieros. Un estudio realizado en un Hospital Universitario demostró que los pacientes

quirúrgicos representan el 24% del total de hospitalizaciones y contribuyen al 43% de los ingresos. ⁽⁷⁾

La cancelación de la cirugía es un error resultante de incumplimiento de la planificación administrativa de la unidad. Para lograr la excelencia, el hospital debe continuamente estar comprometido a resolver el problema de la capacidad, la calidad de y los bajos costos de los procedimientos médicos. ⁽⁷⁾

La cancelación de la cirugía es un error resultante de incumplimiento de la planificación administrativa de la unidad. Para lograr la excelencia, el hospital debe continuamente estar comprometido a resolver el problema de la capacidad, la calidad de y los bajos costos de los procedimientos médicos. ⁽⁷⁾

Por lo tanto, es necesario, la capacidad de mejorar el proceso de hospital (diagnóstico, tratamiento, la hospitalización, apoyo a la gestión) a través de automatización adecuada, más información y disminución de la estancia hospitalaria del paciente. ⁽⁷⁾

Las repercusiones de la cancelación de la cirugía de no sólo perjudican a los clientes, que experimenta un enlace roto a la confianza en relación con la institución, sino también el equipo de enfermería (operación de trabajo, tiempo y el consumo de recursos materiales, la disminución de la atención de calidad) y el propio hospital. ⁽⁸⁾ La cancelación de los procedimientos quirúrgico aumenta operativa y financieramente los costos, ocasionando pérdidas a la institución.

Los recursos financieros se ven afectados a causa del deficiente proceso y puede ser evidenciado por la reserva de la sala de cirugía y la pérdida de oportunidad para programar otro paciente, salas de cirugía infrautilizadas, hospitalizaciones más prolongadas (y, riesgo de infección hospitalaria) y, en consecuencia, aumentar los costos de la cama / día y la disponibilidad de camas disminuye. ⁽⁷⁾

Descripción:

El indicador se obtiene de dividir el número total de cirugías programadas en el periodo entre el número de cirugías programadas en el periodo multiplicadas por 100. ⁽⁹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.2.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006 II -2009 I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Indicador de Proporción de cancelación de cirugía programada

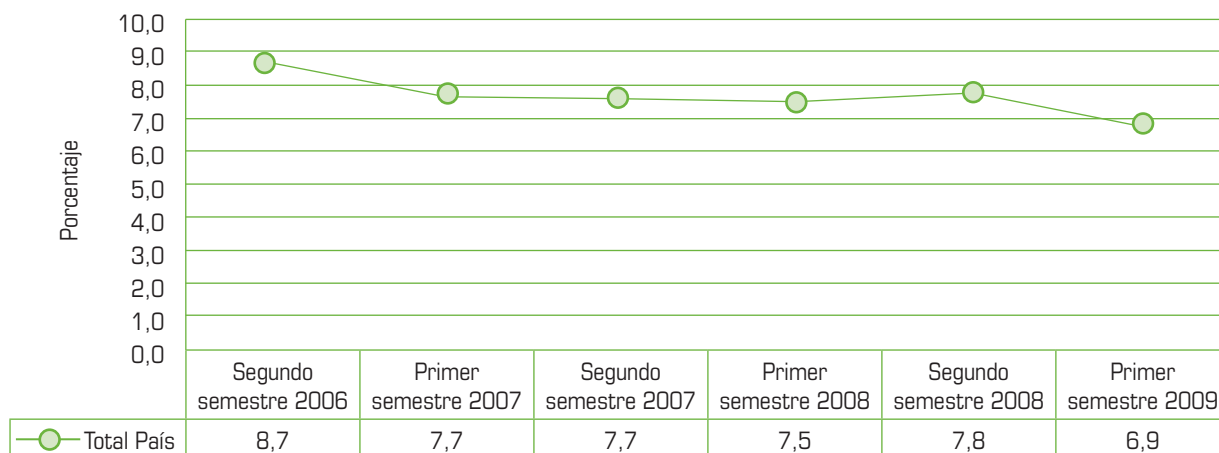
- Hay una leve tendencia a la disminución
- Mejor resultado en IPS Acreditadas
- Tendencia muy similar en públicas y privadas en los 3 últimos cortes

Tabla 24. Resumen del indicador proporción de cancelación de cirugía programada. Períodos 2006I-2009II

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 8,7 | 7,7 | 7,7 | 7,5 | 7,8 | 6,9 |
| Acreditadas | 6,1 | 6,3 | 5,9 | 5,4 | 5,8 | 5,3 |
| No Acreditadas | 8,7 | 7,7 | 7,7 | 7,6 | 7,8 | 6,9 |
| Pública | 12,9 | 9,7 | 8,6 | 8,0 | 8,3 | 6,9 |
| Privada | 7,0 | 6,9 | 7,3 | 7,4 | 7,8 | 6,8 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 95. Tendencia del indicador proporción de cancelación de cirugía programada. Períodos 2006I-2009II



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Referencias bibliográficas

1. Plasters CL, Seagull FJ, Xiao Y. Coordination challenges in operating-room management: an in-depth field study. AMIA annu Symp Oric 2003; 524-528.
2. Sieber TJ, Leibundgut DL. Operating room management and strategies in Switzerland: results of a survey. Eur J Anaesthesiol 2002; 19: 415-423.
3. Gordon T, Paul S, Lyles A, Fountain J. Surgical unit time utilization review: resource utilization and management implications. J Med Syst 1988; 12: 169-179.
4. Schofield WN, Rubin GL, Piza M, Lai YY, Sindhusake D, Fearnside MR, Klineberg PL. Cancellation of operations on the day of intended surgery at a major Australian referral hospital. Med J Aust 2005; 182: 612-615.
5. Lacqua MJ, Evans JT. Cancelled elective surgery: an evaluation. Am Surg 1994; 60: 809-811.
6. Alger, Rosa María (edt). Causas de cancelación quirúrgica y reacciones de los pacientes. Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula. Rev. méd. Hondur; 75(2):71-76, abr.-jun. 2007. tab
7. Perroca, Márcia Galan; Jerico, Marli de Carvalho and Facundin, Solange Diná. Surgery cancelling at a teaching hospital: implications for cost management. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007, vol.15, n.5, pp. 1018-1024. ISSN 0104-1169.
8. Paschoal MLH. Taxa de suspensão de cirurgia em um hospital universitário e os motivos de absenteísmo do paciente à cirurgia programada. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/ USP; 2002.
9. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Pp. 9-10
10. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.

Indicador EXP 1.3.1

Oportunidad en la realización de cirugía programada

Racional

La oportunidad en la respuesta a la necesidad de realización de procedimientos quirúrgicos tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo y severidad y secuelas, sí como impactan positivamente en la contención de costos de no calidad originados en la no atención oportuna. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional 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.⁽¹⁾

La definición de los tiempos de espera para la cirugía, en las diferentes categorías clínicas, debe basarse fundamentalmente en la necesidad asistencial del paciente. Los procesos patológicos contemplados se atienden a grupos de enfermedades específicas, y no a pacientes concretos en los que deben valorarse las características particulares que pueden modificar estos criterios y aun contraindicar la intervención (edad, lesiones no reparables, corta expectativa de vida, Comorbilidad, etc.).⁽²⁾

La determinación de los tiempos de espera no es sencilla, pues requiere una valoración de la situación clínica y posible evolución temporal, en la que, además de la historia natural de la enfermedad, entran en juego otros factores como la edad, morbilidad asociada, etc., y en algunas ocasiones determinados condicionantes psicosociales. No obstante, para permitir su generalización, en algunos países se han adoptado sistemas de puntuación (*score*) para la definición de los tiempos de espera máximos aceptables.⁽²⁾

El sistema de salud de Colombia, al igual que el de otros países latinoamericanos, se caracteriza por una baja cobertura a pacientes con enfermedades susceptibles de tratamiento quirúrgico, originadas principalmente por

un aumento de la demanda y una disminución o estabilización de la capacidad de respuesta de los servicios. El aumento de la demanda está originado fundamentalmente por el aumento de la población y por las consecuencias derivadas de fenómenos tales como la industrialización. Por otra parte, la disminución o estabilización de la capacidad de respuesta de los servicios se debe: 1) a la falta de planificación que se observa por la ausencia de relación entre la asignación de recursos económicos, de personal, espacios, equipos, materiales y las necesidades reales de la comunidad, y 2) a la subutilización de los recursos, que se manifiesta al observar que hospitales de alta tecnología están siendo utilizados para prestar atención quirúrgica de baja complejidad.⁽³⁾

Descripción

Se divide la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la cirugía programada y el momento en el cual es realizada la cirugía entre el número de cirugías programadas realizadas en el período.⁽¹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.3.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006 II -2009 I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada (IPS/EAPB)

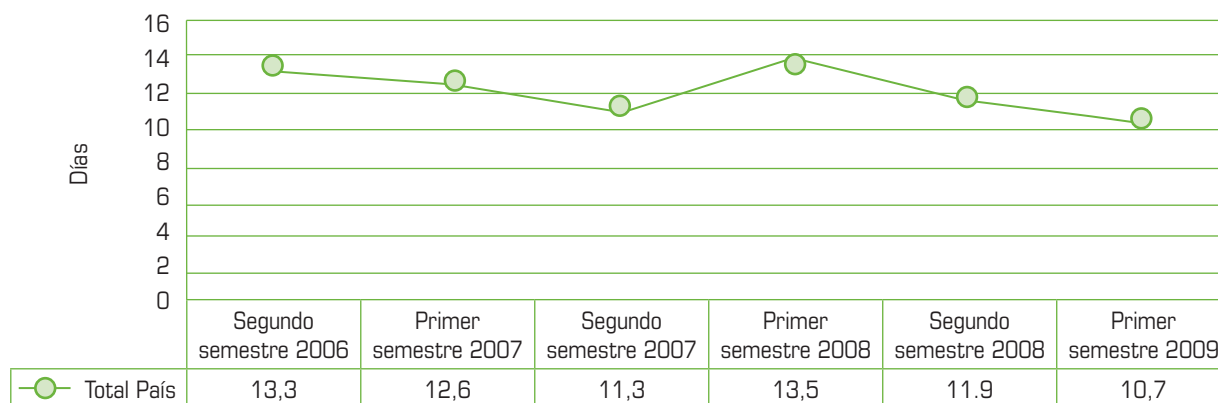
- Hay una tendencia estable
- Mejor resultado en IPS Acreditadas y EAPB régimen subsidiado
- Tendencia muy similar en públicas y privadas en los 3 últimos cortes

Tabla 25. Resumen del indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la IPS. Periodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 13,3 | 12,6 | 11,3 | 13,5 | 11,9 | 10,7 |
| Acreditadas | 5,1 | 11,5 | 7,7 | 6,5 | 5,4 | 5,9 |
| No Acreditadas | 13,3 | 12,7 | 11,3 | 13,5 | 11,9 | 10,8 |
| Públicas | 15,3 | 16,1 | 15,5 | 13,2 | 13,5 | 12,9 |
| Privadas | 12,2 | 10,9 | 9,4 | 13,5 | 11,4 | 10,2 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 96. Tendencia indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I



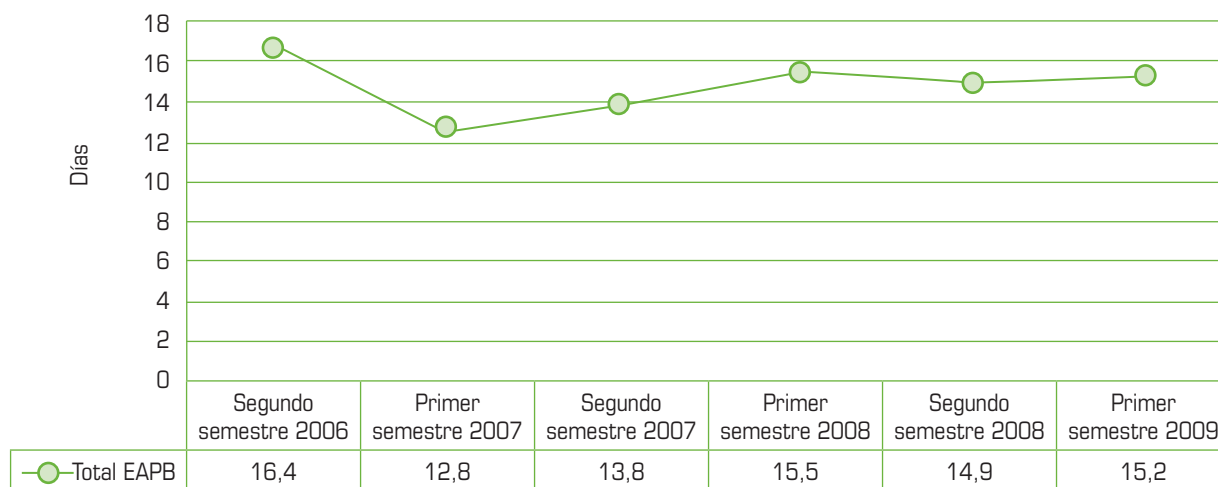
Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Tabla 26. Resumen del indicador oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 16,4 | 12,8 | 13,8 | 15,5 | 14,9 | 15,2 |
| Subsidiado | 7,3 | 6,7 | 7,5 | 7,7 | 5,5 | 7,9 |
| Contributivo | 21,0 | 29,6 | 30,0 | 27,0 | 32,9 | 23,2 |
| Prepagada | 6,2 | 2,7 | 2,9 | 4,1 | 2,3 | 4,9 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 97. Tendencia Indicador Oportunidad en la realización de cirugía programada. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo Técnico. Pp 20-21
2. Criterios de ordenación temporal de las intervenciones quirúrgicas en patología cardiovascular. Documento oficial de la Sociedad Española de Cardiología y de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular. (Rev Esp Cardiol 2000; 53: 1373-1379). Documento descargado de <http://www.revespcardiol.org> el 13/01/2010
3. Adolfo Vélez gil, y Graciela pardo de Vélez. Investigación de modelos de atención en cirugía: programa “Sistema de Cirugía “Simplificada”. Educ. Méd. Salud, Vol. 18, No. 3 (1984).

Indicador EXP 1.4.1

Oportunidad en la atención en servicios de imagenología

Racional

Radiología es un servicio central que genera productos sanitarios asistenciales intermedios necesarios para la realización del producto final que es el paciente, con el valor añadido del cuidado o mejora de su salud. El servicio de radiología, presta atención a pacientes procedentes de urgencias, hospitalización, consultas externas del propio hospital o de ambulatorios y de centros de salud del área sanitaria. ⁽¹⁾ Por lo tanto 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. ⁽²⁾

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. 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. 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. ⁽²⁾

Descripción

Se obtiene de dividir la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de atenciones en servicios de imagenología. ⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.4.1

Apéndice 3. Tabla de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006 II -2009 I.

Disponibles en microsítio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (IPS/EAPB) ⁽³⁾

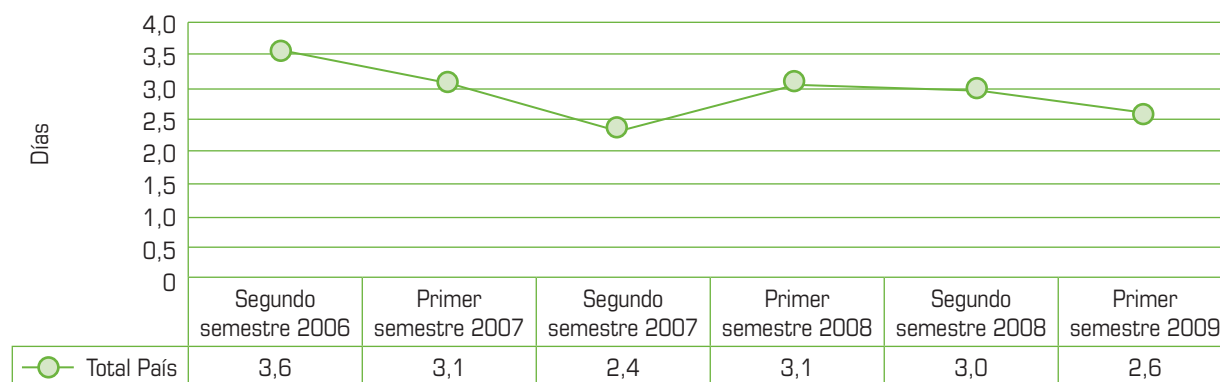
- Tendencia a la mejoría en el comportamiento del indicador.
- Mejor resultado en IPS Acreditadas excepto para el primer semestre del 2008.
- Poca variabilidad en los valores del indicador.

Tabla 27. Resumen del Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la IPS. Períodos 2006-II-2009-I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 3,6 | 3,1 | 2,4 | 3,1 | 3,0 | 2,6 |
| Acreditadas | 1,3 | 0,7 | 0,8 | 8,4 | 1,8 | 1,7 |
| No Acreditadas | 3,5 | 3,2 | 2,4 | 3,1 | 3,0 | 2,6 |
| Públicas | 3,5 | 2,6 | 2,6 | 2,3 | 2,8 | 2,7 |
| Privadas | 3,6 | 3,4 | 2,2 | 3,4 | 3,2 | 2,6 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 98. Tendencia Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I



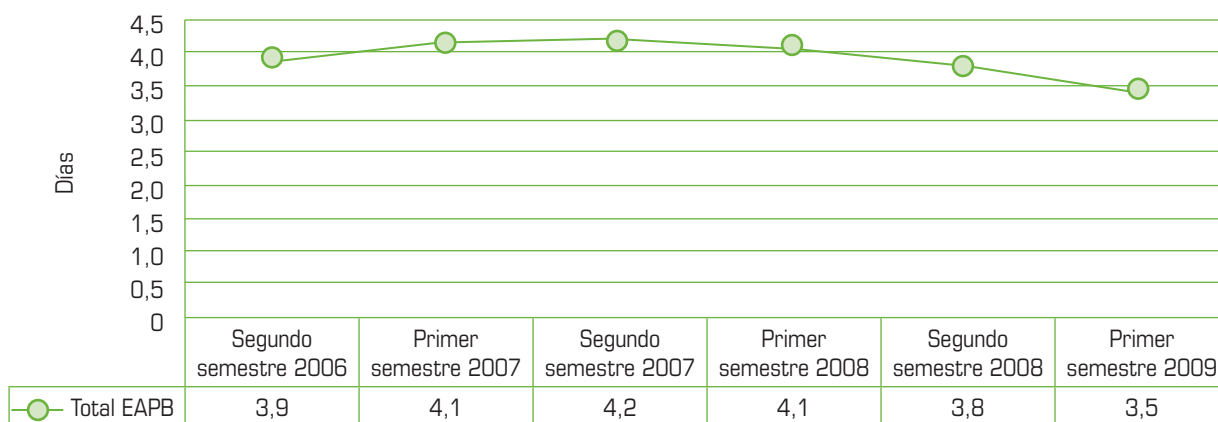
Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Tabla 28. Resumen del Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la EAPB. Períodos 2006-II-2009-I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 3,9 | 4,1 | 4,2 | 4,1 | 3,8 | 3,5 |
| Subsidiado | 2,4 | 2,5 | 2,7 | 2,1 | 3,0 | 3,3 |
| Contributivo | 4,8 | 6,0 | 6,3 | 5,7 | 5,2 | 4,1 |
| Prepagada | 3,4 | 3,3 | 2,7 | 4,6 | 2,9 | 1,6 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 99. Tendencia Indicador Oportunidad en la atención en servicios de imagenología. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Referencias bibliográficas

1. usuarios.multimania.es/magaur/memoria/importanciaframi.PDF
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo Técnico. Pp 54-55
3. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C

Indicador EXP 1.5.1

Oportunidad en la atención en consulta de urgencias

Racional

Los servicios de urgencias son unidades diseñadas para proporcionar tratamiento médico, con disponibilidad inmediata de recursos a cualquier hora del día o de la noche. La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, para estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de la urgencia. ⁽¹⁾

En Colombia, esta atención debe prestarse en forma obligatoria en todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, independientemente de la capacidad socio-económica y del régimen al que se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). ⁽¹⁾

Cuando las personas buscan atención por una urgencia médica en un servicio de salud, pueden hacerlo por sus propios medios o mediante referencia de otra institución de salud, en cualquier momento del día para su atención y estabilización. La propia valoración y percepción de la seriedad de la condición médica, tanto del paciente como de los familiares, así como la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud pueden influenciar el uso de los mismos por parte de la población. ⁽¹⁾

También, es importante considerar que las personas acceden a los servicios de urgencia por problemas de salud que no requieren una atención urgente y que pueden ser resueltos en otros niveles de atención como consulta externa o una consulta programada. Este acceso a los servicios de urgencias por causas no urgentes genera una presión innecesaria sobre una oferta limitada en los servicios de urgencias, que puede traducirse en un deterioro de la calidad de la atención por la saturación del servicio. ⁽¹⁾

En nuestra población existe una morbilidad no diagnosticada o percibida de la necesidad de acceder a los servicios de urgencias. Esta incidencia es desconocida a partir de fuentes primarias o secundarias de información en los servicios de salud, porque es una morbilidad que existe en la comunidad, especialmente en aquellas personas que se sintieron enfermas o sufrieron algún accidente y requerían cuidados médicos urgentes en un servicio de salud, pero que no accedieron a ellos o que accedieron pero no fueron admitidos. ⁽¹⁾

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. ⁽²⁾

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 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. La monitorización por parte de las instituciones de este indicador debe incentivar las acciones de mejoramiento que incrementan 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. ⁽²⁾

El acceso expedito a los servicios de urgencias es uno de principales indicadores de la oportunidad en la atención asistencial, pues es quizás el elemento que más dramáticamente se relaciona con el propósito de preservación de la vida frente a una amenaza inminente. Por lo mismo, esta actividad requiere de una especial supervisión por parte de las autoridades, pues la atención de urgencias -además- presenta un alto grado de utilización. ⁽³⁾

Los estándares internacionales indican que el tiempo de estancia en el servicio de urgencias debe estar entre 2 y 6 horas, de acuerdo al sistema establecido en cada unidad médica; no obstante se considera que hasta un 25% de los pacientes llegan a requerir una estancia mayor dentro del mismo. ⁽⁴⁻⁶⁾ El paciente que amerita observación de más de 6 horas, representa un problema real ya que satura los servicios de urgencias y repercute directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en el incre-

mento en consumo de recursos.⁽⁷⁾ Entre las principales causas asociadas al incremento en la estancia hospitalaria se encuentran patologías que por su naturaleza ameritan de periodos prolongados de observación, tales como: dolor torácico, dolor abdominal, trauma cerrado o penetrante, hemorragia digestiva alta, padecimientos psiquiátricos con ideación suicida, pacientes geriátricos con abandono social, entre otras.⁽⁸⁾ El hecho de que estos pacientes puedan llegar a requerir mayores tiempos de hospitalización en los servicios de urgencias ha obligado a desarrollar diversas estrategias para intentar reducir los mismos, cada uno de acuerdo a las características de población, recursos y políticas propias.⁽⁸⁾

Es un indicador que se evalúa a través de los registros primarios (hoja de solicitud de consulta y hoja de registro de consulta). Su objetivo es identificar las oportunidades de mejora en la reducción del tiempo de espera, como un componente de calidad de la atención médica, que forma parte del índice de organización de los servicios, relacionado con los indicadores de accesibilidad y eficiencia de los servicios.^(9,10)

Descripción

Resulta de dividir la 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 entre el total de usuarios atendidos en consulta de urgencias en ese mismo periodo.⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.5.1

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias

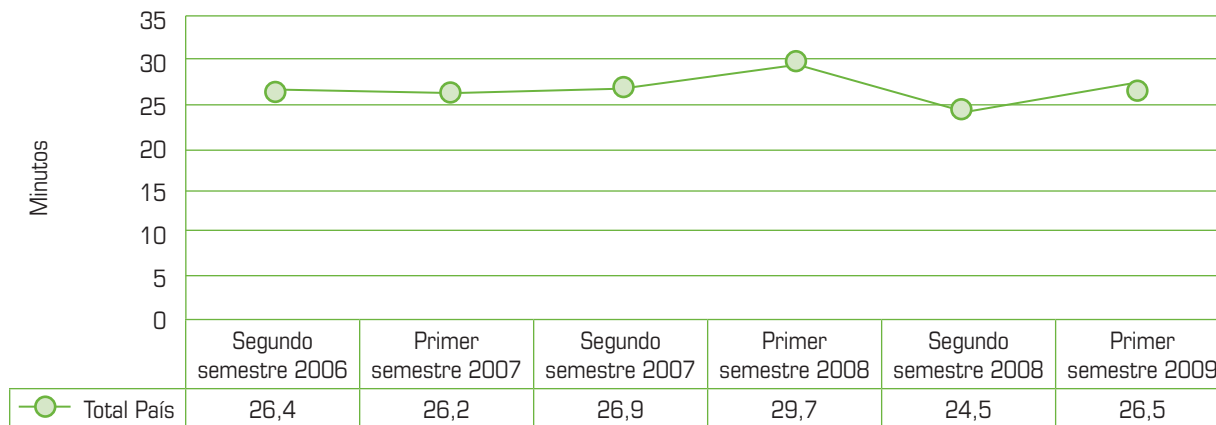
- Hay una tendencia estable en el comportamiento del indicador
- Mejor resultado en IPS Públicas
- Poca variabilidad en los valores del indicador

Tabla 29. Resumen del indicador oportunidad de atención en consulta de urgencias. Períodos 2006II-2009I.

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 26,4 | 26,2 | 26,9 | 29,7 | 24,5 | 26,5 |
| Acreditadas | 11,2 | 25,6 | 38,9 | 35,5 | 44,9 | 24,7 |
| No Acreditadas | 26,5 | 26,3 | 26,9 | 29,7 | 24,5 | 26,5 |
| Públicas | 22,4 | 22,5 | 25,6 | 26,8 | 21,1 | 23,8 |
| Privadas | 29,8 | 30,1 | 28,4 | 32,1 | 26,9 | 29,0 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 100. Tendencia del indicador oportunidad de atención en consulta de urgencias. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

En la Encuesta Nacional de salud 2007⁽¹²⁾ se evaluó sobre el tiempo promedio para ser atendido y los tiempos de espera para la atención en urgencias, son de 37,7 minutos en afiliados al régimen contributivo, 46,6 en afiliados a regímenes especiales, 36,8 entre usuarios sin afiliación, 44,1 minutos en afiliados al régimen subsidiado y no especificado 32,1.

Referencias bibliográficas

1. Gonzalez, Germán et al. Morbilidad sentida de las urgencias médicas y la utilización de los servicios de salud en Medellín, Colombia, 2005-2006. *Biomédica*. 2007, vol.27, n.2, pp. 180-189. ISSN 0120-4157.
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo Técnico. Pp. 11-13
3. Resultados de la Encuesta de la Defensoría del Pueblo. www.saludcolombia.com/actual/.../noticia72_2.htm
4. Graff I. History of observation medicine. In Graff I, ed. *Observation Medicine*. Boston: Andover Medical Publisher Inc; 1993
5. American College of Emergency Physicians: Emergency Department Observation Units. *Ann Emerg Med*. 1988;17:(95-96)
6. Ross Me Glob K, Wilson A, et al. Emergency department observation unit occupancy is maximized by a novel hybrid design. *Ann Emerg Med*. 1999; 34:S79 (abstract 2691).
7. Grupo de trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. *Indicadores de calidad*. *Emergencias* 2001; 13: 60-65
8. Jorge Loria-Castellanos y Porfirio Ortiz- Díaz. Estancia mayor de 6 horas en un servicio de urgencias de 2do nivel de la ciudad de México. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. *Rev Cub Med Int Emerg* 2005;5(1)
9. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad.
10. Guía Para el Plan de Arranque Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Dirección General de Calidad de los Servicios de Salud. Dirección de Monitoreo de la Calidad, Marzo, 2001.
11. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.
12. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009.

Indicador EXP 1.6.1

Oportunidad en la atención en consulta de odontología

Racional

El mejoramiento de la calidad de los servicios de salud requiere de la incorporación de un modelo de gestión que permita articular las necesidades de la atención odontológica de la población con el desempeño del equipo de salud, la oferta del servicio y la evaluación continua. La evaluación permitirá medir el impacto de la prestación de los servicios odontológicos en el perfil de salud bucal de la población. ⁽¹⁾

En América Latina el modelo de atención dominante en salud se caracteriza por ser curativo y orientado a la atención de las enfermedades, situación que se expresa en forma directa en la atención odontológica; las acciones que realizan los servicios odontológicos son predominantemente curativas, mutiladoras, de poca cobertura y con largos intervalos de tiempo entre una consulta y otra. ⁽¹⁾

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. 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. ⁽²⁾

La monitorización de este indicador puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y en relación al mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto 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 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. ⁽²⁾

Descripción:

Resulta de dividir la sumatoria total de los días calendario transcurridos desde 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 entre el número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución. ⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.6.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Cuadro resumen por departamento período 2006II -2009I.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Oportunidad en la atención en consulta de Odontología (IPS/EAPB)

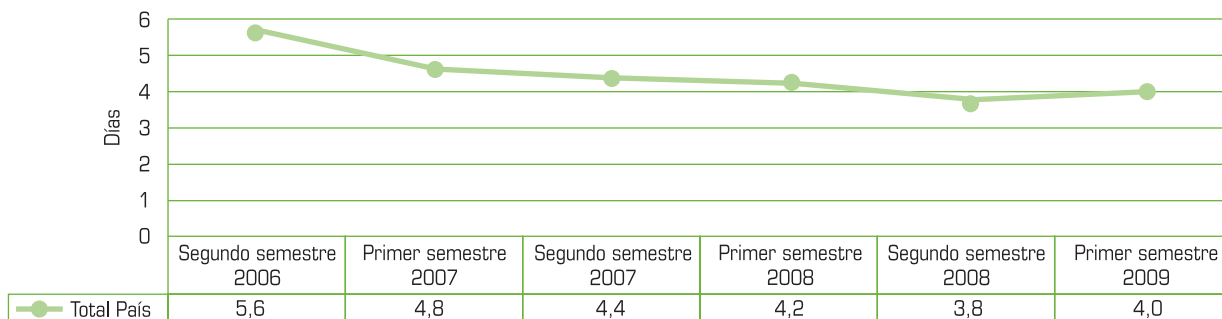
- Hay una tendencia estable en el comportamiento del indicador
- Mejor resultado en IPS Acreditadas y Públicas
- Alta variabilidad en los valores del indicador reportados por la EAPB

Tabla 30. Resumen del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 5,6 | 4,8 | 4,4 | 4,2 | 3,8 | 4,0 |
| Acreditadas | 3,1 | 2,1 | 1,5 | 1,5 | 0,8 | 0,7 |
| No Acreditadas | 5,6 | 4,8 | 4,4 | 4,2 | 3,8 | 4,1 |
| Públicas | 4,9 | 4,2 | 4,1 | 4,5 | 4,1 | 4,5 |
| Privadas | 6,0 | 5,3 | 4,7 | 4,0 | 3,7 | 3,9 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 101. Tendencia del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología. Reporte de la IPS. Períodos 2006II-2009I



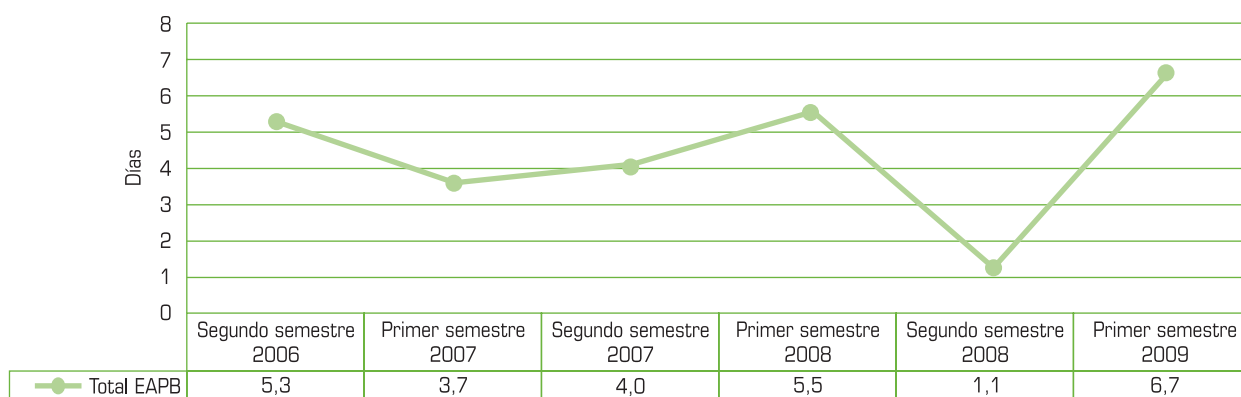
Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Tabla 31. Resumen del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología general.
Reporte de laEAPB Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 5,3 | 3,7 | 4,0 | 5,5 | 1,1 | 6,7 |
| Subsidiado | 2,8 | 3,0 | 3,4 | 2,7 | 2,6 | 11,4 |
| Contributivo | 5,8 | 4,2 | 4,5 | 4,5 | 3,6 | 4,0 |
| Prepagada | 4,4 | 3,7 | 6,7 | 8,9 | 0,1 | 4,1 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 102. Tendencia del indicador oportunidad en la atención en consulta de odontología general. Reporte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. Daphne Y. Carrillo Tarascio. Yajaira C. Romero Uzcátegui. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de Salud adscritos a la corporación merideña de salud en el municipio Libertador del estado Mérida. 2005. Acta Odontológica Venezolana - volumen 45 N° 2 / 2007 ISSN: 0001-6365 – www.actaodontologica.com
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.
3. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.

Indicador EXP 1.8.2

Oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB

Racional

La prescripción de medicamentos es una parte importante de la atención médica efectiva al ofrecer opciones terapéuticas para mejorar la salud de los usuarios. Sin embargo, para lograr que dicha prescripción sea adecuada, es necesario considerar varios aspectos como la disponibilidad o abasto suficiente de medicamentos, la efectividad y seguridad de los mismos, el acceso que la población tiene para obtenerlos y la prescripción racional de los mismos por parte de los médicos.⁽¹⁾

Uno de los principales problemas que enfrentan las instituciones de salud públicas de los países en desarrollo es lograr abastecer las necesidades de los usuarios en materia de medicamentos. El desabasto existente obliga a la población, en muchas ocasiones, a tener que adquirir los medicamentos con dinero de su bolsillo, con el consecuente riesgo de empobrecerse o peor aún, de dejar de atender el problema de salud que padecen. Corregir el desabasto de medicamentos es una tarea compleja, ya que involucra no sólo la adquisición y distribución de los fármacos, sino también procesos inadecuados que se desarrollan dentro de las instituciones del sector salud, la industria farmacéutica y distribuidores.⁽¹⁾

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. Una de las dificultades reportadas por los usuarios en este sentido es 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.⁽²⁾

La monitorización por parte de las instituciones de este indicador permitirá 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 (POS).⁽²⁾

Descripción:

Se obtiene al dividir el 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 entre el número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período por 100. ⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.8.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Comportamiento del indicador según tipo de EAPB

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Hay una tendencia estable en el comportamiento del indicador
- Mejor resultado en EAPB del régimen subsidiado hasta el segundo semestre del 2007; a partir del primer semestre del 2008 las EAPB del régimen contributivo han mejorado su desempeño

Tabla 32. Resumen del indicador oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 98,0 | 85,5 | 86,7 | 90,0 | 94,5 | 90,7 |
| Subsidiado | 98,7 | 99,0 | 98,8 | 88,9 | 93,8 | 88,4 |
| Contributivo | 97,6 | 82,6 | 83,3 | 90,1 | 94,8 | 93,3 |
| Prepagada | 96,3 | | | | 25,0 | 25,0 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 103. Tendencia del indicador oportunidad de entrega de medicamentos POS, por parte de la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. 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. Pp155. <http://evaluacion.salud.gob.mx>
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.
3. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.

Indicador EXP 1.9.1

Oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS

Racional

En el Artículo 17 del Decreto 4747 de 2007 se establece la siguiente norma para el proceso de referencia y contrareferencia: El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrareferencia y la operación del sistema de referencia y contrareferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicaciones.⁽¹⁾

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes.⁽¹⁾

La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitidor hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitora, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.⁽¹⁾

La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contra remisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.⁽¹⁾

La monitorización de este indicador 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 resolutoria de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta. 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.⁽²⁾

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.⁽²⁾

Descripción:

Oportunidad de la referencia en la EAPB se obtiene de dividir la sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB entre el total de solicitudes de referencia.⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 1.9.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Comportamiento del indicador según tipo de EAPB

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

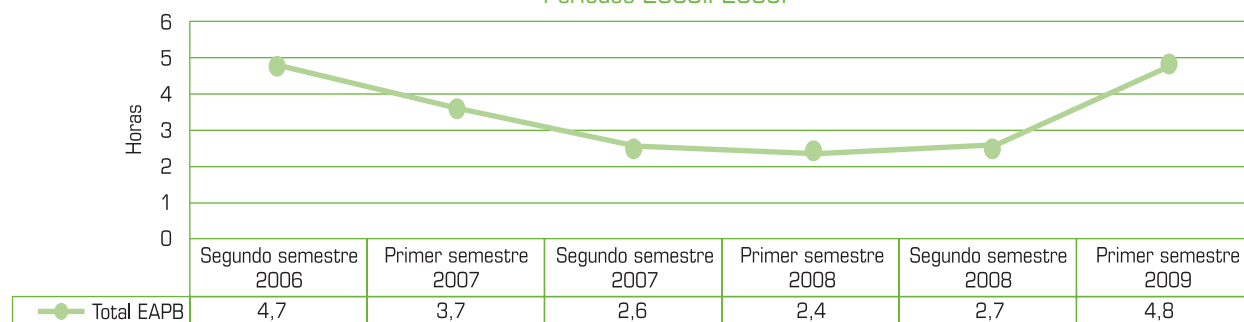
- Hay una tendencia estable a la disminución entre el primer semestre del 2007 y el segundo semestre del 2008; en el primer semestre del 2009 se puede observar un ligero aumento en la tendencia del indicador
- Mejor resultado en EAPB del régimen subsidiado entre el 2008 y el primer semestre del 2009

Tabla 33. Resumen del indicador oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 4,7 | 3,7 | 2,6 | 2,4 | 2,7 | 4,8 |
| Subsidiado | 4,4 | 5,0 | 5,4 | 3,5 | 2,4 | 3,6 |
| Contributivo | 5,1 | 1,7 | 1,0 | 1,6 | 3,3 | 6,5 |
| Prepagada | 1,1 | 2,9 | 2,2 | 3,0 | 2,3 | 3,0 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 104. Tendencia del indicador oportunidad de autorización de la referencia del paciente entre la red de IPS. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007.
2. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Pp. 57-59
3. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de calidad de servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009

Indicador EXP 2.2.1

Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente la IPS para la atención

Racional

El principio de libre escogencia se relaciona con el de “disponibilidad” en tanto que, para el ejercicio efectivo de la autonomía de la voluntad, se deben ofrecer opciones plurales en la utilización de las Instituciones Prestadoras de Salud. ⁽¹⁾ La libre escogencia fue uno de los principios con los que se promovió la reforma de salud ante el Congreso de la República y uno de los supuestos teóricos que junto con la libre competencia, “*Constituían argumentos éticos no exentos de ventajas pragmáticas* (como las de generar una emulación sana entre las empresas de salud, de la cual debían derivarse incentivos para su mejor desempeño)”. ⁽²⁾ Igualmente, se señalaba la necesidad de propiciar una competencia sana entre aseguradoras que premiara a aquellas que hubieren adoptado esquemas de atención que consultaran las necesidades y aspiraciones del afiliado. ⁽¹⁾

Descripción

Porcentaje de usuarios pueden elegir libremente la IPS entre el total de usuarios encuestados. Opciones de respuesta “Si” o “no”. ⁽³⁾

Resultados

- En el ejercicio del derecho a la libre elección de entidad aseguradora, se encontró un nivel medio de aceptabilidad (76.34/100), menor en el régimen subsidiado (66.97) que en el contributivo (79.81). ⁽¹⁾
- En el régimen contributivo tiene una baja calificación con un índice de 36.56. Se observa que, con relación a la prestación efectiva de los servicios de salud el usuario no tiene posibilidad de escoger, inclusive en aquellos servicios que constituyen la entrada al sistema como son la libertad de escoger médico general y el lugar de atención de urgencias. La selección de IPS para imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio son los peor calificados. ⁽¹⁾ (Ver tabla)
- El régimen subsidiado es el régimen peor calificado al obtener un índice de 32.47; lo que representa una desmejora con relación a la calificación del año 2003. Todas las variables que integran este régimen estuvieron por debajo del mínimo aceptable. ⁽¹⁾ (Ver tabla)
- La libre escogencia continúa siendo el componente del derecho a la salud más vulnerado. La calificación de este factor fue de 35.46 puntos sobre 100 en el 2005, menor en 4.34 a la del año 2003. En toda la gama de prestación de servicios, los usuarios no tienen una verdadera opción de escogencia. Existe una insuficiente red de prestadores por niveles de atención por cuanto las entidades aseguradoras no ofrecen una pluralidad de opciones, y remiten a los usuarios hacia sus redes propias o hacia la única red contratada. ⁽¹⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Tabla de datos: Libertad para escoger lugar de atención de urgencias, Libertad para escoger IPS para cirugías, Libertad para escoger IPS para exámenes de laboratorio y Libertad para escoger IPS para imágenes diagnósticas
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Tabla 34. Calificaciones en componente de libre escogencia según variables

| Variables | Régimen | | | | General |
|--|--------------|-------|------------|-------|---------|
| | Contributivo | | Subsidiado | | |
| | 2003 | 2005 | 2003 | 2005 | 2005 |
| Libertad de escoger médico general | 62,30 | 53,30 | 54,20 | 43,31 | 50,65 |
| Libertad de escoger odontólogo | 48,90 | 44,29 | 45,50 | 37,81 | 42,54 |
| Libertad de escoger lugar de atención de urgencias | | 40,64 | | 36,67 | 39,70 |
| Libertad de escoger médico especialista | 41,40 | 34,55 | 23,10 | 30,27 | 33,41 |
| Libertad de escoger IPS para cirugías | 35,20 | 26,63 | 34,80 | 30,84 | 27,86 |
| Libertad de escoger IPS para exámenes de laboratorio | 18,00 | 22,65 | 13,30 | 24,91 | 23,25 |
| Libertad para escoger IPS para imágenes diagnósticas | 31,60 | 18,79 | 24,50 | 24,59 | 20,15 |
| Libre escogencia | 41,40 | 36,56 | 34,50 | 32,47 | 35,46 |
| Libertad de escoger entidad aseguradora | | 79,81 | | 66,97 | 76,34 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del Pueblo

La Encuesta Nacional de salud 2007 ⁽³⁾ evaluó si los usuarios pueden elegir libremente la IPS la siguiente tabla presenta el resultado al indagar en consulta externa. Se puede observar que en el régimen contributivo el 47% de los pacientes pudo elegir su institución, mientras que el régimen subsidiado presenta un porcentaje menor con un 36,8%, así como el 24,3% en el régimen especial y en ninguno el 59,7%. Estas diferencias son relativamente importantes y marcan un mayor porcentaje de elección en el régimen contributivo.

Tabla 35. Elección de institución para atención de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado

| | | |
|-----------------|-------|-------|
| Contributivo | 47.07 | 52.93 |
| Subsidiado | 36.78 | 63.22 |
| Especial | 24.34 | 75.66 |
| No especificado | 22.67 | 77.33 |
| Ninguno | 59.61 | 40.39 |
| Total | 42.33 | 57.67 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Referencias bibliográficas

1. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud -ISUS-. Bogotá D.C., 2005 ISBN 958-9353-44-4
2. Defensoría del Pueblo. Documento elaborado en el marco del Programa de Seguimiento y Evaluación de las Políticas Públicas para la formación, promoción, defensa, protección y realización de los Derechos Humanos (PROSEDHER). Versión 2002.
3. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 2.2.2

Proporción de usuarios que pudieron elegir libremente el profesional para la atención

La Ley 100 de 1993 otorgó a los usuarios la libertad de elegir la Empresa Promotora de Salud cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas, al igual que el derecho a escoger la IPS y los profesionales de su preferencia entre las opciones ofrecidas por la aseguradora. Adicionalmente la ley estableció la prohibición para las Empresa Administradoras de Planes de Beneficios de obligar al usuario a seleccionar un determinado prestador.

La Resolución 13437 de 1991, que trata sobre el decálogo de los derechos de los pacientes, señala entre otros aspectos que todo paciente debe *“ejercer sin restricciones (...) Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.”*

Descripción

Total de usuarios que pueden elegir libremente el profesional para su atención entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100. ⁽²⁾

Opciones de respuesta “Si eligen el profesional” o “No eligen el profesional”.

Resultados

En la evaluación de los servicios de salud que brindada a las empresas promotoras de salud a cargo del Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo en el año 2005 ⁽¹⁾ se analizó a cerca del criterio de libre escogencia desde la percepción de los usuarios teniendo como resultados a saber:

En relación a la selección de especialistas, la mayor queja consiste en que las entidades aseguradoras no cuentan con profesionales suficientes en algunas áreas, o solo cuentan con uno por cada especialidad. En la investigación realizada por la Defensoría del Pueblo titulada “La tutela y el derecho a la salud” se encontró que el 4.3% de las tutelas se interpuso por citas médicas, concentradas principalmente en oftalmología, neurología y cardiología. ⁽¹⁾

Con relación a los exámenes de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, los usuarios manifiestan su inconformidad por la poca oportunidad que tienen de selección, ya que muchas entidades poseen sus propias IPS o contratan las de menor costo. ⁽¹⁾

Las siguientes tablas presentan el porcentaje de respuesta de cada uno de los siguientes renglones.

Información técnica del indicador:

Apéndice 1: Calificaciones en el componente de libre escogencia según variables y ciudades en el régimen contributivo y subsidiado. Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Tabla 36. Libertad para escoger médico general

| | Contributivo (%) | Subsidiado (%) | Total (%) |
|--------------|------------------|----------------|-----------|
| Nunca | 29.2 | 39.5 | 32.0 |
| Casi nunca | 5.6 | 7.4 | 6.1 |
| A veces | 11.1 | 8.9 | 10.5 |
| Casi siempre | 10.2 | 7.7 | 9.5 |
| Siempre | 43.3 | 35.3 | 41.1 |
| No informa | 0.6 | 1.2 | 0.8 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del Pueblo

Tabla 37. Libertad para escoger médico especialista

| | Contributivo (%) | Subsidiado (%) | Total (%) |
|--------------|------------------|----------------|-----------|
| Nunca | 45.6 | 46.6 | 45.8 |
| Casi nunca | 7.1 | 8.0 | 7.4 |
| A veces | 6.2 | 9.4 | 7.1 |
| Casi siempre | 9.9 | 5.7 | 8.7 |
| Siempre | 26.4 | 23.7 | 25.7 |
| No informa | 4.8 | 6.7 | 5.3 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del Pueblo

Tabla 38. Libertad para escoger odontólogo

| | Contributivo (%) | Subsidiado (%) | Total (%) |
|--------------|------------------|----------------|-----------|
| Nunca | 42.6 | 47.5 | 43.9 |
| Casi nunca | 4.2 | 4.4 | 4.3 |
| A veces | 7.7 | 9.6 | 8.2 |
| Casi siempre | 7.7 | 7.2 | 7.6 |
| Siempre | 36.2 | 29.2 | 34.3 |
| No informa | 1.6 | 2.1 | 1.7 |
| Total | 100 | 100 | 100 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del Pueblo

La Encuesta Nacional de salud 2007 ⁽²⁾ evaluó si los usuarios pueden elegir libremente el profesional para su atención; en relación con la percepción de la calidad del servicio en consulta externa, el 34,1% de la población usuaria, afiliada al régimen contributivo, pudo elegir el profesional de preferencia, mientras que en el régimen subsidiado se refleja una proporción menor, de un 28,6% y en el régimen especial de un 40,6%; la población sin aseguramiento pudo elegir en un 27,3%. (Ver tabla)

Respecto a elegir el profesional de preferencia para la atención, en hospitalización o urgencias, los usuarios respondieron que sí en el 5,3% de los casos, sin mayores diferencias entre regímenes. Como se puede observar, el nivel de elección del profesional en este servicio es más restringido que en consulta externa. (Ver tabla)

| Tabla 39. Elección de profesional de preferencia (%) por usuarios de consulta externa según régimen de afiliación declarado | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Régimen | Si eligen el profesional | No eligen el profesional |
| Contributivo | 34.14 | 65.86 |
| Subsidiado | 28.64 | 71.36 |
| Especial | 40.62 | 59.38 |
| Ninguno | 27.32 | 72.68 |
| No especificado | 23.21 | 76.79 |
| Total | 31.43 | 68.57 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

| Tabla 40. Elección del profesional de preferencia (%) por usuarios de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado | | |
|--|-----------|--------------|
| Régimen | La eligió | No la eligió |
| Contributivo | 5.22 | 94.78 |
| Subsidiado | 4.47 | 95.53 |
| Especial | 5.33 | 94.67 |
| Ninguno | 5.43 | 94.57 |
| No especificado | 6.46 | 93.54 |
| Total | 5.30 | 94.70 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Referencias bibliográficas

1. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-.Bogotá D.C., 2005 ISBN 958-9353-44-4
2. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 9.1.1

Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S

Racional

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. La monitorización de este indicador debe permitir identificar áreas de mejoramiento en los procesos mencionados.⁽¹⁾

Descripción

Corresponde al número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios.⁽¹⁾

Resultados

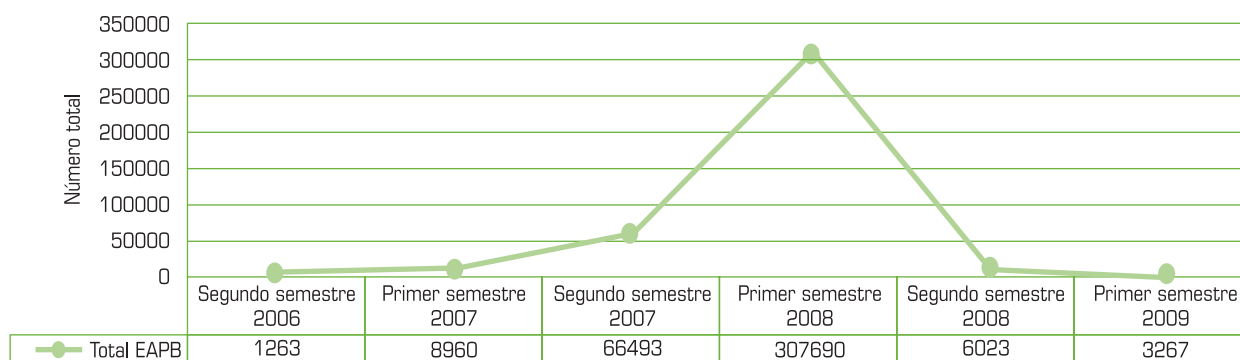
- Los dos últimos períodos muestra una tendencia a la disminución en el número total de tutelas.
- En promedio el régimen subsidiado presenta un mayor reporte en comparación al régimen contributivo.

Tabla 41. Resumen del indicador número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 1263 | 8960 | 66493 | 307690 | 6023 | 3267 |
| Subsidiado | 76 | 1046 | 59316 | 296564 | 3755 | 840 |
| Contributivo | 1028 | 6591 | 7146 | 11111 | 2255 | 2400 |
| Prepagada | 159 | 1323 | 31 | 15 | 13 | 27 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- dirección general de calidad de servicios. 2009.

Gráfico 105. Tendencia del indicador número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- dirección general de calidad de servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo técnico. Pp. 43-44
2. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. 2009.

Información técnica del indicador:

Apéndice Tabla de datos: Comportamiento del indicador según tipo de EAPB

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Indicador EXP 9.2.3

Proporción de quejas resueltas antes de 15 días

Racional

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. Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio. 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. ⁽¹⁾

Descripción.

Se obtiene de dividir el número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días entre el número total de quejas recibidas multiplicado por 100. ⁽¹⁾

Resultados

El Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud informa semestralmente este indicador presentando el siguiente comportamiento:⁽²⁾

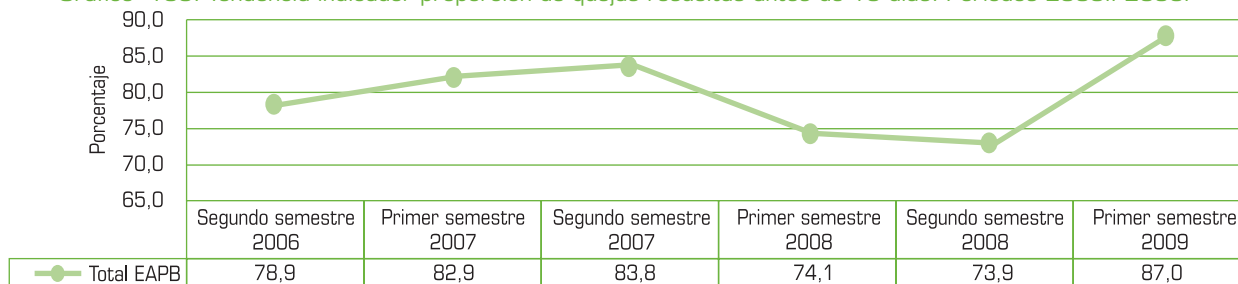
- Tendencia a la mejora en el total de quejas resueltas antes de 15 días
- En comparación por tipo de afiliación de las EAPB, el régimen subsidiado presenta mejor comportamiento.

Tabla 42. Resumen del indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 78,9 | 82,9 | 83,8 | 74,1 | 73,9 | 87,0 |
| Subsidiado | 91,0 | 74,9 | 78,0 | 79,1 | 87,7 | 80,0 |
| Contributivo | 76,6 | 83,2 | 83,9 | 72,8 | 71,8 | 88,0 |
| Prepagada | 89,3 | 93,0 | 93,9 | 87,6 | 80,9 | 81,7 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Gráfico 106. Tendencia indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 de mayo de 2006. Anexo técnico. Pp. 73-74
2. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.

Información técnica del indicador:

Apéndice Tabla de datos: Comportamiento del indicador según tipo de EAPB

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Indicador EXP 12.1.1

Tasa global de traslados desde la EAPB

Racional

El esquema de aseguramiento, contenido en la Ley 100 de 1993, contempla, entre uno de sus principios, la libre escogencia (Artículo 178), en virtud del cual se establece como obligación de las EPS definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales hayan establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado o su familia.⁽¹⁾

Igualmente, este derecho de “libre escogencia” constituye también una característica básica del Régimen General de Seguridad Social en Salud. En efecto, el artículo 156 de la Ley 100 de 1993, al hacer referencia a las características que informan el servicio de salud, establece, en su literal g) que: *“Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.”* Sobre ese particular, resulta importante destacar que el derecho fundamental de acceso a la seguridad social, previsto de manera específica en los artículos 48 y 49 de la Carta, comprende no sólo el acceso al sistema de salud como tal y a su cobertura, sino que además se proyecta sobre las garantías de permanencia y traslado de sus afiliados dentro del sistema.⁽¹⁾

“El derecho de toda persona a escoger libremente las entidades encargadas de garantizarle el servicio de salud, también es la forma en que el legislador cumple con el mandato constitucional de crear un sistema de salud eficiente y de calidad.”⁽¹⁾

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. 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.⁽²⁾

Descripción

La tasa de traslados desde la EAPB se obtiene de dividir el número de afiliados que se trasladó a otras EAPB del mismo régimen, en el período, entre el número total de afiliados en el período multiplicado por 100.⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1. Nota técnica: Código EXP 12.1.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Comportamiento del indicador según tipo de EAPB

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Tendencia estable en el tiempo con aumento en el último semestre
- Mayor tasa de traslados en el régimen contributivo, excepto en el último semestre según comportamiento del régimen subsidiado

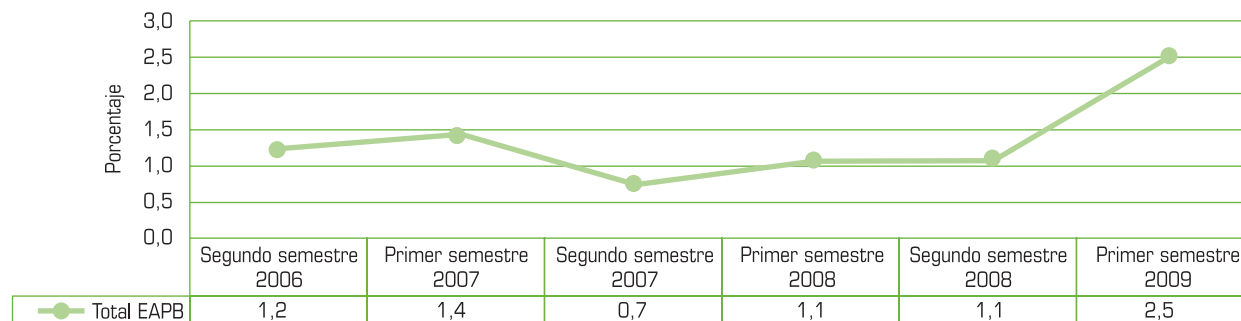
Ver gráficos relacionados a continuación:

Tabla 43. Resumen del indicador tasa global de traslados desde la EAPB. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 1,2 | 1,4 | 0,7 | 1,1 | 1,1 | 2,5 |
| Subsidiado | 1,8 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 4,7 |
| Contributivo | 1,0 | 2,5 | 1,0 | 1,7 | 2,3 | 1,5 |
| Prepagada | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 0,6 | 0,3 | 0,3 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 107. Tendencia del indicador tasa global de traslados desde la EAPB. Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Referencias bibliográficas

1. Ley 100 de 1993. Sistema de seguridad social integral
2. Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 1446 de 8 de mayo de 2006. Pp. 76-77
3. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Bogotá D.C., 2009.

Capítulo 7

Indicadores de experiencia de atención del paciente - basados en mediciones de percepción de los usuarios

- La calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor/ comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor (Losada & Rodríguez, 2007).
- Las mediciones de experiencia de atención de los pacientes, basados en mediciones de percepción que se coleccionaron para este 1er. Informe 2009 son:
- Los indicadores a tratar en este capítulo son:

Indicadores de experiencia de atención del paciente - basados en mediciones de percepción de los usuarios

| Subdominio 1 | Subdominio 2 | Código | Mediciones - indicadores | No. |
|---|--|-----------|---|-----|
| 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta | 11. Oportunidad percibida | EXP1.11.1 | Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad | 1 |
| 2. Acceso a la atención y utilización del servicio | 3. Restricción al acceso por tramite | EXP2.3.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso por trámite | 2 |
| | 4. Restricción al acceso por razón económica | EXP2.4.1 | Proporción de usuarios que perciben alguna restricción al uso de servicios por costo | 3 |
| 4. Trato y respeto recibido | 2. Trato interpersonal | EXP4.2.1 | Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico | 4 |
| 5. Información y comunicación recibida | 1. Suficiencia información | EXP5.1.1 | Proporción de usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente | 5 |
| | 4. Info post hospitalización | EXP5.4.1 | Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada | 6 |
| 7. Los recursos tangibles del servicio | 2. Aseo | EXP7.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron aseo apropiado | 7 |
| | 3. Planta física | EXP7.3.1 | Proporción de pacientes que percibieron una planta física, espacios, muebles y dotación apropiada | 8 |
| 8. Participación en su propio cuidado | 3. Autorización del paciente | EXP8.3.1 | Proporción de pacientes a los que se solicitó autorización para realización de procedimientos | 9 |
| 11. Evaluación global de la experiencia de atención | 2. Seguridad global | EXP11.2.1 | Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingreso a la entidad | 10 |
| | 3. Satisfacción global EAPB | EXP11.3.1 | Tasa de satisfacción global captada por la EAPB | 11 |
| | 4. Satisfacción global IPS | EXP11.4.1 | Tasa de satisfacción global captada por la IPS | 12 |
| | 5. Calidad global | EXP11.5.1 | Proporción de usuarios que tuvieron la percepción de haber recibido servicios de excelente calidad | 13 |
| 12. Valoración final de la experiencia de atención | 1. Adherencia-fidelidad-lealtad | EXP12.1.5 | Proporción de usuarios de la IPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla | 14 |

Los programas de mejoría de la calidad poseen como uno de sus principios centrales la satisfacción del cliente o usuario. Esta dimensión está referida a la relación existente entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad.⁽¹⁾

Se sabe que las buenas relaciones interpersonales contribuyen en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en materia de salud y a establecer una buena relación con los pacientes. La calidad de esas relaciones produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante. Si las relaciones interpersonales no son adecuadas, aunque los servicios se presten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. Problemas en esta área de la satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.⁽¹⁾

La Gerencia de la Calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional. De esta manera conocer cual es la percepción de los usuarios y mejorar su satisfacción aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece las instituciones de salud.⁽¹⁾

Ha medida que se mejora la calidad de los servicios de salud se obtienen resultados son positivos, los costos son bajos y los gerentes se empiezan a dar cuenta de lo valioso que es la herramienta (evaluación de la percepción en la atención prestada). El aplicar esta herramienta contribuye a que se promueva en las instituciones de salud, el mejor uso de los recursos disponibles y estar claro de los beneficios que esto conlleva como es el aumento relativo de la capacidad de oferta y por ende de los indicadores de salud.

El servicio en sí mismo es un valor y el personal surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario y obtener lealtad. Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado que permite a los administradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para

la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de la mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud.⁽²⁾ Estudios en varios países reflejan que el gasto se relaciona con la satisfacción del usuario y que la decisión de buscar atención o no de un profesional de la salud se basa en diferentes factores: horario del servicio, tiempo o costo del viaje, tiempo de espera, disponibilidad de médicos, medicamento y trato personal.⁽¹⁾

Conocer las percepciones de calidad y el nivel de satisfacción que pacientes y usuarios, en general, obtienen de los servicios de salud. Esta permitiendo la formulación y evaluación de políticas sociales, y, en particular, de políticas públicas de salud, aceptando que un mayor grado de satisfacción de los usuarios, asociado a percepciones de mayor calidad, es un resultado social deseable y deseado por la gestión hospitalaria pública.⁽²⁾

La evaluación de la calidad ha sido una parte importante de la producción de servicios de salud, al evaluar la atención prestada permite mantener un servicio de alta calidad aumentando el prestigio, el reconocimiento y la alta motivación a los trabajadores de la salud, así como de sus usuarios. De esta manera los tomadores de decisiones al contar con esta información pueden garantizar la mejoría continua de los servicios de salud.⁽¹⁾

Los estudios de percepción sobre la calidad de atención que tienen los usuarios/as, permiten realizar un análisis basado en los resultados, donde el Ministerio de Salud y las instituciones que prestan los servicios puedan establecer como una prioridades tomando en cuenta que es una herramienta muy útil para mejorar la calidad de los mismos, tanto desde el punto de vista de su organización y funcionamiento, como un desarrollo integral, que contribuirá significativamente a mejorar la calidad de la oferta en función de los recursos existentes y las necesidades de los usuarios.⁽¹⁾

El grado de satisfacción se relaciona con la efectividad de la atención médica, ya que los pacientes con bajos grados de satisfacción regresan menos a sus controles, tienen menor adherencia a sus tratamientos y presentan pobres resultados en salud. De manera que mayores niveles de satisfacción con el servicio podrían determinar una mayor efectividad de la atención prestada.⁽²⁾

La evaluación de la satisfacción del cliente⁽¹⁾, como una medida de los resultados de la relación medico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción, de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o lingüística que separan al profesional y a los propios centros de salud de sus usuarios. Algunas consideraciones a tomar en cuenta en la satisfacción del usuario son los siguientes:

- Los derechos fundamentales del usuario
- Respeto y dignidad
- Identidad
- Seguridad personal
- Comunicación
- Información
- Consentimiento
- Ética médica, privacidad y confidencia en la atención

Referencias bibliográficas

1. 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
2. Riveros S, Jorge y Berne m, Carmen. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Rev. Méd. Chile [online]. 2007, vol.135, n.7, pp. 862-870. ISSN 0034-9887.

Indicador EXP 1.11.1

Proporción de pacientes que percibieron como apropiados los tiempos de espera para ser atendidos en la entidad

Racional

El tiempo de espera en los servicios médicos, es un indicador que nos da una idea directa de los procesos implementados por la institución para evitar los riesgos de muerte e invalidez al efectuar procesos de clasificación de riesgos en los usuarios.⁽¹⁾

Los servicios de salud no deben ser sometidos a retrasos innecesarios o injustificados y son las aseguradoras quienes deben responder por la oportuna atención de sus usuarios sin interesar si lo hacen a través de sus propias IPS o por contratación.⁽²⁾

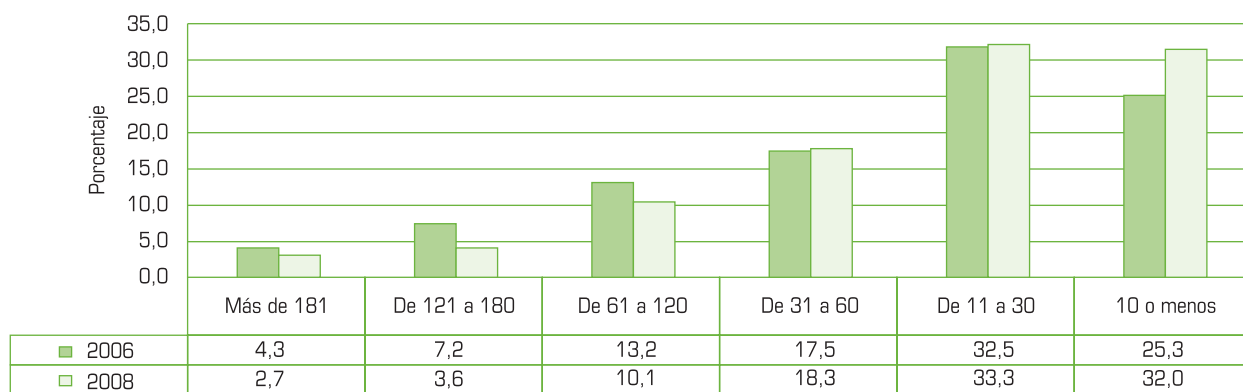
Descripción.

Porcentaje de usuarios que percibieron los tiempos de espera para ser atendidos como muy cortos, corto, ni corto ni largo, largo y muy largo entre el total de usuarios encuestados por la entidad.^(3,4)

Resultados

- La percepción de calidad de servicios recibidos por los usuarios encuestados, según los resultados del PECASUSS 2006⁽³⁾, reveló los siguientes hallazgos. La percepción de la espera para ser atendidos varió de 0 a 360 minutos, con mediana 30 y media de 55,3 (DE: 64,6). Un grupo de 1017 (25,3 %) usuarios dijo haber esperado menos de 10 minutos; 1306 (32,5 %) esperó de 11 a 30; 705 (17,5 %) de 31 a 60; 533 (13,2%) de 61 a 120; 288 (7,2 %) de 121 a 180 y, 171 (4,3 %) esperaron más de 181 minutos, 3 horas.
- Al indagar en la encuesta PECASUSS 2008⁽⁴⁾ sobre el tiempo que deben esperar los usuarios desde el momento en que llegan a la institución hasta que reciben el servicio solicitado se observó que un poco más del 32% de los usuarios encuestados esperaron entre 0 y 10 minutos. El 33,3% esperó entre 10 y 30 minutos, el 18,3% esperó entre 30 y 60 minutos y el 16,4% restante espero más de una hora para ser atendido. El tiempo promedio de espera de los usuarios de los servicios de salud desde el momento en que llegaron a la institución hasta que fueron atendidos fue de 41,56 minutos con una desviación estándar de 51,26 minutos. (Ver Gráfico)

Gráfico 108. Tiempo de espera para ser atendido. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y medio término

Información técnica del indicador:

Apéndice Tabla de datos: Tiempo de espera que los usuarios de servicios de consulta externa declaran transcurrió entre el momento de llegada a la IPS y la atención efectiva (tiempo promedio en minutos y precisión de la estimación), por régimen de afiliación y departamento.

Tiempo de espera que los usuarios de servicios de hospitalización declaran entre el momento de llegada a la IPS y la atención efectiva (tiempo promedio en minutos y precisión de la estimación), por régimen de afiliación y subregión.

Calificaciones en el componente de oportunidad según variables y ciudades régimen contributivo y subsidiado.

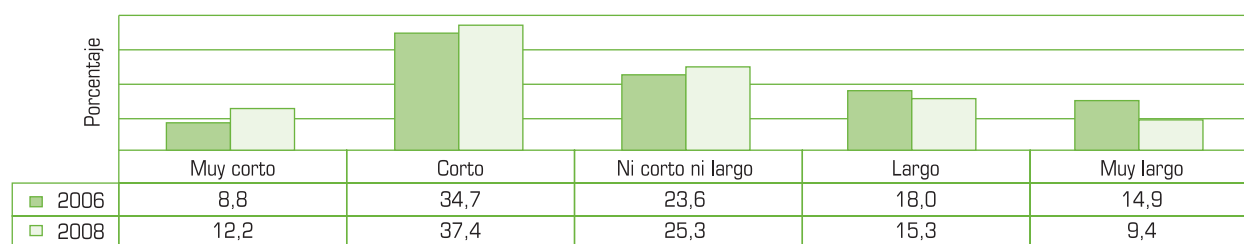
Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

- Al analizar el tiempo de espera para ser atendido según el nivel de complejidad de la IPS 2008 ⁽⁴⁾, se encontró que los usuarios de IPS de segundo nivel esperan en promedio más tiempo que los usuarios de primer y tercer nivel, siendo estos últimos los que menor tiempo esperan para recibir el servicio solicitado. El 75% de los usuarios de IPS del primer y del segundo nivel de atención esperaron 60 minutos o menos para ser atendidos, mientras que el 75% de los usuarios de IPS del tercer nivel de complejidad esperaron 40 minutos o menos para ser atendidos.
- El tiempo de espera para ser atendido presentó algunas diferencias según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en el 2008 ⁽⁴⁾, los usuarios afiliados al régimen contributivo esperaron en promedio 42,38 minutos mientras que los afiliados al régimen subsidiado esperaron en promedio 41,43 minutos con una desviación estándar de 50,99 minutos; el promedio de tiempo de espera para los usuarios que no tienen afiliación al SGSSS fue muy similar al de los afiliados al régimen subsidiado, esperaron en promedio 42,26 minutos (D.E = 53,13) desde que llegaron a la institución hasta que recibieron la atención correspondiente. Este comportamiento muestra como las IPS atienden en un menor tiempo a los usuarios afiliados al régimen subsidiado o a los que no tienen afiliación respecto a los usuarios afiliados al régimen contributivo.
- El servicio por el que mayor tiempo deben esperar los usuarios de las IPS según la encuesta aplicada en

el 2008 ⁽⁴⁾ es el servicio de hospitalización y consulta médica especializada, mientras que los servicios de consulta externa y urgencias tienen una mejor oportunidad en su prestación.

- Los tiempos de espera según PECASUSS 2006 ⁽³⁾ se percibieron como muy cortos por 354 (8,8 %) usuarios; como corto por 1397 (34,7 %); ni corto ni largo por 949 (23,6 %); largo por 723 (18,0 %) y, como muy largo, por los 598 (14,9 %) restantes. (Ver gráfico)
- A medida que disminuye el promedio de minutos de espera para ser atendido mejora la percepción que tienen los usuarios del mismo.
- En la encuesta 2008 ⁽⁴⁾ las personas que percibieron el tiempo de espera como muy largo esperaron en promedio 108,9 minutos con una desviación estándar de 74,2 minutos, este promedio disminuyó a 76,2 minutos (D.E. 60,5) para las personas que consideraron este tiempo como largo. En el caso de las personas que consideraron el tiempo de espera como ni largo ni corto el promedio observado fue de 42,1 minutos (D.E. 41.2). Finalmente, los usuarios que percibieron corto el tiempo de espera recibieron el servicio solicitado en un promedio de 20,9 minutos y las personas que lo consideraron muy corto recibieron el servicio en 8,9 minutos promedio.
- Los tiempos de espera en la evaluación medio término ⁽⁴⁾ se percibieron como muy cortos por 491 usuarios (12.2%), Cortos 1505 (37.4%), Ni corto ni largo 1018 (25.3%), largo 615 (15.3%) y muy largo 378 (9.4) y no responde 14 (0.3%). (Ver Gráfico)

Gráfico 109. Percepción del tiempo de espera por los usuarios para ser atendidos en la IPS. PECASUSS 2006 – 2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios.

- El tiempo promedio de espera⁽⁴⁾ para ser atendido fue mayor en el servicio de Hospitalización con respecto a los demás servicios, sin embargo una alta proporción de usuarios percibieron este tiempo de espera como corto o muy corto.
- Según el nivel de complejidad de la IPS⁽⁴⁾ se observó que a medida que este aumenta también lo hace la proporción de usuarios que percibieron el tiempo de espera como muy corto y disminuye la proporción de usuarios que lo percibieron muy largo. El porcentaje de personas que consideraron el tiempo de espera como ni largo ni corto fue mayor para los usuarios del 3er nivel respecto al porcentaje de los usuarios de los niveles 1 y 2.
- Los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social⁽⁴⁾ a través del régimen subsidiado y los usuarios sin afiliación al sistema tuvieron una mejor percepción del tiempo de espera para ser atendido con respecto a los usuarios que se encuentran afiliados al régimen contributivo, esto tiene relación con el tiempo promedio de espera pues fueron los afiliados al régimen contributivo quienes presentaron el promedio más alto.
- Según la encuesta de satisfacción de usuarios de EPS y ARS realizada por el Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo en el 2005⁽²⁾ los resultados

globales de oportunidad presentan un índice “satisfactorio”, destacándose una alta oportunidad en la atención en citas de medicina general (93.61), en la toma de exámenes de laboratorio (93.38) y en las citas odontológicas (89.21). No obstante lo anterior hay que destacar las bajas calificaciones en la oportunidad en cirugías y en la atención de urgencias.

- En el caso de la atención de urgencias, los usuarios manifestaron que desde su ingreso para la solicitud del servicio hasta que se lograba el primer contacto con un profesional de la salud transcurría en promedio más de hora y media (101 minutos), lo cual a su juicio supone un riesgo excesivamente alto.
- La encuesta 2005⁽²⁾ arrojó resultados satisfactorios en la oportunidad de atención en el régimen subsidiado, inclusive con mejores tiempos de oportunidad que en el régimen contributivo, tal como se muestra en la tabla. No obstante lo anterior, la oportunidad en la atención de urgencias presenta un bajo puntaje, que apenas sobrepasa el mínimo aceptable (Ver tabla).
- Según la cuantificación, en el régimen contributivo⁽²⁾ se presentan resultados satisfactorios en este componente, excepto en la oportunidad de atención en urgencias y en la realización de cirugías. (Ver tabla)

Tabla 44. Calificaciones en el componente de oportunidad según variables

| Variables | Régimen | | | | General |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Contributivo | | Subsidiado | | |
| | 2003 | 2005 | 2003 | 2005 | |
| Oportunidad en citas de medicina general | 80,20 | 93,38 | 76,30 | 94,25 | 93,61 |
| Oportunidad en realización de exámenes de laboratorio | 89,00 | 92,93 | 86,70 | 94,64 | 93,38 |
| Oportunidad en citas odontológicas | 73,40 | 88,48 | 72,00 | 91,29 | 89,21 |
| Oportunidad en entrega de medicamentos | 83,60 | 83,72 | 83,40 | 85,89 | 84,30 |
| Oportunidad en realización de imágenes diagnósticas | 73,40 | 82,57 | 79,60 | 87,87 | 83,81 |
| Oportunidad en citas con medicina especializada | 56,90 | 76,92 | 60,40 | 83,30 | 78,62 |
| Oportunidad en realización de cirugías | 56,80 | 67,36 | 68,70 | 75,91 | 69,72 |
| Oportunidad en recibir atención de urgencias | | 58,31 | | 60,90 | 58,91 |
| OPORTUNIDAD | 78,10 | 82,84 | 77,80 | 86,18 | 83,74 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del pueblo

- En la encuesta Nacional de Salud (ENS) 2007⁽⁵⁾ se interrogó a los usuarios En cuanto al tiempo transcurrido entre la llegada a la institución y la atención, existen diferencias relevantes; en el régimen contributivo el tiempo de espera es de 25,7 minutos en promedio, en régimen especial de 33,0, en los pacientes que no tienen aseguramiento de 56,6, en los del régimen subsidiado 56,9, y no especificado con 75. En las instituciones donde se atienden eventos de hospitalización y urgencias, para hospitalización existen diferencias relevantes en el tiempo promedio para llegar a la institución por parte de los pacientes; para el contributivo el tiempo es de 43,8 minutos, en especial 49,2 minutos, en pacientes sin aseguramiento 60,4 minutos, en pacientes de régimen subsidiado 61,9 minutos, y no especificado 73,3.

Los tiempos para llegar a los servicios de urgencias son relativamente similares, oscilando entre los 30,3 minutos en contributivo y 37,0 en los pacientes del régimen subsidiado. En el régimen especial 31,5 minutos, 37,8 para ninguno y 56,7 no especificado. Los tiempos de espera desde la llegada a la institución hasta la atención para hospitalización, entre los usuarios afiliados al régimen contributivo es de 40,0 minutos, en afiliados a regímenes especiales 33,8 minutos, en usuarios no afiliados 42,2, en usuarios afiliados al régimen subsidiado 42,5 minutos y no especificado 21,0. Los tiempos de espera para la atención en urgencias, son de 37,7 minutos en afiliados al régimen contributivo, 46,6 en afiliados a regímenes especiales, 36,8 entre usuarios sin afiliación, 44,1 minutos en afiliados al régimen subsidiado y no especificado 32,1.⁽⁵⁾

Referencias bibliográficas

1. La calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario externo, en el Instituto Nacional de Pediatría. Informe 2009 (análisis comparativo 2008/2009). Instituto Nacional de Pediatría. México
2. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-.Bogotá DC., 2005. ISBN 958-9353-44-4
3. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
4. 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.
5. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 2.3.1

Proporción de usuarios que perciben alguna restricción de acceso por trámite

Racional

La equidad en salud no se puede entender solo en términos de la distribución de la cobertura en aseguramiento. El hecho de portar un carné que acredita al asegurado no es una condición suficiente para garantizar el acceso efectivo a servicios de calidad. Existen barreras para que el servicio se concrete tales como la disponibilidad de la infraestructura sanitaria, la ubicación geográfica, la capacidad económica y las condiciones culturales.⁽¹⁾

El acceso es entendido como la posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita. Su medición es difícil y en general, los estudios evalúan el acceso mediante la opinión directa de individuos para determinar si pudieron obtener atención médica cuando ellos lo necesitaron.⁽²⁾

El acceso real a los servicios de salud implica por parte de las entidades aseguradoras garantizar que su red de prestadores esté conformada por instituciones que presten servicios de baja, mediana y alta complejidad, localmente o por lo menos en el área de influencia operando mediante el sistema de referencia y contrareferencia para la realización efectiva del derecho a la salud de sus afiliados.⁽³⁾

Descripción

Total de encuestados a los que el trámite que hizo para ser atendido (a) hoy o el día que ingreso a la institución le pareció “Muy sencillo”, “Sencillo”, “Ni complicado ni sencillo”, “Complicado”, “Muy complicado” entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(4,5)

Resultados

Para la encuesta de satisfacción de usuarios de EPS y ARS 2005⁽³⁾ que estuvo a cargo del Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo, el acceso a los servicios se entiende como la facilidad que tiene el usuario de acudir a la entidad aseguradora para solicitar información sobre servicios, derechos, autorizaciones, programas de promoción y prevención, costo de cuotas moderadoras, copagos y entrega de medicamentos.

- La calificación de este componente (66.39/100) superó escasamente el mínimo establecido, como consecuencia de las bajas calificaciones en: invitación a programas de prevención y promoción (6.17), entrega oportuna y completa de los medicamentos (59.29), información sobre la red de prestadores (59.34) e información sobre servicios a que tiene derecho (61.01). Se destaca una mejor puntuación del régimen subsidiado sobre el contributivo.
- En el régimen contributivo el componente de acceso a los servicios obtuvo una calificación de 64.42/100, donde el puntaje más alto corresponde al lugar de entrega de medicamentos, el cual no se debe confundir con la entrega efectiva de todos los medicamentos, variable que resultó por debajo del mínimo aceptable.⁽³⁾
- Las autorizaciones fueron calificadas con índices superiores a 84.30, mientras que las variables que conforman el acceso a la información (derechos y servicios, red de prestadores e invitación a programas de promoción y prevención) presentaron los niveles más bajos, con valores menores a la cuantificación realizada en el año 2003.
- Dentro del régimen subsidiado, este componente obtuvo un índice global de 71.67/100 en el 2005; las autorizaciones de imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio son los mejor calificados; la información de servicios y derechos e información sobre la red de prestadores obtienen las calificaciones más bajas. Si bien es cierto que el acceso a la información mejoró con relación a la encuesta 2003,

Información técnica del indicador:

Apéndice tabla de datos: Calificaciones en el componente de acceso a los servicios según variables y ciudades en el régimen contributivo y subsidiado. Disponibles en microsítio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

los valores apenas sobrepasan el mínimo aceptable. Hay que resaltar que la autorización de más baja puntuación es la de cirugías.⁽³⁾ (Ver tabla)

- En cuanto al trámite efectuado para la atención en la encuesta PECASUSS 2006⁽⁴⁾, 146 (3,6 %) lo percibieron como muy sencillo; 2381 (59,2 %) sencillo; 732 (18,2 %) ni sencillo ni complicado; 563 (14 %) complicado y, 199 (4,9 %) muy complicado.
- En general, los usuarios encuestado en la evaluación de Medio Término 2008⁽⁵⁾ consideraron el trá-

mite realizado en la IPS como sencillo (67,94%) o ni complicado ni sencillo (13,77%), mientras que un 12,28% de los usuarios afirmaron que este fue complicado o muy complicado. (Ver Gráfico)

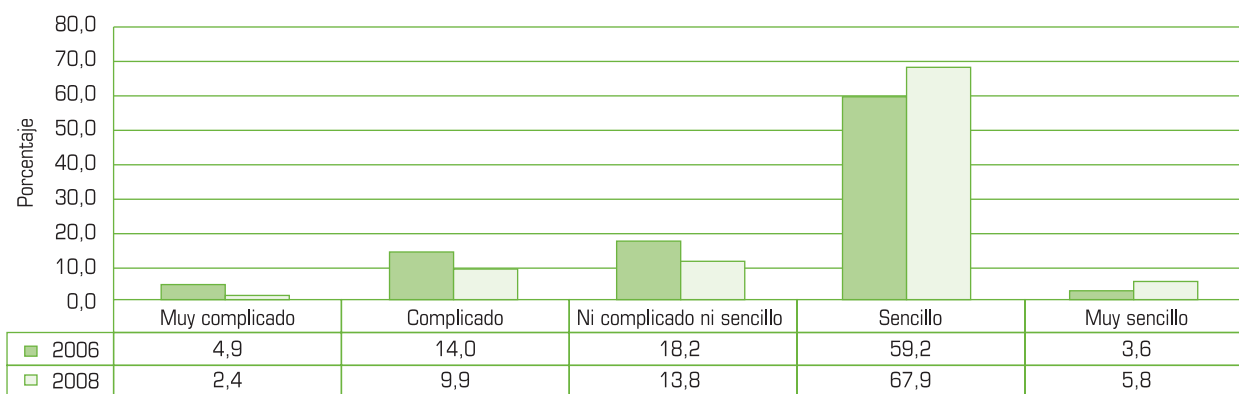
- Al analizar la percepción sobre el trámite realizado según el nivel de complejidad de la IPS se encontró que en los tres niveles considerados (1, 2 y 3) la mayoría de los usuarios lo percibieron sencillo.⁽⁵⁾
- En la percepción del trámite realizado para ser atendido según la afiliación al Sistema General de

Tabla 45. Calificaciones en el componente de acceso a los servicios según variables

| Variables | Régimen | | | | General |
|--|--------------|-------|------------|-------|---------|
| | Contributivo | | Subsidiado | | |
| | 2003 | 2005 | 2003 | 2005 | |
| Lugar de entrega de medicamentos | | 94,10 | | 84,80 | 91,61 |
| Autorización de imágenes diagnósticas | 98,30 | 87,68 | 95,00 | 87,56 | 87,65 |
| Autorización de exámenes de laboratorio | 99,10 | 87,87 | 98,00 | 86,38 | 87,48 |
| Autorización de cirugías | 93,20 | 86,42 | 85,40 | 82,06 | 85,19 |
| Atención en Urgencias | 58,00 | 84,62 | 58,40 | 84,56 | 84,61 |
| Autorización con médico especialista | 96,00 | 84,30 | 92,60 | 83,84 | 84,18 |
| Acceso por costo de bonos | | 73,78 | | 66,31 | 72,47 |
| Información sobre servicios - derechos | 62,70 | 60,63 | 53,20 | 62,04 | 61,01 |
| Información sobre red de prestadores | 64,20 | 59,05 | 58,50 | 60,12 | 59,34 |
| Entrega de medicamentos | 60,50 | 56,84 | 53,00 | 66,03 | 59,29 |
| Invitación a programas de promoción y prevención | 36,70 | 38,50 | 31,80 | | 6,17 |
| ACCESO A SERVICIOS | 54,50 | 64,42 | 48,00 | 71,67 | 66,39 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del pueblo

Gráfico 110. Percepción del trámite realizado por los usuarios para ser atendidos en la IPS. PECASUSS 2006 - 2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Evaluación Línea de base y Medio Término

Seguridad Social en Salud se observó que la mayoría de los usuarios que afirmaron estar afiliados y la mayoría de los que afirmaron no estar afiliados percibieron sencillo o ni complicado ni sencillo dicho trámite. Para aproximadamente el 6% de los usuarios encuestados con o sin afiliación al SGSSS el trámite realizado fue muy sencillo, excepto para las personas afiliadas al régimen contributivo como cotizantes donde la proporción de personas que tuvieron esta percepción fue de 2,70%.⁽⁵⁾

- Según el tipo de servicio utilizado no se presentaron mayores diferencias con respecto al trámite realizado; la mayor parte de los usuarios que fueron encuestados después de utilizar los servicios de urgencias, hospitalización, consulta médica general y especializada lo percibieron sencillo o ni complicado ni sencillo, sin embargo vale la pena mencionar que un alto porcentaje de los usuarios del servicio de hospitalización (15,83%) consideran que el trámite realizado fue complicado o muy complicado.⁽⁵⁾

Referencias bibliográficas

1. Jazmín Campos, Martha Rivera, Martha Yanira Castañeda, “El malestar de la salud en Colombia”. Revista Economía Colombiana.
2. OPS/OMS, Programa de Organización y gestión de servicios de salud. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud y programa especial de análisis de la situación en salud. Versión 15 de septiembre de 2000.
3. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-.Bogotá DC., 2005. ISBN 958-9353-44-4
4. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes

Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.

5. 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.

Indicador EXP 2.4.1

Proporción de usuarios que perciben alguna restricción al uso de servicios por costo

Racional

El principio de equidad frente a la salud de las personas consiste en la prestación oportuna y con igual calidad y acceso a los servicios de promoción, prevención y curación de manera independiente de la capacidad de pago, en aras del cumplimiento del imperativo ético de atender los derechos mínimos de todo ser humano.⁽¹⁾

En teoría, el Estado garantiza la igualdad en el acceso a los servicios de salud a las personas afiliadas a los distintos regímenes y a los no afiliados pobres.⁽¹⁾

Las limitaciones económicas siguen siendo un obstáculo para que la población colombiana pueda acceder a los servicios de Salud. El problema no se centra en la financiación de la prima del seguro sino que se hace extensivo a los copagos, cuotas moderadoras, costos de viajes, entre otros. Así lo señala el estudio 'Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe', de Sandra Rodríguez y Paola Roldán, investigadoras del Instituto de Estudios Económicos del Caribe de la Universidad del Norte. Para su trabajo, Rodríguez y Roldán analizaron población perteneciente a los regímenes de aseguramiento Contributivo y Subsidiado.

En la encuesta de satisfacción de usuarios de EPS y ARS 2005 ⁽²⁾ que estuvo a cargo del Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo se evaluó la variable acceso a los servicios en razón del costo de las cuotas moderadoras y copagos obteniéndose que los índices de esta variable no estuvieron por debajo del mínimo aceptable, pero tampoco obtuvieron puntajes deseables, por lo que es necesario hacer las siguientes apreciaciones con el fin de evitar la negación del servicio por estos conceptos. Las cuotas moderadoras son aplicables en el régimen contributivo únicamente a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán exclusivamente a los afiliados beneficiarios del régimen contributivo y a los afiliados del régimen subsidiado.

En este sentido, la Defensoría del Pueblo presentó demanda de inconstitucionalidad contra los artículos 172-7 y 187 de la Ley 100 de 1993, y el Acuerdo 260/04 del Consejo de Seguridad Social en Salud.

Esta demanda se justifica por el número de quejas presentadas ante esta Defensoría por los usuarios, las cuales se centran en los altos costos que le representa el hecho de cancelar la cuota moderadora, convirtiéndose ésta en barrera de acceso al tener que cancelar varias cuotas moderadoras para la atención de una misma patología o de su tratamiento, ya que tienen que cancelar cuotas por la consulta con el médico general, para exámenes, medicamentos y remisión a especialistas.

Resulta el caso del estudio de la OISS en el que se analiza la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá a partir de la encuesta de calidad de vida (ECV) 2003 realizada por el DANE, en la cual se determinó una disminución en la utilización los servicios de salud en los quintiles 1,2 y 3 de ingreso de la población afiliada al régimen contributivo, comportamiento que asocian al incremento de los valores de las cuotas moderadoras y copagos, los cuales limitan el acceso a pesar de su aseguramiento.⁽³⁾

Descripción

Total de usuarios que manifiestan que si tuvieron que pagar algo para ser atendido (a), y este pago le pareció "muy barato", "barato", "ni barato ni caro", "caro" y "muy caro"; entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(4,5)

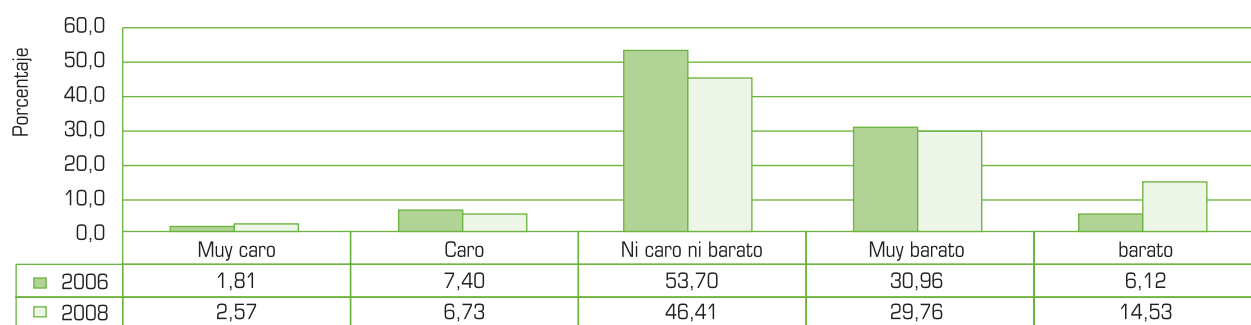
Información técnica del indicador:

Apéndice tabla de datos: Calificaciones en el componente de acceso a los servicios según variables y ciudades en el régimen contributivo y subsidiado. Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- Según la encuesta de percepción de calidad de UDEA/ MPS un subgrupo de 1715 (42,7 %) de los 4021 participantes en la medición 2006⁽⁴⁾ tuvieron que realizar copagos o pagos moderadores para ser atendidos; a 105 (6.12%) les pareció muy barato, a 921 (53.70%) barato, a 531 (30.96%) ni barato ni caro; a 127 (7.40%) caro y solo a 31 (1.81%) les pareció muy caro.
- A la pregunta sobre el pago realizado a la IPS para ser atendido en la medición de medio término⁽⁵⁾ el 70,03% de los usuarios encuestados afirmaron no haber realizado ningún pago. De los 1129 (28,07%) usuarios que afirmaron haber realizado algún tipo de pago, el 46,41% considero este pago como barato, mientras que un 14,53% lo considero muy barato. El 6,73% de los usuarios consideró el pago como caro y muy caro (2,57%), mientras que un 29,76% consideró el pago realizado como ni caro ni barato. (Ver gráfico)
- Al observar la percepción del pago realizado según el servicio utilizado se puede observar que una alta proporción de los usuarios (más del 70%) no pago para acceder al servicio de urgencias ni de consulta externa. Por el servicio de Urgencias no pago el 58,01% y el 47,93% de los usuarios que fueron atendidos en el servicio de consulta especializada tampoco realizaron ningún tipo de pago. La percepción general del pago realizado fue de barato o muy barato para aproximadamente el 65% de los usuarios que pagaron por el servicio de consulta externa y el servicio de urgencias y para el 61,37% de los usuarios del servicio de consulta especializada. Por su parte el servicio de hospitalización fue considerado como caro o muy caro por el 16,03% de los usuarios que pagaron por él.⁽⁵⁾
- Analizando el nivel de complejidad de la IPS se observó que a medida que este aumenta disminuye la proporción de personas que no pagaron para acceder al servicio demandado; del total de usuarios que recibieron servicios en una institución de nivel I el 75,25% dijo no haber pagado por el servicio utilizado, mientras que para usuarios de IPS de 2do y 3er nivel esta proporción fue de aproximadamente el 58%. Con respecto al total de usuarios que afirmaron haber realizado algún tipo de pago se observó que fue mayor la proporción de quienes percibieron este pago como caro o muy caro en instituciones de 2do y 3er nivel de complejidad con respecto a los usuarios que fueron atendidos en IPS de I nivel.⁽⁵⁾
- Al considerar la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los usuarios encuestados en el 2008 se observó que la mayoría de las personas afiliadas al régimen contributivo (51,60%) y al régimen subsidiado (73,07%) no pagaron ningún valor para acceder al servicio. Se observó también una alta proporción de usuarios (53,49%) que no están afiliados al SGSSS y no pagaron por el acceso al servicio. Del total de usuarios que pagaron para acceder al servicio y afirmaron estar afiliados al régimen contributivo el 62,63% percibió el pago realizado como barato o Muy barato, la misma proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado tuvieron esta misma percepción. El pago realizado fue considerado como caro o muy caro para el 7,89% de los afiliados al régimen contributivo y por el 8,36% de los afiliados al régimen subsidiado.⁽⁵⁾

Gráfico 111. Percepción del pago realizado por los usuarios para ser atendidos en la IPS PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término

Referencias bibliográficas

1. Jazmín Campos, Martha Rivera, Martha Yanira Castañeda, “El malestar de la salud en Colombia”. Revista Economía Colombiana.
2. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-.Bogotá DC., 2005. ISBN 958-9353-44-4
3. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. “Cobertura, equidad, utilización y calidad de los servicios de salud en Bogotá D.C y sus localidades. Encuesta de calidad de vida 2003, Bogotá D.C, 2004.
4. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
5. 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.

Indicador EXP 4.2.1

Proporción de pacientes que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico

Racional

La revisión de la literatura indica que en muchas partes del mundo en desarrollo, la percepción de la calidad del cuidado es un aspecto que influye considerablemente en la decisión de las personas de consultar los servicios de salud. En los países en desarrollo, los servicios de salud de calidad deficiente, la falta de accesibilidad física y las barreras culturales influyen en la baja utilización de los servicios de salud. La manera como el paciente y la familia esperan ser tratados por los proveedores del cuidado y el personal administrativo de las instituciones de salud es un componente importante de la satisfacción con la calidad del cuidado que recibe el familiar enfermo. Si la institución tiene fama de tener personal administrativo poco amistoso, profesionales rudos y en general un trato inadecuado, es posible que los pacientes retrasen su decisión de buscar el cuidado que necesitan hasta que la severidad de la enfermedad los obligue a vencer estos obstáculos. Sin embargo, el conocimiento acerca de la interacción entre las familias y el sistema de salud en general es extremadamente limitado y la investigación al respecto se basa en el conocimiento existente en países desarrollados.⁽¹⁾

La satisfacción de los(as) usuarios(as) de los servicios de salud ha venido adquiriendo notable importancia como indicador de la calidad de la atención en salud desde la década de 1980. Para que la atención que brinda el personal de salud sea de calidad, requiere la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, de relaciones interpersonales cálidas y de un ambiente físico agradable. Bobadilla y Martínez encontraron que los indicadores estructurales de la satisfacción de las personas, tales como la planta física y la organización de la entidad y el acceso, se asocian menos con el grado de satisfacción de los pacientes si se comparan con los indicadores de proceso, es decir aspectos técnicos e interpersonales. Varios autores han encontrado que las relaciones interpersonales con el personal médico son un aspecto que influye considerablemente en la satisfacción con la atención de salud. Las expectativas que los pacientes tienen con respecto a la atención también tienen influencia

en la satisfacción, la cual es menor cuando las expectativas son mayores. De la Cuesta describe tres elementos que caracterizan una relación satisfactoria con el médico desde la perspectiva de los pacientes. Estos elementos son: sentirse tratado y reconocido como persona, recibir información sobre la enfermedad y el cuidado, percibir interés por su recuperación de parte del médico.⁽¹⁾

Descripción

Total de usuarios que respondieron acerca del trato recibido por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) y no asistencial durante la prestación del servicio de salud que fue “muy bueno”, “bueno”, “ni bueno ni malo”, “malo” y “muy malo”; entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(2,3)

Información técnica del indicador:

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

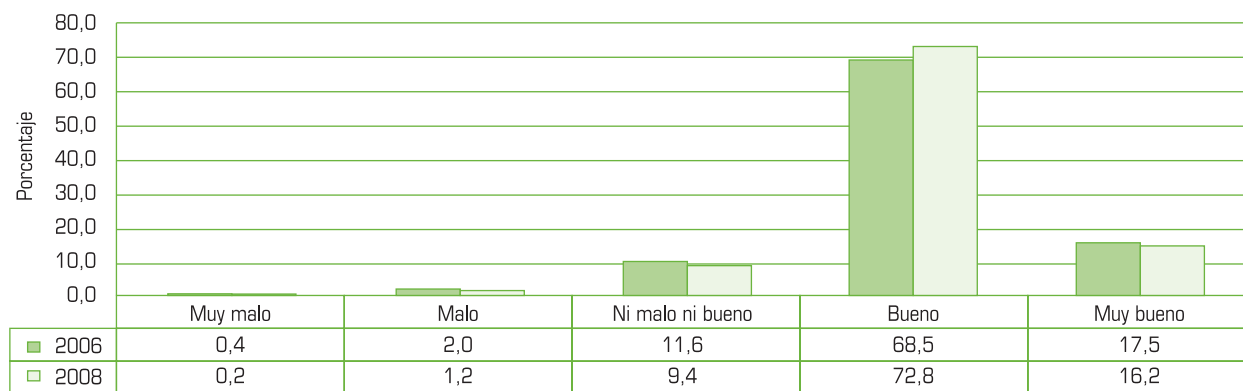
- A la pregunta sobre la percepción que tienen los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) durante la prestación del servicio de salud en la encuesta PECASUSS 2006⁽²⁾, el 68,5% respondió que fue bueno, 17,5% muy bueno, el 11,6% ni bueno ni malo y el 2,4% restante ni bueno ni malo.
- A la pregunta sobre la percepción que tienen los usuarios acerca del trato recibido por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) durante la prestación del servicio de salud en la encuesta PECASUSS 2008⁽³⁾, la mayoría respondieron que este fue bueno (72,79%) o muy bueno (16,16%). Al 9,35% de los usuarios el trato recibido no le pareció ni bueno ni malo y el 1,19% restante lo calificó malo o muy malo (0,20%). (Ver gráfico)
- Según la encuesta PECASUSS 2008⁽³⁾ la proporción de usuarios que percibieron el trato recibido por parte del personal asistencial como muy bueno aumentó desde 13,89% en el I nivel de complejidad hasta 20,33% en el III nivel. Por otro lado, el trato fue percibido como ni bueno ni malo por aproximadamente el 9% de los usuarios encuestados en los tres niveles de complejidad considerados y como malo o muy malo por un poco menos del 2% en cada una de las categorías consideradas.
- La proporción de usuarios que percibieron el trato recibido como bueno o muy bueno fue de un poco más del 85% para los usuarios con afiliación al sistema (régimen contributivo o subsidiado) y para los usuarios sin afiliación.
- En general, la percepción sobre el trato recibido por el personal asistencial fue buena en cada uno de los

servicios (consulta general y especializada, urgencias y hospitalización); un poco más del 85% de los usuarios encuestados percibieron dicho trato como bueno o muy bueno, siendo el servicio de consulta médica general en el que se encontró la mayor proporción (90,68%); adicionalmente, la proporción de usuarios que percibieron el trato recibido como malo o muy malo fue inferior al 2% en cada uno de los servicios evaluados.⁽³⁾

Percepción del trato recibido por parte del personal administrativo de la IPS

- Según la encuesta PECASUSS 2006⁽²⁾ el 73,0% de los encuestados percibieron el trato como bueno, el 8,9% muy bueno, el 15,4% como ni bueno ni malo, el 2,4% como malo y el 0,4% como muy malo.
- Según la encuesta PECASUSS 2008⁽³⁾ el 84,37% de los usuarios encuestados en las IPS del país tuvieron una buena percepción del trato que recibieron por parte del personal administrativo mientras recibían el servicio de salud solicitado; el 73,68% lo percibió como bueno y el 10,69% muy bueno. La percepción menos favorable fue para el 12,26% de los usuarios como ni bueno ni malo y para el 2,88% como malo o muy malo. (Ver gráfico)
- La percepción del trato administrativo⁽³⁾ fue mejor en el I nivel de complejidad con respecto a los niveles II y III. La proporción de usuarios que percibieron el trato como bueno disminuyó de 75,72% en el I nivel de complejidad hasta 68,08% en el III nivel. La proporción de usuarios que percibieron este trato como ni bueno ni malo aumentó de 11,67% en el I nivel hasta 15,25% en el III nivel. También se

Gráfico 112. Percepción del trato recibido por el personal asistencial. PECASUSS 2006-2008



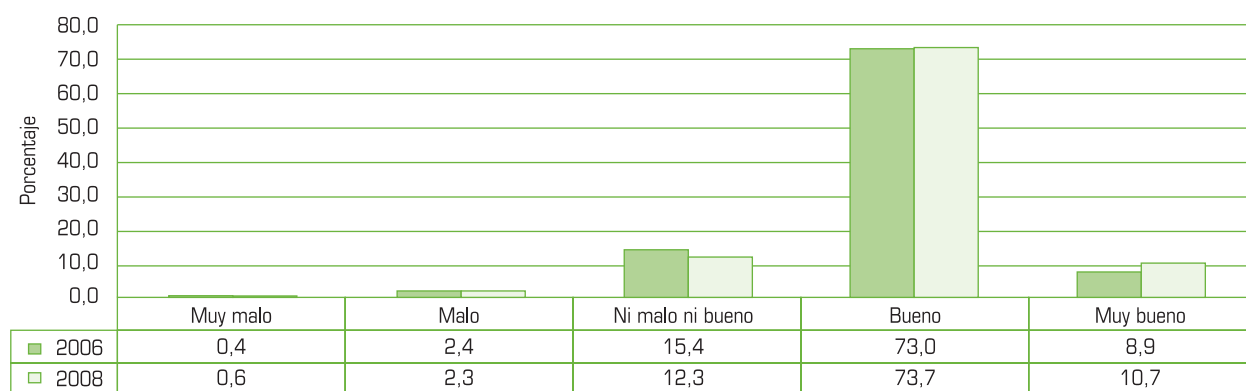
Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término

observó un aumento en la proporción de usuarios que percibieron el trato del personal administrativo como malo o muy malo a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS.

- En los servicios de Consulta médica general y especializada se observó la mayor proporción de usuarios que percibieron muy bueno el trato recibido por el personal administrativo y en el servicio de urgencias se encontró la mayor proporción de usuarios que lo percibieron como malo o muy malo.

- La percepción de los usuarios respecto al trato recibido por parte del personal administrativo fue más favorable para los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social con respecto a los no afiliados; la proporción de usuarios sin afiliación al SGSSS que percibieron el trato recibido como ni bueno ni malo, malo o muy malo fue mayor para este grupo de usuarios comparados con los usuarios que se encuentran afiliados al Sistema.⁽³⁾

Gráfico 113. Percepción del trato recibido por el personal administrativo. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término

Referencias bibliográficas

1. Castillo E. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. *Colomb. Med.* 2005; 36 (1): 43-49. En <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3-Sup11/cm36n3s1a5.htm>
2. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
3. 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.

Indicador EXP 5.1.1

Proporción de usuarios que percibieron haber recibido información adecuada y suficiente

Racional

Toda decisión comporta un estado de incertidumbre que se verá aumentado si entraña riesgo o el resultado es incierto como en la actuación médica. Diferentes factores inciden directamente en la toma de decisiones: la información recibida, la emotividad, el estado psíquico del paciente y factores sociales y culturales que intervienen en la manera de reaccionar frente al estímulo informativo. De los elementos implicados, los profesionales sanitarios podemos contribuir a mejorar la seguridad del paciente en su decisión, a través de la información que les damos. Una correcta información aumenta la seguridad del paciente, su satisfacción por el proceso médico realizado y mejora el resultado médico.⁽¹⁾

Son múltiples los aspectos de la relación médico paciente que pueden influir no solo en el modo como el enfermo define y maneja su rol de paciente sino también en la disposición del mismo a trabajar junto al médico y comenzar la recuperación del estado bio-psicosocial normal. Uno de los más importantes y decisivos está representado por la comunicación de la información acerca de la enfermedad (CIAE) que el profesional ofrece a sus pacientes. Ella constituye uno de los deberes de todo acto médico, implícito en el compromiso ético de considerar al enfermo como un sujeto que posee igual que el profesional, inteligencia, dignidad y vida íntima y no solamente como un objeto de estudio y manipulación terapéutica.⁽²⁾

Descripción

Total de usuarios que manifiestan que las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron (desde muy inapropiadas a muy apropiadas) entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(3,4)

Información técnica del indicador:

Apéndice Tabla de datos: Usuarios de servicios de consulta externa que declaran haber recibido información clara sobre su situación de salud (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento.

Usuarios de servicios de hospitalización o urgencias que declaran haber recibido información clara sobre su situación de salud (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Percepción de los usuarios respecto a las respuestas del personal de la institución a sus preguntas e inquietudes según la encuesta de percepción de calidad de UDEA/MPS:

- El 76,9% de los usuarios encuestados en el 2006⁽³⁾ afirmaron que estas fueron apropiadas, el 5,8% muy apropiadas, el 13,1% ni apropiadas ni inapropiadas, el 3,3% inapropiadas y el 0,9% muy inapropiadas. El 77,9% de los usuarios encuestados en el 2008⁽⁴⁾ afirmaron que estas fueron apropiadas mientras que 13,2% las percibieron como ni apropiadas ni inapropiadas. Finalmente, el 4,9% las percibieron muy apropiadas y un 3,0% inapropiadas. (Ver gráfico).
- A medida que aumenta el nivel de complejidad de la IPS desmejora la percepción de los usuarios frente a esta subdimensión; la proporción de usuarios que percibieron las respuestas dadas como apropiadas o muy apropiadas disminuyó con el aumento en el nivel de complejidad mientras que la proporción de usuarios que las percibieron como ni apropiadas ni inapropiadas aumentó a medida que el nivel de complejidad de la IPS fue mayor.⁽⁴⁾
- En los diferentes servicios utilizados la mayoría de los usuarios encuestados percibieron las respuestas a inquietudes dadas por el personal de la institución como apropiada o muy apropiada, sin embargo, esta proporción fue mayor en el servicio de consulta médica general (86,02%) y en el servicio de urgencias (81,71%). En cuanto a los usuarios que las percibieron ni apropiadas ni inapropiadas, la proporción obser-

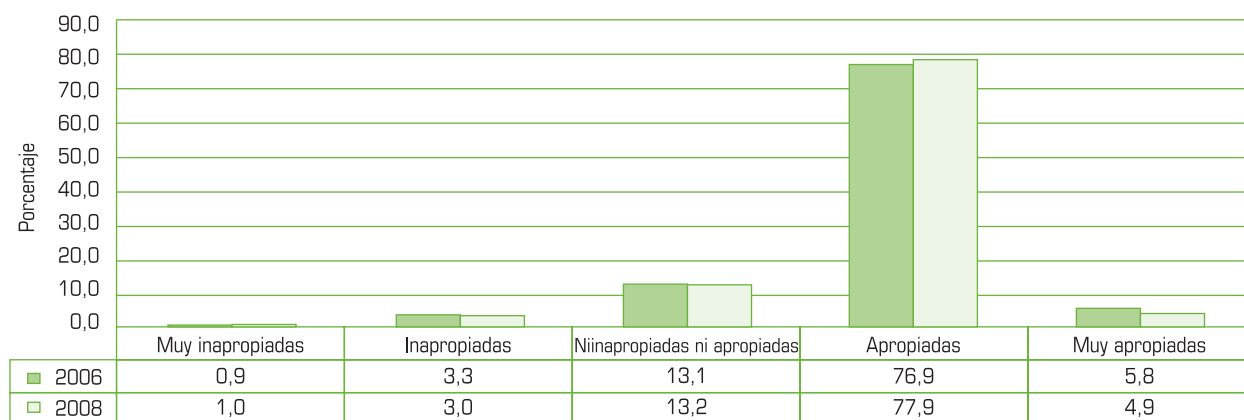
vada fue mayor en los servicios de consulta médica especializada (20,38%) y hospitalización (18,15%).⁽⁴⁾

- Al comparar la percepción de los usuarios acerca de las respuestas dadas por el personal de la institución con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social se observó que los usuarios afiliados al régimen subsidiado tienen una mejor percepción respecto a los usuarios afiliados al régimen contributivo y a los usuarios sin afiliación al sistema. En los usuarios no afiliados se observó la mayor proporción de quienes percibieron como inapropiadas o muy inapropiadas (4,07%) o ni apropiadas ni inapropiadas (16,86%) las respuestas dadas por el personal de la institución a las inquietudes y preguntas.⁽⁴⁾

En la Encuesta Nacional de Salud 2007⁽⁴⁾ se evaluó si los usuarios reciben información clara sobre el estado de salud y el tratamiento que debe realizarse. En relación a esto las proporciones son muy altas, en general el 89,8. (Ver tabla).

- En relación con el haber recibido información clara sobre el estado de salud en eventos de hospitalización o urgencias, se observa que el 85,8% de la población reportó haberla recibido, mientras que el restante 14,2% no lo percibió de igual manera, con ligeras diferencias a nivel de tipo de aseguramiento.⁽⁵⁾
- El 86,9% de la población usuaria percibió que le explicaron el tratamiento que le van a realizar en los eventos de hospitalización y urgencias, mientras que el restante 13,1% no lo percibió de igual manera.⁽⁵⁾

Gráfico 114. Percepción de los usuarios respecto a las respuestas del personal a sus preguntas e inquietudes. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término.

Tabla 46. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de eventos de consulta externa (%) según régimen de afiliación declarado

| Régimen | Si reciben información clara | No reciben información clara |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Contributivo | 90.4 | 9.5 |
| Subsidiado | 89.8 | 10.1 |
| Especial | 87.3 | 12.6 |
| No especificado | 88.1 | 11.8 |
| Ninguno | 86.3 | 13.6 |
| Total | 89.8 | 10.2 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Tabla 47. Acceso a información clara sobre el estado de salud, de usuarios de hospitalización o urgencias (%) según régimen de afiliación declarado

| Información sobre cómo encontraron la salud | Régimen | | | | | |
|---|--------------|----------|---------|-----------------|------------|---------|
| | Contributivo | Especial | Ninguno | Sin especificar | Subsidiado | General |
| Si recibió información clara | 86.9 | 85.7 | 84.8 | 82.6 | 84.7 | 85.8 |
| No recibió información clara | 13.1 | 14.3 | 15.2 | 17.3 | 15.3 | 14.2 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Tabla 48. Acceso a información sobre el tratamiento a realizar (%) en eventos de hospitalización y urgencias, según régimen de afiliación declarado

| Sobre el tratamiento que le van a realizar | Régimen | | | | | |
|--|--------------|----------|---------|-----------------|------------|---------|
| | Contributivo | Especial | Ninguno | Sin especificar | Subsidiado | General |
| Si recibió información clara | 87.5 | 87.0 | 86.0 | 87.0 | 86.1 | 86.9 |
| No recibió información clara | 12.5 | 12.9 | 13.9 | 13.0 | 13.9 | 13.1 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Referencias bibliográficas

- Kindler CH, Szirt L, Sommer D, Häusler R, Langewitz. A quantitative analysis of anaesthetist-patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia*. 2005;60(1):53-9.
- Sitkewich, Alberto. Comunicación de la información acerca de la enfermedad en los pacientes hospitalizados. *Rev Med Uruguay* 1992; 8: 18-27
- Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
- 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.
- Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009.

Indicador EXP 5.4.1

Proporción de usuarios que perciben que la información suministrada para el cuidado en casa fue apropiada

Racional

En sociedades que se centran en la familia como las de Colombia, la carga de la enfermedad corresponde al sistema de salud y a la familia de la persona enferma. Sin embargo, la familia es el lugar donde sucede la mayor parte del cuidado y apoyo a la persona enferma. Actualmente es cada vez más difícil para la familia cuidar a sus miembros enfermos debido, entre otras razones, a las dificultades económicas y a los cambios en la estructura familiar. Por tanto, el equipo de salud debe convertirse en un componente clave de la red de apoyo social de la persona enferma y su familia para afrontar la crisis generada por la enfermedad.⁽¹⁾

Diversos estudios han demostrado que es muy importante apoyar al cuidador familiar en su tarea, particularmente en el cuidado cotidiano de la persona enferma. Para ello es necesario:

- a) proporcionarle información sobre las necesidades particulares del enfermo,
- b) ayudarle a desarrollar habilidades para el cuidado físico y
- c) apoyarle en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado del enfermo con otros miembros de la familia⁽²⁾

La literatura de los países en desarrollo enfatiza en las relaciones en el cuidado como elemento central en la forma como la familia decide sobre su participación en los servicios de salud. En los países desarrollados, el flujo de información, las cualidades de la relación con el proveedor del cuidado y la competencia del proveedor del cuidado son elementos claves para lograr la participación de las familias en el cuidado y la satisfacción con el mismo. Varios estudios en Estados Unidos muestran que las familias que cuidan a uno de sus miembros con una enfermedad crónica en el hogar informan experiencias que les facilitan y que dificultan su tarea de cuidadores cuando la persona enferma presenta una crisis o es hospitalizada. Lo más importantes para estas familias es:

- 1. Que se les reconozca su experiencia e idoneidad para cuidar a la persona enferma.
- 2. Compartir las responsabilidades del cuidado en el hospital o institución de salud con los demás miembros del equipo de salud.
- 3. Que se les demuestre respeto, deseo de colaboración y confianza.
- 4. Recibir información del equipo de salud

La información negativa o su falta son barreras para que la persona enferma y su familia obtengan un cuidado satisfactorio. Cuando las familias interactúan con el sistema de salud generalmente están preocupadas por la falta e inconsistencia en la información que se les da. Las familias desean que se les proporcionen informes completos y verdaderos pero en términos que puedan entender y en el momento en que los necesitan. Otra inconformidad de la familia se presenta cuando el personal del hospital no proporciona al enfermo una atención excelente desde el punto de vista técnico y con la misma calidad humana que ellos lo hacen en casa.⁽²⁾

Descripción

Total de usuarios que perciben que la orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de salud fue “suficiente”, muy suficiente, “ni insuficiente ni suficiente”, “insuficiente” y “muy insuficiente” entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(3,4)

Información técnica del indicador:

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

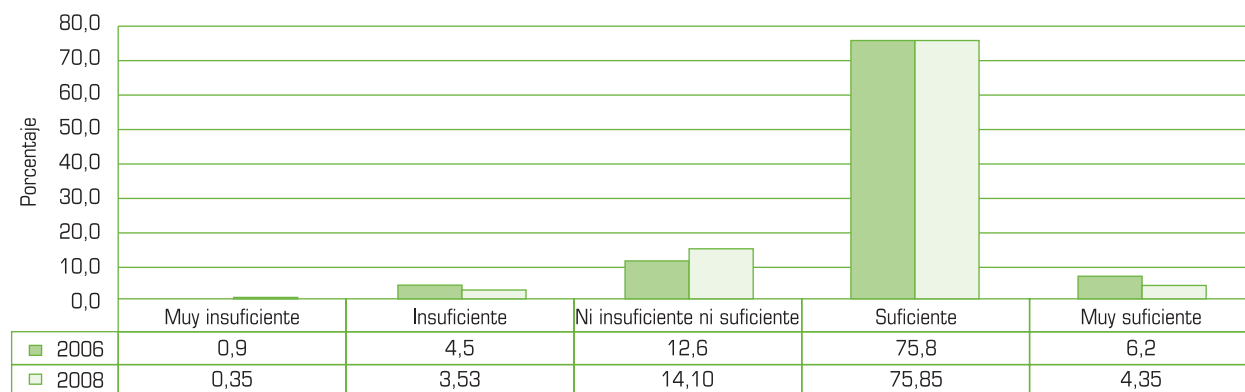
Resultados

- Según la encuesta de percepción de calidad de UDEA/MPS el 75,8% de los encuestados en 2006⁽³⁾ la orientación para cuidado en casa es suficiente, el 6.2% la percibe como muy suficiente, el 12.6% ni insuficiente ni suficiente, 4.5% insuficiente y 0.9% muy insuficiente. Para el 75,85% de los usuarios encuestados en 2008⁽⁴⁾ en las instituciones seleccionadas; la orientación para los cuidados de salud en casa recibida en la institución fue suficiente mientras que un 4,35% la percibió muy suficiente. Por otro lado, para el 14,10% de los usuarios encuestados la orientación recibida en la institución no fue ni suficiente ni insuficiente, para el 3,53% fue insuficiente y para el 0,35% fue muy insuficiente. (Ver gráfico).
- La percepción de la orientación recibida en la institución presentó algunas variaciones según el nivel de complejidad de la IPS según las encuesta PECASUSS 2008⁽⁴⁾; la proporción de usuarios que calificaron dicha orientación como ni insuficiente ni suficiente aumentó a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS, la proporción de usuarios que la calificaron insuficiente fue mayor en el II nivel con respecto a los Niveles I y III y la proporción de usuarios que la percibieron muy suficiente también fue mayor en el Nivel II con respecto a lo demás.
- En la encuesta PECASUSS 2008⁽⁴⁾ la calificación sobre la orientación dada a los usuarios para rea-

lizar cuidados en casa fue mejor en el servicio de consulta externa con respecto a los demás servicios; el 5,12% y el 78,34% de los usuarios que asistieron a este servicio calificaron la orientación recibida como muy suficiente o suficiente respectivamente. Fue en el servicio de consulta médica especializada y en el servicio de hospitalización donde se encontró la mayor proporción de usuarios percibieron la orientación dada como ni suficiente ni insuficiente (18,18% y 17,79% respectivamente) mientras que en el servicio de urgencias se encontró la mayor proporción de usuarios que percibieron insuficiente la orientación dada.

- Según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social, se observó una buena percepción de la orientación dada en la institución para efectuar cuidados a la salud en casa, sin embargo, fueron los usuarios afiliados al sistema a través del régimen subsidiado quienes presentaron la más alta proporción en las categorías que calificaban la orientación recibida como suficiente o muy suficiente. En cuanto a los usuarios que calificaron esta orientación como ni suficiente ni insuficiente, la proporción fue mayor para los usuarios sin afiliación al sistema, y en los usuarios afiliados al régimen contributivo donde se observó la mayor proporción de quienes percibieron Insuficiente la orientación dada en la IPS.⁽⁴⁾

Gráfico 115. Percepción de la orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de salud en casa. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término.

Referencias bibliográficas

1. Rojas N. Conflictos de pareja y de familia. Bogotá: Publicaciones UJ; 1988.
2. Castillo E. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer. Colomb. Med. 2005; 36 (1): 43-49. En <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3-Supl1/cm36n3s1a5.htm>
3. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
4. 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.

Indicador EXP 7.2.1

Proporción de usuarios que percibieron aseo apropiado

Racional

El aseo general es lo primero en que se fijan los usuarios y otras personas que asisten a los centros de salud. Las instituciones de salud que se limpian y se mantienen correctamente demuestran que se respeta a los usuarios.⁽¹⁾

La limpieza se refiere a toda actividad que contribuya a mantener el aseo y aspecto físico general y la condición higiénica del ambiente clínico. La limpieza tiene como objetivo la reducción del número de microorganismos que estén presentes en el sitio (reduciendo así el riesgo de infecciones y accidentes para los usuarios como personal) además de un espacio agradable en que trabajar y cuidar a los usuarios.

Como la satisfacción general de los miembros del personal dependerá en parte de lo agradable que sea el lugar de trabajo, es probable que en tal lugar también se trabaje mejor. Además un ambiente que sea placentero y aseado contribuirá a la satisfacción de los usuarios, aumentando así la probabilidad de que sigan utilizando los servicios de salud ofrecidos por la institución.⁽¹⁾

Descripción

Total de usuarios que manifestaron que el aseo de la institución les pareció (bueno, malo, regular, ni malo ni bueno) entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(2,3,4)

Información técnica del indicador:

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

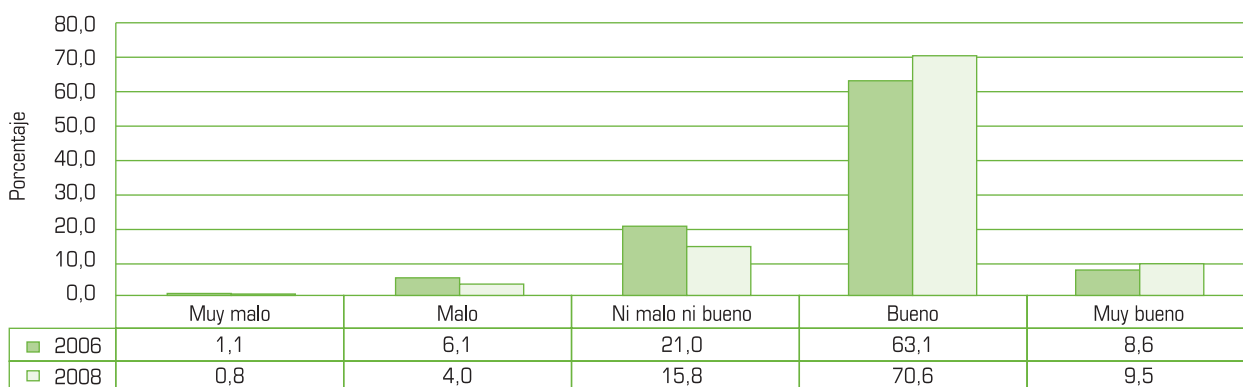
Resultados

- Según PECASUSS 2006 ⁽³⁾ el aseo de las IPS es muy bueno para 347 (8,63%) encuestados; bueno para 2536 (63,07%); ni bueno ni malo para 846 (21,04%); malo para 246 (6,12%) y muy malo para 46 (1,14%).
- Según PECASUSS 2008 ⁽⁴⁾ el 80,10% de los usuarios encuestados en las diferentes IPS del país percibieron como bueno (70,60%) o muy bueno (9,50%) el aseo de la institución, un 15,76% lo percibió como ni bueno ni malo y finalmente un 4,0% lo percibió malo (3,23%) o muy malo (0,77%). (Ver Gráfico).
- La percepción de los usuarios respecto al aseo de la institución PECASUSS 2008⁽⁴⁾ mejoró a medida que aumentó el nivel de complejidad de la misma; la proporción de usuarios que lo percibieron bueno o muy bueno aumentó de 79,22% en el I Nivel hasta 84,19% en el III Nivel. Por su parte, la proporción de usuarios que lo percibieron malo o muy malo disminuyó desde 4,19% en el nivel I hasta 1,13% en el nivel III.
- La percepción del aseo de la institución presentó algunas variaciones según el servicio utilizado por los usuarios encuestados en 2008⁽⁴⁾; fue percibido muy bueno en mayor proporción por los usuarios que utilizaron el servicio de hospitalización (16,2%) y fue percibido bueno por el 72,5% de los usuarios del servicio de con-

sulta especializada. El 17,6% de los usuarios que asistieron al servicio de urgencias percibieron el aseo de la institución como ni bueno ni malo; adicionalmente, en este servicio también se encontró la mayor proporción de usuarios que lo percibieron malo (4,4%).

- A medida que mejoraron las condiciones de afiliación al SGSSS de los usuarios encuestados 2008 ⁽⁴⁾ mejoró la percepción que estos tuvieron acerca del aseo de la institución, la proporción de usuarios que lo percibieron bueno o muy bueno fue de 84,94% para los usuarios afiliados al régimen contributivo, de 79,88% para los usuarios afiliados al régimen subsidiado y de 73,26% para los usuarios que afirmaron no estar afiliados al sistema. Por otro lado, la proporción de usuarios que percibieron el aseo de la institución como ni bueno ni malo aumentó desde 11,36% en los usuarios afiliados al régimen contributivo hasta 23,26% en los usuarios sin afiliación al Sistema. Finalmente, el 3,21% de los usuarios afiliados al régimen contributivo percibieron el aseo de la institución como malo o muy malo al igual que el 4,10% de los usuarios afiliados al régimen subsidiado y que el 3,49% de los usuarios sin afiliación al Sistema.

Gráfico 116. Percepción de los usuarios respecto al aseo de la institución. PECASUSS 2006- 2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término.

Referencias bibliográficas

1. Caballero Salazar Francisco. Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece la selección de medicina general de la consulta externa de la clínica Solón Nuñez frutos en febrero de 2008. Universidad de las Ciencias y el arte de Costa Rica. Proyecto de graduación para optar por la maestría en administración con énfasis en servicios de salud. Costa Rica, julio 2008
2. National Quality Measures Clearinghouse™ (NQMC). <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>
3. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto

del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.

4. 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.

Indicador EXP 7.3.1

Proporción de pacientes que percibieron una planta física, espacios, muebles y dotación apropiada

Racional

La utilización eficiente del espacio físico en los centros de atención en salud es de importancia crítica tanto para lograr que la prestación de servicios sea más eficaz así como para mejorar la calidad de la atención prestada a los clientes. La planta física en la cual las clínicas prestan servicios de salud tiene una influencia directa sobre la calidad y eficiencia de los servicios. Debe crearse una atmósfera de seguridad y confianza, en las instalaciones, de acuerdo con el volumen y las acciones dirigidas a satisfacer al usuario.⁽¹⁾

“Los usuarios juzgan la calidad de acuerdo con lo que ven, oyen y experimentan durante su visita. Es responsabilidad de los integrantes del personal el ayudar a crear y mantener un ambiente físico donde los usuarios se sientan confortables por la apariencia y limpieza de las sedes a las cuales asisten; entre estos es de considerar la limpieza, ventilación, iluminación y privacidad”.⁽²⁾

Al ser el usuario principal la persona que requiere de actos médicos o de otro profesional integrante del equipo de salud, el espacio físico que lo acoge y que acompaña los procesos y procedimientos para promover o restablecer el estado de salud de las personas, tiene que favorecer el bienestar y satisfacción de los pacientes y también todo el personal que lo utiliza como ámbito de trabajo, ya que esto redundará en mejores resultados y mayor satisfacción de clientes externos e internos.⁽²⁾

Las salas de espera es el lugar donde los usuarios se concentran para esperar ser llamados para su atención. Este sitio debe ofrecer un ambiente que proporcione confianza durante esta parte del proceso de la consulta médica, ya que la espera genera algún grado de ansiedad. Es un hecho que la limpieza y orden son factores que promueven sensación de bienestar y tranquilidad y contribuyen en la percepción satisfactoria del servicio que se les brinda.⁽³⁾

Descripción

Total de usuarios que perciben como “muy cuidado”; “cuidado”; “ni cuidado ni descuidado”; “descuidado” y “muy descuidado” la planta física, espacios, muebles y dotación de la institución entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.^(4,5)

Información técnica del indicador:

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

Percepción de la planta física de la institución:

- Respecto del estado de la planta física en la encuesta PECASUSS 2006 ⁽⁴⁾ 202 (5.02%) usuarios lo percibieron como muy cuidada; 2386 (59.33%) como cuidada; 917 (22.80%) como ni cuidada ni descuidada; para 441 (10.96%) estaba descuidada y a 75 (1.86%) les pareció muy descuidada.
- Los usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el 2008⁽⁵⁾ tienen una baja percepción acerca del estado en el que se encuentra la planta física y el edificio de la misma. Solo el 65.65% de los usuarios encuestados la percibieron como cuidada, un 17.73% la percibió como ni cuidada ni descuidada y aproximadamente el 8% la percibió como descuidada o muy descuidada. (Ver gráfico)
- A medida que aumentó el nivel de complejidad de las IPS la percepción acerca del estado de la planta física 2008 ⁽⁵⁾ mejoró; la proporción de personas que la percibieron cuidada o muy cuidada aumento de 69,66% en el I nivel hasta 77,68% en el III nivel. Sin embargo, en los tres niveles de complejidad, una considerable proporción de personas (entre 13% y 18%), la percibió como ni cuidada ni descuidada. Por otro lado, la proporción de personas que la percibieron descuidada o muy descuidada disminuyó desde 11,10% en el I nivel hasta 2,54% en el III nivel.
- No se encontraron mayores diferencias en la percepción del estado de la planta física según el servicio utilizado 2008. ⁽⁵⁾ Entre el 66% y el 76% de los usuarios encuestados después de utilizar los servicios de Consulta general y especializada, urgencias y hospitalización percibieron la planta física como

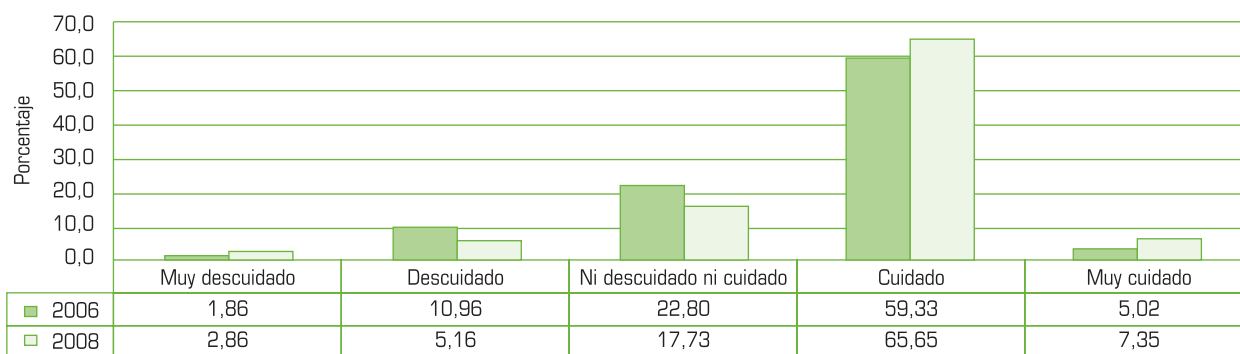
cuidada o muy cuidada. La mayor proporción de usuarios que percibieron el estado de la planta física como descuidada o muy descuidada fue de 13,38% y correspondió a los usuarios que informaron haber utilizado el servicio de urgencias, seguida por un 9,16% que correspondió a los usuarios del servicio de consulta general.

- La percepción de los usuarios en 2008⁽⁵⁾ respecto a la planta física presentó algunas variaciones según la afiliación; a medida que mejoraron las condiciones de afiliación aumentó la proporción de quienes tuvieron una buena percepción y disminuyó la proporción de quienes tuvieron una percepción no tan buena.

Percepción de la dotación física de la institución (salas de espera, camas, camillas, silletería):

- En la encuesta PECASUSS 2006 ⁽⁴⁾ la percepción de los elementos de uso común en salas de espera y habitaciones fue percibida por 122 (3,0%) usuarios como muy cómodos; 2479 (61,7%) dijeron que eran cómodos; 876 (21,8%) ni incómodos ni incómodos; 462 (11,5%) incómodos y los 82 (2%) restantes los señalaron como muy incómodos.
- En la encuesta PECASUSS 2008⁽⁵⁾ la dotación física de la institución fue percibida cómoda por el 63,84% de los usuarios encuestados, un 3,41% la percibió muy cómoda, un 17,73% ni cómoda ni incómoda y finalmente fue percibida como incómoda o muy incómoda por el 14,64% de los usuarios.
- La encuesta PECASUSS 2008 ⁽⁵⁾ indicó que a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS mejoró la percepción que tienen los usuarios res-

Gráfico 117. Percepción del estado de la planta física. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea base y Medio término

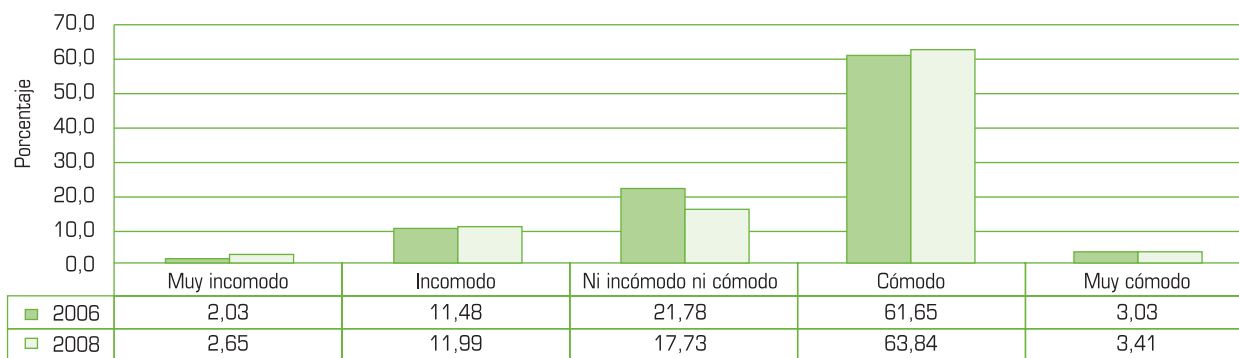
pecto a la calidad de la dotación de la misma (sillas, camillas, camas, etc.). La proporción de usuarios que la percibió cómoda o muy cómoda aumentó de 64,94% en el I nivel hasta 76,55% en el III nivel. La proporción de personas que la percibieron como ni cómoda ni incómoda fue de 19,16% para el I nivel de complejidad, de 13,60% para el II nivel y de 16,67% para el III nivel. Por otro lado, la proporción de personas que percibieron como incómoda o muy incómoda la dotación de la IPS fue de aproximadamente 15% en los niveles de complejidad I y II y bajó hasta 6,50% para instituciones de III nivel de complejidad.

- No se observaron mayores diferencias en la percepción de la calidad de la dotación de la IPS según el servicio utilizado al momento de la encuesta 2008;⁽⁵⁾ entre el 2% y el 6% de los usuarios que utilizaron el servicio de consulta externa, hospitalización, consulta especializada y urgencias percibieron muy cómoda la dotación de la IPS; entre el 62% y el 66% la percibieron cómoda y entre el 16% y el 20% la percibieron como ni incómoda ni cómoda.
- A medida que mejoraron las condiciones de afiliación al Sistema General de Seguridad Social de los usuarios encuestados 2008, ⁽⁵⁾ mejoró la percepción que estos tienen respecto a la dotación de la IPS.

En la Encuesta Nacional de Salud⁽⁶⁾ se evaluó sobre la percepción de las condiciones críticas en la atención obteniendo los siguientes resultados:

- El 90,2% de los profesionales que atiende los servicios ambulatorios de las IPS privadas y el 70,4% de los mismos en las públicas, manifiesta que las condiciones físicas del consultorio (área, luz, ventilación, calidad de pisos, paredes y techos, entre otros) son apropiadas para realizar todas las actividades requeridas en consulta. El 93,9% de los profesionales en las IPS privadas y el 81,8% en las públicas que atiende estos servicios, manifestaron que estas condiciones físicas garantizan la privacidad para explicar al usuario su situación y orientar su tratamiento.
- Con respecto a la protección de la salud del profesional que atiende la consulta ambulatoria y la del usuario, el 95,8% de los profesionales en las IPS privadas y el 84,3% en las públicas, manifestó que las condiciones físicas son apropiadas.⁽⁶⁾
- En lo que tiene que ver con las condiciones de los muebles y equipos disponibles en el consultorio, se encontró que el 91% de los profesionales que atiende consulta ambulatoria en las IPS privadas y el 80% en las IPS públicas, manifestó que estos elementos son

Gráfico 118. Percepción de la dotación física de la institución. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea base y Medio término.

apropiados para el desarrollo de la consulta y la protección de la salud del profesional y de los usuarios.⁽⁶⁾

- En el mismo sentido, a los profesionales de los servicios se les indagó acerca de la suficiencia de los insumos disponibles en el consultorio (materiales de curación o examen, guantes, papelería, entre otros) para realizar la consulta oportunamente. El 96,4% de los profesionales en las IPS privadas y el 85,9% en las IPS públicas, respondió de manera afirmativa.⁽⁶⁾
- Al preguntar si había faltado algún insumo crítico en los últimos 30 días que afectara la calidad de las consultas, el 3% de los profesionales encargados de los servicios en las IPS privadas y el 11,6% de las públicas, contestó de manera afirmativa.⁽⁶⁾
- Al indagar por el insumo que hizo falta, se encontró que en el caso de las IPS privadas, la insulina, la falta de rayos X, los equipos de órganos, pilas y espéculos fueron los elementos más críticos. Para el caso de las IPS públicas, se evidenciaron como los principales elementos faltantes los guantes, la lima-dura de plata, amalgama, la lámpara de otoscopia y el tensiómetro.⁽⁶⁾

Referencias bibliográficas

1. Caballero Salazar Francisco. Grado de satisfacción de los usuarios de los servicios que ofrece la selección de medicina general de la consulta externa de la clínica Solón Nuñez frutos en febrero de 2008. Universidad de las Ciencias y el arte de Costa Rica. Proyecto de graduación para optar por la maestría en administración con énfasis en servicios de salud. Costa Rica, julio 2008
2. Resúmenes. Edgar Morera Chaves y Marta Eugenia Otorora Rojas. Caracterización de la percepción del usuario externo, en relación con los servicios de salud que presta el área de salud de alajuelita e identificación de los factores que limitan o favorecen la satisfacción de los mismos. Septiembre 2000. Proyecto para optar por el postgrado de maestría. Costa Rica. Universidad de las ciencias y el arte. Costa Rica, 2000
3. Resúmenes. Edwin Jiménez Solís, Gabriela Madrigal Gutiérrez y Zeidy Vargas Bermúdez. Estudio de percepción y satisfacción de las usuarias que utilizan los servicios que ofrece la sección de ginecología y obstetricia de la Clínica Dr Solón Nuñez Frutos, sobre la consulta médica, personal de apoyo y ambiente físico en julio del año 2003. Octubre de 2003. Proyecto para optar por el postgrado de maestría. Costa Rica. Universidad de las ciencias y el arte. Costa Rica, 2003. P. 122
4. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Publica "Héctor Abad Gómez". Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
5. 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.
6. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 8.3.1

Proporción de pacientes a los que se solicitó autorización para realización de procedimientos

Racional

El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer. Los actos humanos, en nuestro sistema jurídico, para que produzcan efectos plenos, deben ser realizados con consentimiento. Ese consentimiento debe ser exento de vicio, error, fuerza o dolor (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto está viciado de nulidad y no produce ningún efecto o produce otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

El consentimiento en el campo médico, puede ser otorgado con fines específicos, entre otros: para tratamiento farmacológico, para procedimientos diagnósticos no invasivos, para procedimientos invasivos diagnósticos, Para procedimientos terapéuticos no quirúrgicos, para procedimientos quirúrgicos, para cirugía estética, para tratamiento no convencional heroico, como sujeto de experimentación, como donante de órganos.

El ejercicio médico se basa en dos principios fundamentales: la capacidad técnica del médico y el consentimiento idóneo del paciente que se deriva de otro principio, el de autonomía, entendiendo el consentimiento no sólo de aceptar sino de rehusar cualquier acción médica, luego de haber recibido una información y por ello se denomina entonces consentimiento informado. La validez de un consentir idóneo o de un rechazar idóneo se da luego de entender una información, considerar las alternativas más importantes y ser capaz de comunicar una decisión.

El consentimiento informado o autorización de procedimientos, como también puede llamarse, nace y es consecuencia de la comunicación básica en la relación médico - paciente, de la información honesta sencilla y completa que el médico le da a su paciente en relación con su enfermedad, los procedimientos que se le van a realizar, los

riesgos previstos, complicaciones y demás consecuencias que se puedan derivar de ello. Hace parte de la historia clínica y donde no se requiere necesariamente de un formato para su diligenciamiento.

El principal objetivo del consentimiento informado es el de proteger la autonomía del paciente, ya que es un derecho del mismo; la información por ello que le da su médico debe ser entendible, sencilla, clara y acorde con sus condiciones psico-culturales.

El consentimiento debe ser idóneo y para que esto se cumpla debe poseer ciertas condiciones:

- El consentimiento debe ser otorgado por personas mayores de edad. El de los menores de edad puede generar actos nulos, pero su nulidad dependerá sólo de algunas circunstancias. El consentimiento no debe provenir de personas calificadas como incompetentes mentales.
- La decisión del enfermo es completamente personal e individual.
- No se requiere de un consentimiento adicional de la familia.
- De acuerdo con la situación del enfermo, si es grave, se tiene la obligación de comunicarlo a la familia del paciente si ello contribuye o se consigue solucionar problemas familiares o espirituales.

Así mismo, en referencia al secreto profesional su revelación debe enmarcarse de acuerdo con las bases del artículo 38 de La Ley 23 de 1981, teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, si la revelación es útil al tratamiento
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento

Información técnica del indicador:

Apéndice Tabla de datos: Usuarios de servicios de consulta externa que se les pidió autorización para realizar algún procedimiento de examen o tratamiento (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento.

Usuarios de servicios de hospitalización o urgencias que se les pidió autorización para realizar algún procedimiento de examen o tratamiento (porcentaje y precisión de la estimación), por tipo de institución y departamento.

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud en los casos previstos por la ley.
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, pongan en peligro la vida del cónyuge o su descendencia”.

En los pacientes ancianos, para obtener el consentimiento médico se debe ser cuidadoso en respetar los derechos que ellos tienen y no permitir siquiera que su propia familia pueda atropellar esos derechos.

Para la validez del consentimiento basta con la firma del paciente, será opcional cualquier otro procedimiento, valga decir autenticación de su firma y/o presencia de testigos y registro de ellos, situación que estará de acuerdo con las características de la relación médico - paciente, o sus familiares y del principio de la buena fe.

El consentimiento informado no es eximente de responsabilidad para el médico, más allá del riesgo previsto, pero sí se convertirá en una prueba pertinente que se ha actuado de acuerdo con la voluntad del paciente.⁽¹⁾

Descripción

Total de usuarios encuestados que afirman que se les ha solicitado autorización para la realización de procedimientos entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100. Posible respuesta: nunca / casi nunca, a veces o casi siempre / siempre; o si / no.⁽²⁾

Resultados

En la Encuesta Nacional de Salud 2007⁽³⁾ se evaluó respecto a si los usuarios perciben que se les solicitó autorización para realizar un determinado procedimiento, en el ámbito de los servicios de consulta externa, la proporción general que declaró que sí se les pidió autorización es del 71,5% y las diferencias no son muy relevantes entre los regímenes de afiliación (Ver tabla).

- Sobre la autorización solicitada al paciente para realizar procedimientos en hospitalización o urgencias, el 68,7% de los usuarios de estos servicios declaró que sí autorizaron el procedimiento. Se observa en la tabla algunas diferencias entre regímenes de afiliación declarados.⁽³⁾
- Según naturaleza jurídica de la institución, existe una diferencia de cinco puntos porcentuales entre entidades privadas y públicas, a favor de las privadas, en la información sobre el tratamiento que se va a realizar en eventos de hospitalización y urgencias.⁽³⁾ (Ver tabla)

Tabla 49. Usuarios de consulta externa (%) que autorizaron la realización de un procedimiento según régimen de afiliación declarado

| Régimen | Si autorizaron | No autorizaron |
|-----------------|----------------|----------------|
| Contributivo | 69.29 | 30.71 |
| Subsidiado | 73.74 | 26.26 |
| Especial | 71.91 | 28.09 |
| No especificado | 71.13 | 28.87 |
| Ninguno | 73.30 | 26.70 |
| Total | 71.51 | 28.49 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Tabla 50. Autorización de procedimiento por usuarios de hospitalización y urgencias (%) según régimen de afiliación declarado

| Autorización de realización de procedimientos | Régimen | | | | | |
|---|--------------|----------|---------|-----------------|------------|---------|
| | Contributivo | Especial | Ninguno | Sin especificar | Subsidiado | General |
| Si autorizaron | 69.9 | 63.5 | 70.8 | 55.9 | 67.4 | 68.7 |
| No autorizaron | 30.1 | 36.5 | 29.2 | 44.0 | 32.6 | 31.3 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Tabla 51. Información sobre el tratamiento a realizar en eventos de hospitalización y urgencias (%) según naturaleza jurídica de la IPS

| Naturaleza de la IPS | Si | No | General |
|----------------------|------|------|---------|
| Privada o mixta | 53.1 | 47.0 | 51.2 |
| Pública | 46.9 | 53.0 | 48.8 |
| General | 68.7 | 31.3 | 100.0 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Referencias bibliográficas

1. Documentos médicos. Rev Col Gastroenterol [online]. 2004, vol.19, n.2, pp. 100-108. ISSN 0120-9957.
2. Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, 20 de febrero 2009.
3. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 11.2.1

Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenía cuando ingreso a la entidad

Racional

Cuando se evalúa la calidad de los servicios sanitarios, la opinión de los usuarios es un resultado que nos aporta información sobre el grado en que éstos sienten que el servicio recibido ha cumplido con sus expectativas. Precisamente estas expectativas tienen peculiaridades según el lugar donde se presta la asistencia.⁽¹⁾

Cuando se evalúa acerca de la efectividad de la atención se hace referencia a la competencia profesional que se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los equipos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.⁽¹⁾

A partir de la evaluación de la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos

y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales.⁽²⁾ Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.^(3,4)

La calidad está basada en la percepción del usuario por lo tanto se define calidad como cualquier cosa que el usuario percibe como calidad. Esto nos permite medir con mayor precisión la calidad y los niveles de satisfacción de los usuarios de su institución u organización. Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles.⁽⁵⁾

Se debe promover la calidad de los servicios de salud para:

- Mejorar la eficiencia de los servicios en forma inmediata.
- Optimizar la utilización de los recursos existentes (costo – beneficio).
- Incrementar la eficiencia y efectividad de los servicios ofertados.
- Aumentar la utilización de los servicios.
- Satisfacer las necesidades sentidas de los usuarios internos y externos, asegurando que la organización proporcione al usuario lo que necesita y desea de la institución.
- Motivar al personal.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador

Apéndice 1: Nota técnica indicador EXP 11.2.1

Apéndice 2. Percepción de la calidad en el proceso de servicio según condición prioritaria

Disponibles en microsítio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Descripción

El punto de partida respecto a la calidad de servicio, es que ésta depende del ajuste entre la gestión de dicho servicio (y su orientación) y las expectativas del cliente o usuario; lo que supone en definitiva, una comparación entre el servicio esperado y el servicio recibido.⁽⁶⁾

Satisfacción significa la medida en que las prestaciones y servicios sanitarios son aceptados por los propios usuarios y por la población en general.⁽⁵⁾

Esta medida indica el porcentaje de pacientes adultos que calificaron el servicio recibido frente a la solución dada a su necesidad como “muy mala”, “mala”, “ni mala ni buena”, “buena” y muy buena”.⁽⁷⁾

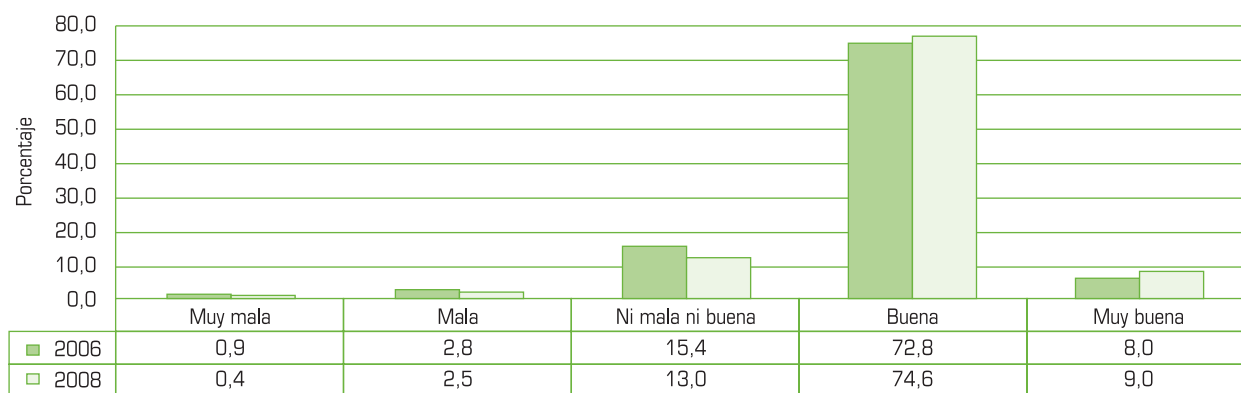
Resultados

La encuesta PECASUSS^(8,9) evaluó los siguientes atributos de calidad:

Percepción de la solución dada a la necesidad de salud en la institución:

- A la pregunta sobre la percepción de la solución dada a la necesidad en salud, la encuesta PECASUSS 2006⁽⁸⁾ indicó que el 0.9% de los encuestados la calificaron como muy mala, el 2.8% mala, el 15.4% ni buena ni mala, 72.8% buena y 8.0% muy buena. El 74,6% de los usuarios encuestados en el 2008⁽⁹⁾ afirmaron que esta fue buena, un 13,0% la calificó como ni buena ni mala y finalmente un 9,0% dijo que esta fue muy buena. (Ver gráfico)
- La percepción de la solución dada al problema de salud⁽⁹⁾ en relación con el nivel de complejidad de la IPS mostró que a medida que este aumenta la proporción de personas que la perciben como buena disminuye, y la proporción de personas que la perciben como ni buena ni mala aumenta.
- Se observó que el servicio de consulta médica general⁽⁹⁾ tiene una mejor capacidad resolutoria con respecto a los demás servicios, el 85,97% de los usuarios encuestados en este servicio percibieron como buena o muy buena la solución dada.
- Se observaron algunas diferencias en la percepción de los usuarios sobre la solución dada a la necesidad de salud PECASUSS 2008⁽⁹⁾ según el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En términos generales, la población afiliada al régimen subsidiado tiene una mejor percepción

Gráfico 119. Percepción de la solución dada a la necesidad de salud en la institución. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término.

frente a este aspecto con respecto a los usuarios afiliados al régimen contributivo y a los no afiliados al sistema, siendo estos últimos los que parecen estar menos satisfechos con la solución dada.

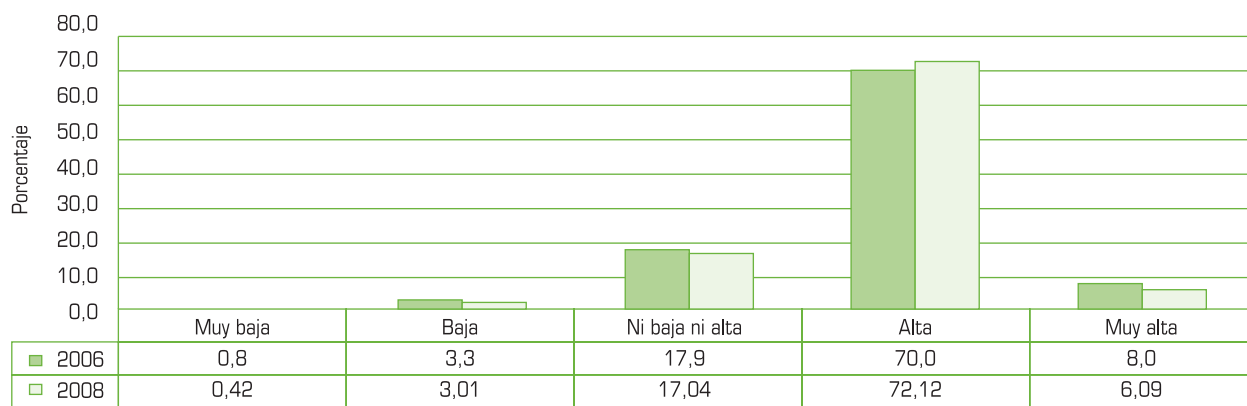
Percepción de la capacidad de los profesionales de la IPS para solucionar los problemas de salud de los usuarios:

- La encuesta PECASUSS 2006⁽⁸⁾ refleja que el 70.0% de los encuestados opina que la capacidad de los profesionales de la IPS es alta, el 8.05 muy alta, el 17.9% ni baja ni alta y el 3.3% baja. En la encuesta PECASUSS 2008⁽⁹⁾ la mayoría de los usuarios encuestados afirmaron que los profesionales de las IPS en la que reciben los servicios de salud tienen una alta (72,12%) o muy alta (6,09%) capacidad para solucionar los problemas de salud de los usuarios. El 17,04% la percibió como ni alta ni baja y el 3,44% restante la percibió como baja (3,01%) o muy baja (0,42%). Ver gráfico.
- Según la encuesta PECASUSS 2008⁽⁹⁾ la proporción de usuarios que percibieron muy alta la capacidad de los profesionales para solucionar los problemas de los usuarios aumentó a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS; pasando de 5,37% en el I nivel hasta 8,76% en el III nivel, mientras que la proporción de usuarios que la percibieron baja disminuyó a medida que aumentó el nivel de complejidad pasando de 3,3% en el I nivel hasta 1,7% en el III nivel.
- No se observaron mayores diferencias en la percepción que tienen los usuarios respecto a la

capacidad de los profesionales para resolver sus problemas de salud según el servicio utilizado; entre el 5% y el 7% de los usuarios encuestados después de utilizar los servicios de consulta médica general y especializada, Hospitalización y Urgencias afirmaron que la capacidad de los profesionales es muy alta; entre el 70% y el 74% la percibieron alta y entre el 16% y el 17% la percibieron ni baja ni alta. En cuanto a los usuarios que tuvieron una mala percepción, la menor proporción correspondió a aquellos que habían utilizado el servicio de Hospitalización indicando que los usuarios perciben mejor la capacidad de los profesionales de este servicio con respecto a los demás.⁽⁹⁾

- La percepción respecto a la capacidad de los profesionales para solucionar las necesidades en salud de sus usuarios presentó algunas variaciones según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social; la proporción de usuarios que percibieron la capacidad de los profesionales como alta o muy alta fue de 77,04% para los afiliados al régimen contributivo, de 78,60% para los afiliados al régimen subsidiado y de 72,67% para los usuarios sin afiliación al Sistema. La proporción de usuarios que percibieron la capacidad de los profesionales ni baja ni alta fue mayor para los usuarios sin afiliación al Sistema y finalmente, la proporción de usuarios que percibieron la capacidad de los usuarios como baja o muy baja fue mayor para los usuarios sin afiliación (4,1%) y para los afiliados al régimen contributivo (4,2%).⁽⁹⁾

Gráfico 120. Percepción de la capacidad de los profesionales de la IPS para solucionar los problemas de salud de los usuarios. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios.
Resultados Línea de base y Medio término

En la encuesta ENS 2007⁽¹⁰⁾ se introdujeron elementos de la calidad siendo identificados como perceptivos y objetivos, se presentan como perceptivos aquellos que tienen que ver con la apreciación del paciente sobre el proceso de atención, llámese consulta u hospitalización o sobre las características del trato por parte de los diferentes recursos humanos.

Se evaluaron conceptos a saber: percepción de calidad durante el control prenatal y atención del parto, Percepción de calidad en consulta de citología del cuello uterino, Percepción de calidad en la atención de personas con Enfermedad Diarreica Aguda –EDA-, Percepción de calidad en la atención en personas con Infección respiratoria aguda-IRA-, Percepción de calidad en la atención del niño con desnutrición, Percepción de calidad en la atención de pacientes con infecciones de transmisión sexual, Percepción de calidad en la atención a pacientes con VIH-Sida, Percepción de calidad en la atención en pacientes con hipertensión arterial, Percepción de calidad en la atención de pacientes con obesidad o sobrepeso , Percepción de calidad en la atención de pacientes con diabetes y Percepción de calidad en la atención de personas que acuden para la aplicación de vacunas. Los resultados de los cuales pueden ser revisados en el apéndice 2.

Referencias bibliográficas

1. La calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario externo, en el Instituto Nacional de Pediatría. Informe 2009 (análisis comparativo 2008/2009). Instituto Nacional de Pediatría. México
2. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor (MI): Health Administration Press, 1991:210.
3. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
4. Ramírez A, Nájera P. Sistema simplificado para evaluar el desempeño de centros de salud: BDUSU. Síntesis ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.
5. 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
6. Riveros S, Jorge y Berne m, Carmen. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. Rev. Méd. Chile [online]. 2007, vol.135, n.7, pp. 862-870. ISSN 0034-9887.
7. CAHPSÅ encuestas * y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente <https://www.cahps.ahrq.gov>
8. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Publica “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
9. 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.
10. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009

Indicador EXP 11.3.1

Tasa de satisfacción global captada por la EAPB

Indicador EXP 11.4.1

Tasa de satisfacción global captada por la IPS

Racional

Los programas de mejoría de la calidad poseen como uno de sus principios centrales la satisfacción del cliente o usuario. Esta dimensión está referida a la relación existente entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Se sabe que las buenas relaciones interpersonales contribuyen en forma muy efectiva a la eficacia de los servicios que se presten en materia de salud y a establecer una buena relación con los pacientes. La calidad de esas relaciones produce confianza y credibilidad y es mostrada mediante el respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse constituye también un aspecto muy importante. Si las relaciones interpersonales no son adecuadas, aunque los servicios se presten en forma profesionalmente competente, se corre el riesgo que la atención no sea eficaz. Problemas en esta área de la satisfacción del cliente pueden comprometer la calidad general de la atención.⁽¹⁾ La satisfacción global se ha relacionado, por una parte, con la asistencia recibida, en relación con una serie de variables explicativas: edad, sexo, estado civil, situación laboral, estudios, población, días de frecuentación de Urgencias, así como con el tiempo percibido y real. Los tiempos (reales y percibidos) también se cotejan como variable resultado con variables explicativas como: información, compañía, permanencia en Urgencias, gravedad, dolor, turnos, pruebas complementarias y valoración por algún especialista.⁽²⁾

El determinar la percepción sobre la calidad de atención que tienen los usuarios/as, permite realizar un análisis basado en los resultados, donde las diferentes instituciones pueden establecer como una prioridad, la sistematización de este indicador tomando en cuenta que es una herramienta muy útil para mejorar la calidad de los mismos, tanto desde el punto de vista de su organización y funcionamiento, como un desarrollo integral, que contribuirá significativamente a mejorar la calidad de la oferta en función de los recursos existentes y las necesidades de los usuarios.

La Gerencia de la Calidad en las instituciones de salud es un componente importante en el proceso de la modernización del sector salud y el fortalecimiento institucional. De esta manera conocer cual es la percepción de los usuarios y mejorar su satisfacción aumentará su motivación en la continuidad de los programas y de esta forma evitar el abandono y rechazo a los servicios que ofrece el SGSS.⁽¹⁾

Las dimensiones de calidad que más influyen en la satisfacción global y en la percepción de la calidad son la accesibilidad al hospital, la confianza en que se recuperará su salud, la calidad del médico u odontólogo, relaciones interpersonales y la calidad de los medicamentos, dimensiones hacia las que se debería canalizar recursos para elevar la satisfacción del usuario.⁽³⁾ Diferentes estudios han podido determinar que el trato otorgado por el personal del hospital es el que provoca un mayor efecto sobre la calidad percibida por el usuario/paciente. En segunda instancia influyen una gestión de capacidades y compromisos orientados al usuario y también, la gestión de información y coordinación entre los servicios internos.⁽⁴⁾

Con respecto a la satisfacción de usuarios/ pacientes con distintos elementos del servicio, se señala que el factor que más influye es el relativo a los tiempos de atención. Es decir, una mejor percepción sobre la tramitación de horarios de consulta, ingreso y espera, proporciona en mayor medida que otros aspectos, una mayor satisfacción global con el servicio recibido. Esto, junto con comodidades de salas de hospitalización y mantenimiento y limpieza general, deben fortalecerse en orden a conseguir mejorar la satisfacción global de los usuarios.⁽⁴⁾

Descripción

En Colombia, el indicador Tasa de satisfacción Global – TSG- ha sido propuesto por el Ministerio de la Protección Social para identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las IPS y EAPB; se calcula estimando el porcentaje de pacientes que reportan estar satisfechos con los servicios sobre el total de pacientes encuestados.⁽⁵⁾

Información técnica del indicador

Apéndice 1. Nota Técnica: EXP 11.3.1 y EXP 11.4.1

Apéndice 2. Tabla de datos: Comportamiento del indicador por IPS y EAPB

Índice de satisfacción de usuarios según componentes y ciudades en el régimen contributivo y subsidiado.

Disponibles en micrositio web: sistema de información para la calidad: INCAS Colombia: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>

Indicador EXP 11.3.1 Tasa de satisfacción global captada por la EAPB

Indicador EXP 11.4.1 Tasa de satisfacción global captada por la IPS

Resultados

Tasa de Satisfacción Global (IPS/EAPB)

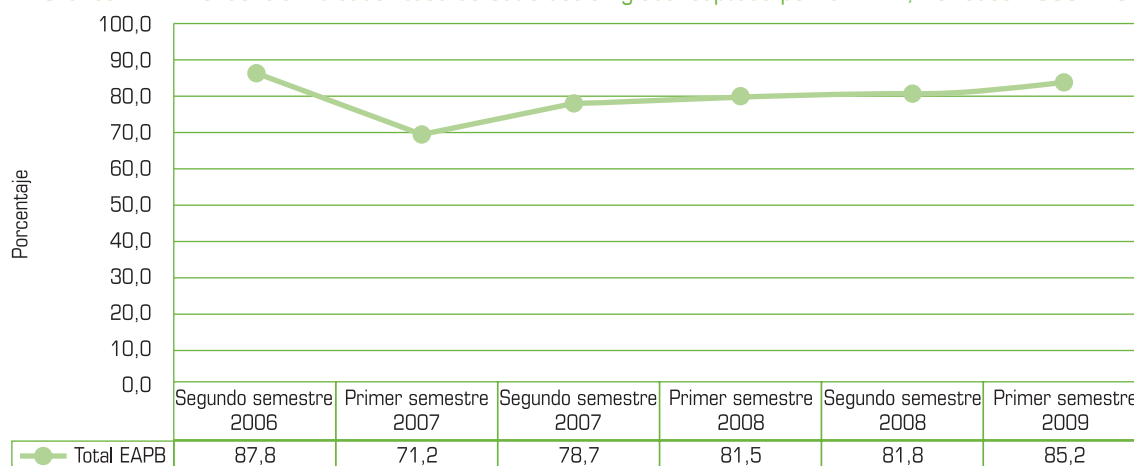
- Tendencia estable en el comportamiento del indicador
- Mejor resultado en EAPB del régimen subsidiado.
- Mejor resultado en IPS Acreditadas y Públicas
- Poca variabilidad en los valores del indicador

Tabla 52. Resumen indicador tasa de satisfacción global captada por la EAPB. Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|--------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total EAPB | 87,8 | 71,2 | 78,7 | 81,5 | 81,8 | 85,2 |
| Subsidiado | 87,7 | 93,2 | 94,0 | 91,5 | 90,8 | 82,0 |
| Contributivo | 87,6 | 65,0 | 76,7 | 80,1 | 80,2 | 93,6 |
| Pre pagada | 92,4 | 95,1 | 76,4 | 91,8 | 94,5 | 94,5 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Gráfico 121. Tendencia indicador tasa de satisfacción global captada por la EAPB, Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

Tabla 53. Resumen indicador tasa de satisfacción global captada por la IPS, Períodos 2006II-2009I

| | Segundo semestre 2006 | Primer semestre 2007 | Segundo semestre 2007 | Primer semestre 2008 | Segundo semestre 2008 | Primer semestre 2009 |
|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| Total País | 81,3 | 87,6 | 91,5 | 87,7 | 86,2 | 87,7 |
| Acreditadas | 97,9 | 97,6 | 96,2 | 88,0 | 89,8 | 98,4 |
| No Acreditadas | 80,7 | 87,5 | 91,5 | 87,7 | 86,2 | 87,7 |
| Públicas | 77,0 | 78,4 | 88,6 | 87,9 | 90,7 | 89,4 |
| Privadas | 83,9 | 92,1 | 92,8 | 87,7 | 85,0 | 87,4 |
| Mixtas | 97,9 | 91,7 | 95,5 | 90,4 | 92,5 | 92,2 |

Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios. 2009.

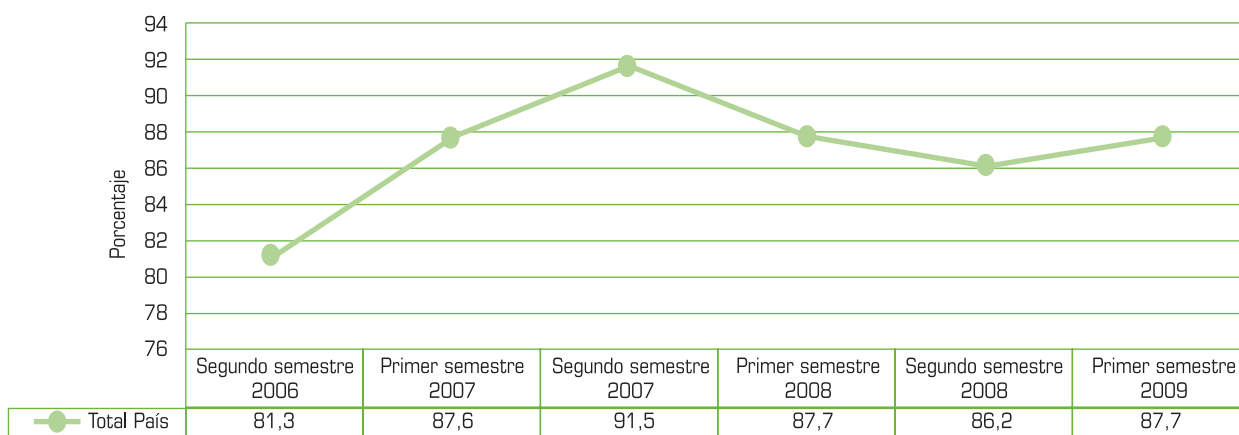
En el ejercicio de la opinión se originó en el año 2003 la evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de Salud (EPS y ARS)⁽⁷⁾ debido a las manifestaciones de desilusión de los usuarios y sus constantes quejas ante la defensoría del pueblo, relacionadas con los ejes centrales del SGSSS.

El Índice de satisfacción de usuarios de salud (ISUS) combina en una sola medida los cuatro componentes básicos de los servicios que brindan las Entidades Promotoras de Salud (acceso a servicios, libre escogencia, oportunidad y percepción).

En la segunda encuesta ISUS 2005⁽⁷⁾ se presentó un valor de 67.69 sobre 100, en donde el régimen subsidiado fue ligeramente superior (68.87) al régimen contributivo (67.25); no encontrándose diferencias significativas en los índices de satisfacción entre los usuarios de los dos regímenes. A excepción del componente denominado libre escogencia, los demás mejoraron en su calificación, especialmente el de percepción. (Ver Tabla)

- El índice que muestra una mejoría de 6.79 puntos con relación a la encuesta 2003 aún refleja un nivel de aceptabilidad medio bajo entre los encuestados, lo que indica fallas en los servicios que brindan las aseguradoras de salud a sus usuarios. La libre escogencia fue el componente que afectó negativamente el índice global.⁽⁷⁾
- Los resultados generales del estudio demuestran que se sigue presentando deficiencias en el esquema de aseguramiento del SGSSS, por cuanto el índice global de calidad percibida por los usuarios obtenido en el encuesta 2005 (67.69 sobre 100) sigue siendo insatisfactorio. Ello pese a que se superó en 6.79 el índice obtenido en el estudio de 2003.⁽⁷⁾
- En la encuesta PECASUSS 2006⁽⁸⁾ a la pregunta sobre el grado de satisfacción con el servicio recibido, el 71.6% de los encuestados afirmaron estar satisfechos y el 7.20% muy satisfechos. El 16.1% afirmaron no estar satisfechos ni insatisfechos y el 5.1% corresponde a los usuarios que no se sienten

Gráfico 122. Tendencia Indicador tasa de satisfacción global captada por la IPS, Períodos 2006II-2009I



Fuente: Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Ministerio de la Protección Social- Dirección General de Calidad de Servicios 2009

Tabla 54. Índice de satisfacción de usuarios de salud según componentes

| Componentes | Régimen | | | | Índice global |
|--------------------|--------------|-------|------------|-------|---------------|
| | Contributivo | | Subsidiado | | |
| | 2003 | 2005 | 2003 | 2005 | |
| Acceso a servicios | 54,5 | 64,42 | 48,0 | 71,67 | 66,39 |
| Libre escogencia | 41,4 | 36,56 | 34,5 | 32,47 | 35,46 |
| Oportunidad | 77,6 | 82,84 | 75,2 | 86,18 | 83,74 |
| Percepción | 73,4 | 82,91 | 72,4 | 86,58 | 83,91 |
| Índice Global | 61,8 | 67,25 | 57,7 | 68,87 | 67,69 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005. Defensoría del Pueblo

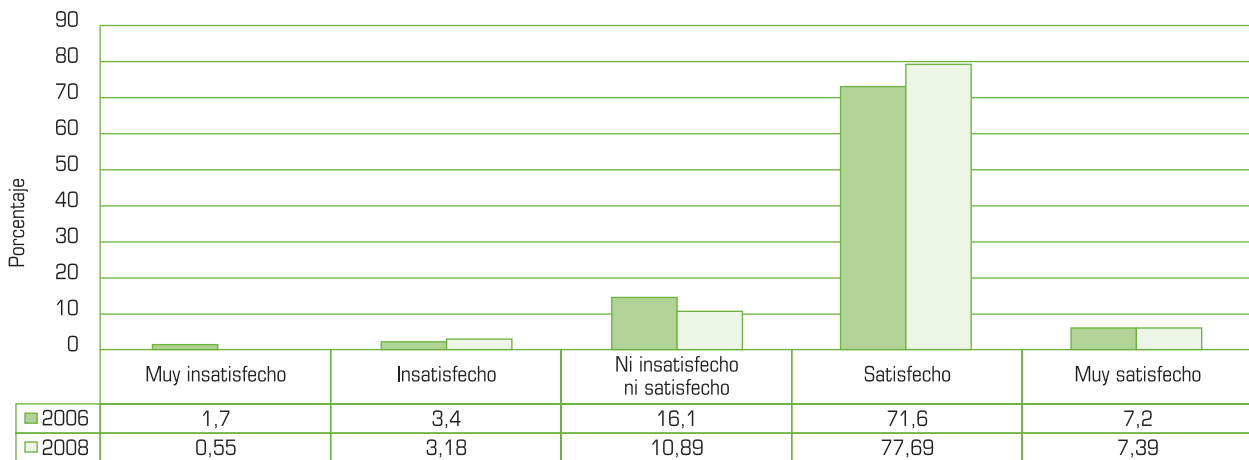
satisfechos con el servicio recibido. En la encuesta PECASUSS 2008 ⁽⁹⁾ el 77,69% de los usuarios encuestados afirmaron sentirse Satisfecho y un 7,39% dijo estar muy satisfecho. A pesar que un poco más del 78% de los usuarios se sintieron satisfechos con el servicio recibido en la IPS a la que regularmente asisten, también se encontraron usuarios que no se sienten satisfechos con el servicio recibido, esto le ocurrió al 10,89% de los usuarios quienes afirmaron que el servicio recibido no los dejó ni satisfecho ni insatisfecho. Al 3,18% el servicio lo dejó insatisfecho y al 0,55% muy insatisfecho. (Ver gráfico)

- En la encuesta PECASUSS 2008⁽⁹⁾ al comparar el grado de satisfacción obtenido con el nivel de complejidad de la IPS se encontró que a medida que este aumenta mejora la satisfacción de los usuarios con el servicio recibido. Es decir, la proporción de usuarios que se sintieron satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido aumentó desde 84,49% en el I nivel hasta 87,57% en el III nivel; adicionalmente, la proporción de usuarios que se sintió insatisfecho fue mayor en los niveles I y II con respecto al III nivel. Esto indica que a mayor nivel de complejidad de la IPS mejor es el grado de satisfacción de los usuarios con el servicio recibido.
- La afiliación al SGSS influye en el grado de satisfacción obtenido por los usuarios respecto al servicio recibido. Es decir, la proporción de usuarios que afirmaron estar satisfechos o muy satisfechos fue mayor en los usuarios afiliados al régimen contributivo o subsidiado respecto a los no afiliados; además, la proporción de usuarios que se sintieron ni

insatisfechos ni satisfechos con el servicio fue mayor en la población no afiliada al sistema, al igual que la proporción de usuarios que afirmaron estar insatisfechos con el servicio recibido en la IPS a la que regularmente asisten. ⁽⁹⁾

- En la encuesta PECASUSS 2008 ⁽⁹⁾ al contrastar el grado de satisfacción obtenido con el servicio utilizado, se observó que entre el 82% y el 86% de los usuarios encuestados en cada uno de los servicios considerados se sintieron satisfechos o muy satisfechos siendo los servicios de consulta médica general y hospitalización los que registraron la mayor proporción. La proporción de usuarios que se sintieron ni satisfechos ni insatisfechos con el servicio recibido presentó proporciones entre 9,68% (Consulta externa) y 12,40% (Consulta especializada), mientras que en los servicios de urgencias y consulta médica general se observó la mayor proporción de usuarios que se sintieron insatisfechos con el servicio recibido (4,64% y 3,02% respectivamente).

Gráfico 123. Percepción grado de satisfacción con el servicio recibido. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término

Referencias bibliográficas

1. 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
2. M. Á. Carbonell Torregrosa, J. Girbés Borrás, J. V. Calduch Broseta. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006; 18:30-35.
3. Andía Romero, Carla Mabel, Pineda Aparicio, Ángel Mauricio, et al. Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del hospital I Espinar. Abril 2002 Pp. 18-22
4. Jorge Riveros S, Carmen Berné M. Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: Estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 862-870
5. Ministerio de la Protección Social. Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.
6. Ministerio de la Protección Social- Análisis de información de los indicadores del sistema de información para la calidad. Dirección General de Calidad de Servicios. Bogotá D.C., 2009
7. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-.
8. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
9. 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.

Indicador EXP 11.5.1

Proporción de usuarios que tuvieron la percepción de haber recibido servicios de excelente calidad

Racional

El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y mas completo bienestar, logrando un equilibrio mas favorable de riesgo y beneficio.

Calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.⁽¹⁾

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

La ausencia de la calidad origina un círculo vicioso del cual es muy difícil salir:

- Servicios de poca calidad causan insatisfacción de los usuarios.
- La insatisfacción de los usuarios ocasiona poca demanda de los servicios, que se expresa en bajo rendimiento institucional.
- El bajo rendimiento institucional significa baja cobertura y productividad de los programas.
- La baja cobertura y productividad de los programas inciden en el presupuesto de la institución. Si existe poca producción de servicios el presupuesto asignado también será reducido. En instituciones que tienen programas de recuperación de costos, la poca demanda ocasiona recuperación financiera insuficiente.

- La poca disponibilidad presupuestaria genera insuficientes suministros, problemas con el mantenimiento de los equipos y ausencia de un programa de estímulos a los trabajadores, causando desmotivación en el personal.
- Un personal desmotivado es poco cooperador, no se apropia de los objetivos de la institución, tiene problemas de actitud, no trabaja en equipo y todo se traduce en mala calidad de la atención.

La interrupción de este círculo se logra mejorando la capacidad gerencial y promoviendo un proceso de mejoría continua de calidad en la institución.

El hecho de que la población considere que la prestación de los servicios es de mala calidad y que no responde a sus necesidades, hace que cada vez menos personas recurran a los centros de salud o puestos de atención primaria.⁽¹⁾

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.⁽¹⁾

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.⁽²⁾

Descripción

Percepción de los pacientes adultos con la atención. Las respuestas se agrupan por grado: los porcentajes son reportados por las calificaciones de (0 a 0,9 = pésima, 1 a 1,9 = malo, 2 a 2,9 = regular, 3 a 3,9 = bueno, 4 a 4,9 = muy bueno, 5 = Perfecta).⁽³⁾

Información técnica del indicador:

Apéndice 1: Calificaciones en el componente de percepción según variables y ciudades en el régimen contributivo y subsidiado. Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

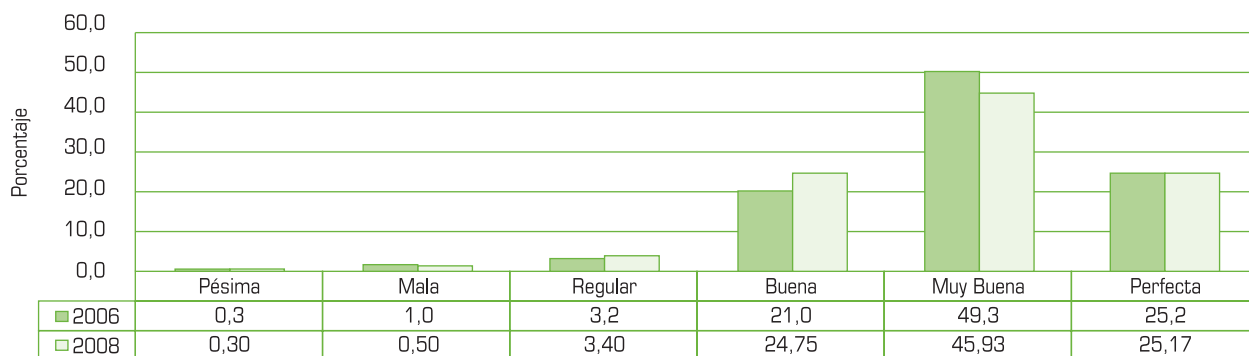
Calificación de la calidad del servicio recibido:

- En la encuesta PECASUSS 2006⁽⁴⁾ los usuarios calificaron la calidad del servicio recibido, en una escala de 0,0 a 5,0, con un promedio de 3,98 (DE 0,8). Un grupo de 1014 (25,2 %) asignaron cinco; 1978 (49,3) dieron puntajes de cuatro a cuatro nueve; 846 (21 %) de tres a tres nueve; 128 (3,2 %) de dos a dos nueve; 42 (1 %) de uno a uno nueve y los 13 (0,3 %) restantes calificaron este aspecto con valores de cero a cero nueve.
- Para calificar el servicio recibido los usuarios encuestados en 2008⁽⁵⁾ tenían la posibilidad de asignar valores entre 0 y 5 a la calidad percibida siendo 0 una calificación pésima y 5 una calificación excelente. La calificación promedio obtenida fue de 3,97 con una desviación estándar de 0,81; el 41,45% de los usuarios encuestados le otorgaron una calificación de 4 al servicio recibido y el 25,17% le otorgó una calificación de 5 mientras que un 17,11% le otorgó una calificación de 3. Según la categorización propuesta para esta calificación (0 a 0,9 = Pésima, 1 a 1,9 = Malo, 2 a 2,9 = Regular, 3 a 3,9 = Bueno, 4 a 4,9 = Muy bueno, 5 = Perfecta); el 24,75% de los usuarios calificaron como Buena la calidad del servicio recibido, un 45,93% la calificó como muy buena y el 25,17% la calificó como Excelente. (Ver gráfico).
- Al contrastar la calificación dada por los usuarios según el servicio recibido se observó que en los servicios de hospitalización y consulta especializada la calificación promedio otorgada por los usuarios fue de 4,0; en el servicio de consulta médica general la calificación promedio fue 4,1 mientras que en el

servicio de urgencias fue de 3,8 (todos con una desviación estándar de 0,8). En relación a la categoría de calificación otorgada se observó que el servicio de hospitalización y el servicio de consulta externa recibieron una mayor calificación con respecto a los demás servicios.⁽⁵⁾

- La calificación promedio otorgada por los usuarios 2008⁽⁵⁾ para describir la calidad percibida del servicio utilizado aumentó a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS, en el I nivel la calificación promedio otorgada por los usuarios fue de 3,94 con una desviación estándar de 0,81. Para el II nivel esta calificación fue de 4,00 (D.E = 0,84) y para el nivel III la calificación otorgada fue de 4,17 (D.E = 0,71) ubicando de esta forma a las IPS de I nivel de complejidad en categoría buena y a las IPS de II y III nivel en la categoría muy buena. En relación a las categorías de calificación consideradas se observó que la proporción de usuarios que calificaron como excelente la calidad del servicio recibido (calificación = 5) aumentó con el nivel de complejidad pasando de 22,94% en el I nivel hasta 31,36% en el III nivel; por su parte, la proporción de usuarios que calificaron la calidad del servicio como buena (calificación entre 3 y 3,9) disminuyó a medida que aumentó el nivel de complejidad de la IPS, al igual que la proporción de usuarios que la calificaron como regular (calificación de 2 a 2,9); indicando así, que a mayor nivel de complejidad de la institución mejor es la percepción que tienen los usuarios respecto a la calidad del servicio utilizado.

Gráfico 124. Percepción de la calidad del servicio recibido. PECASUSS 2006-2008



Fuente: Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Resultados Línea de base y Medio término

- La calificación dada a la calidad del servicio recibido ⁽⁵⁾ obtuvo un mejor promedio en los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social con respecto a los no afiliados; siendo el promedio más alto el registrado en los usuarios que afirmaron estar afiliados al sistema a través del régimen contributivo como cotizantes (4,1, D.E=0,8) mientras que el promedio de los afiliados al régimen contributivo como beneficiario fue de 3,9 con una Desviación estándar de 0,9, el promedio de los afiliados al régimen subsidiado fue de 4,0 (D.E=0,8) y el de los usuarios sin afiliación fue de 3,8 con una desviación estándar de 0,9.

Percepción de los usuarios:

La encuesta de satisfacción de usuarios de EPS y ARS a cargo del Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo hizo la medición de este indicador basado en las distintas calificaciones que el usuario le da a los servicios a los que accede, al deseo de cambio de la entidad que le presta los servicios, a la satisfacción percibida por la red de prestadores que tiene su entidad y al lugar donde está ubicada la central de autorizaciones.⁽⁶⁾

- Los resultados de la encuesta 2005⁽⁶⁾ revelan indicadores de percepción altos, especialmente en los servicios de medicina general, imágenes diagnósti-

cas y realización de exámenes de laboratorio. Por otro lado, los servicios que menos satisfacen a los usuarios son: la atención administrativa, la ubicación de las centrales de autorizaciones y la satisfacción con la red de prestadores de su entidad aseguradora.

- Para el régimen contributivo percepción es el componente de más alto grado de aceptación entre los usuarios. Mostrando indicadores de percepción elevados especialmente en los servicios de medicina general, imágenes diagnósticas, realización de exámenes de laboratorio y medicina especializada. La satisfacción con la red de prestadores presenta el indicador más bajo.⁽⁶⁾
- Al igual que en el régimen contributivo, en el régimen subsidiado este componente obtiene la más alta calificación lo que indica que el usuario finalmente percibe bien los servicios ofrecidos por la entidad aseguradora. Las variables de calificación de atención administrativa, satisfacción con la red de prestadores y satisfacción con la ubicación de la central de autorizaciones presentan los valores más bajos. En esta última, los usuarios manifiestan inconformidad por la distancia de los lugares de autorización respecto a su sitio de residencia lo cual les acarrea mayores costos de transporte⁽⁶⁾ (Ver tabla).

Tabla 55. Calificaciones en el componente de percepción según variables

| Variables | Régimen | | | | General |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | Contributivo | | Subsidiado | | |
| | 2003 | 2005 | 2003 | 2005 | |
| Calificación del servicio de medicina general | | 94,02 | | 96,27 | 94,62 |
| Calificación del servicio de imágenes diagnósticas | | 91,33 | | 95,79 | 92,39 |
| Calificación del servicio de exámenes de laboratorio | | 91,45 | | 94,53 | 92,27 |
| Calificación del servicio de medicina especializada | | 91,01 | | 94,84 | 92,01 |
| Calificación del servicio de urgencias | | 89,09 | | 93,20 | 90,08 |
| Calificación del servicio de odontología | | 85,24 | | 93,53 | 86,71 |
| Calificación del servicio de cirugías | | 84,32 | | 87,16 | 85,14 |
| Calificación del servicio de entrega de medicamentos | | 83,35 | | 88,54 | 84,74 |
| Calificación de la Entidad | 72,10 | 81,97 | 72,20 | 88,70 | 83,79 |
| Deseo de cambio de Entidad | 74,80 | 79,10 | 72,50 | 88,63 | 81,68 |
| Calificación de atención administrativa | | 79,47 | | 85,53 | 81,09 |
| Satisfacción con ubicación de central de autorizaciones | | 76,81 | | 72,92 | 75,76 |
| Satisfacción con la red de prestadores | | 69,21 | | 74,74 | 70,73 |
| PERCEPCIÓN | 73,40 | 82,91 | 72,40 | 86,58 | 83,91 |

Fuente: Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2005

Uso y Calidad de los Servicios:

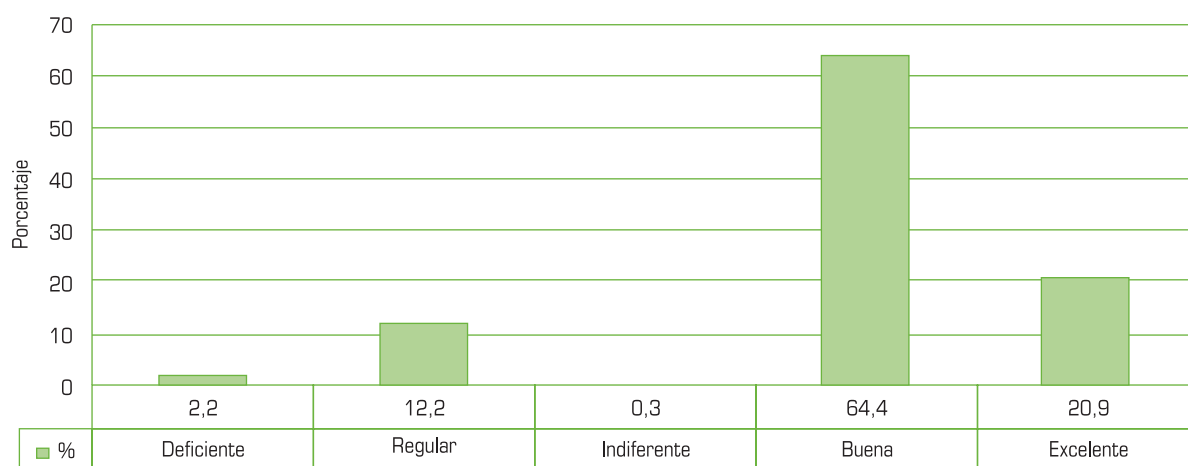
La ENDS 2000⁽⁷⁾ incluyó varias preguntas relativas al uso de servicios por parte de la población, entre las cuales son muy informativos el uso de hospitalización en el último año y la percepción de las personas sobre la calidad de la atención recibida como usuarios de los servicios de hospitalización. Los resultados se presentan a continuación:

- La mayoría de la población considera que la calidad de la atención recibida es buena (64 por ciento) o excelente (21 por ciento), sin que existan diferencias marcadas por edad o género. Este hallazgo, que el 85 por ciento considera que la atención en general es buena o excelente, sugiere que el sistema

de salud responde a las expectativas de la población en lo relacionado con la atención recibida durante un proceso de hospitalización. (Ver gráfico)

- La percepción de que la calidad es buena disminuye al aumentar el nivel educativo, a expensas de un aumento en la percepción de que la calidad es excelente. Cuando se analiza la actividad económica, los pensionados y los estudiantes tienen los mayores porcentajes de calidad percibida como excelente, mientras que los rentistas tienen el porcentaje más alto de percepción de la calidad como deficiente. Las regiones Atlántica y Bogotá presentan el mayor porcentaje de la percepción de la calidad como deficiente.

Gráfico 125. Percepción de la calidad de la atención recibida según ENDS 2000



Fuente: ENDS 2000

Referencias bibliográficas

1. 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
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Ministerio de Salud, Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2001. Nicaragua 2002, ed imprimatur pág. 436.
3. Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPSÂ ® clínico y encuesta de grupo y presentación de informes kit 2008.
4. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Publica “Héctor Abad Gómez”. Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
5. 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.
6. Defensoría del pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -2005- Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS-. Bogotá D.C
7. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2000.

Indicador EXP 12.1.5

Proporción de usuarios de la IPS que manifiestan que estarían dispuestos a regresar y/o recomendarla

Racional

Durante las dos últimas décadas, la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad (Guru, 2003). Los servicios de salud en Colombia no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de competencia administrada, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado (Guzmán, 2005).

En la Ley 100 de 1993, la calidad en la atención es un factor crítico, al punto que se fija para los proveedores de salud la obligación de establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad (Roldán et al., 2001). En Colombia estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud (Donabedian, 1980), máxime luego de que las privatizaciones derivadas de las reformas al Sistema General de Salud han conducido a la creación de sistemas de salud excluyentes, en los cuales el precio pagado determina el acceso a los servicios para los usuarios y la continuidad de las organizaciones en el mercado.

Las consecuencias de la satisfacción global del cliente son una disminución de las quejas del consumidor y un incremento en su lealtad (Fornell y Wernerfelt, 1987). Cuando el cliente está insatisfecho, puede abandonar el proveedor o quejarse en un intento de obtener resarcimiento por los perjuicios recibidos. Un incremento en la satisfacción de los consumidores debe disminuir sus quejas e incrementar su lealtad (Fornell et al., 1996; Grigoroudis y Siskos, 2004).⁽¹⁾

Descripción

Porcentaje de usuarios encuestados que reportaron (“Definitivamente”, “Probablemente” o “sí” o “no”) están dispuestos a recomendar a la IPS a sus familiares y amigos o/ y regresar del total pacientes hospitalizados con un ingreso durante el período.⁽²⁾

Información técnica del indicador:

Disponibles en micrositio web del observatorio de calidad de la atención en salud (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/ocs/Default.aspx>) y en del SOGC - MPS (<http://www.minproteccionsocial.gov.co/sogc/home.asp>)

Resultados

- En la encuesta PECASUSS 2006⁽³⁾ un subgrupo mayoritario de 3904 (97.1%) del total de 4021 participantes expresó su motivación, su adherencia para volver a demandar servicios en la IPS; los otros 117 (2.9%) restantes expresaron no tener la más mínima intención de volver. En usuarios que afirmaron tener motivación para volver a usar servicios de la IPS se identificaron múltiples razones, siendo predominante en casi la mitad de estos (n=1937 o el 49.6%) la buena atención recibida, referida como diferentes expresiones del buen servicio. Esta razón de positiva valoración general de los servicios tiene a su vez múltiples dimensiones e incluye opiniones expresadas acerca de la oportunidad del servicio recibido, el trato del personal administrativo y el asistencial, el reconocimiento específico de la calificación profesional del personal asistencial (n=132 o el 3.3%), la presencia y disponibilidad operativa de equipamientos y, la dotación diversa existencia en buenas condiciones operacionales y de uso inmediato.
- Otras razones expresadas como motivos para volver a la institución, argumentadas por los usuarios en orden de las más a las menos frecuentes fueron: la necesidad inaplazable de atender su situación particular de salud o de enfermedad por consulta general, de urgencias o para controles y tratamiento de una patología o situación crónica (n=882 o el 22.6% del total de personas), el 16.9% equivalente a 661 usuarios, argumenta como razón para volver, el hecho de que es la única institución y de paso es la más cercana, no obstante, esta respuesta se encontró en la mayoría de IPS.⁽³⁾
- Otros 885 (22 %) refirieron motivación a volver por la necesidad de atender su situación personal de salud o de enfermedad mediante consulta general, de urgencias o controles y tratamiento de una patología o situación crónica. Para otros 661 usuarios (16.9%) la razón de la adherencia a la IPS es la inexistencia de otra opción para atención en salud, bien porque es la única IPS pública en la municipalidad o la única a la que se tiene acceso geográfico, económico o administrativo. En porcentajes menores y decrecientes otros refieren como razón de adherencia la evidente mejora del servicio de la institución; la tradición familiar de demandar atención en esa institución o considerar que es la IPS de personas pobres o en condición asumida de marginalidad social.⁽³⁾
- Entre los 117 usuarios que expresaron su decisión de no volver a la IPS se identificaron, entre otras, las siguientes razones: mala calidad en general en la atención de la institución revelada en médicos y personal administrativo negligente y deshumano (n=47 35.9%) demora en la atención (n=13 11.1%), particularmente en urgencias, la prestación de tratamientos o servicios incompletos (n=12 10.26%), e incluso la total negación a volver específicamente relatada por un usuario por la muerte de un allegado o familiar ocurrida en la institución por problemas, según el, de falta de oportunidad y negligencia del servicio.⁽³⁾
- De 978 usuarios de municipios con sólo oferta pública, se encontró: más de la mitad (53.5%) lo hacen por la buena atención, calidad o buen servicio, cerca de una cuarta parte (23.3%) dice volver a la institución por necesidad de ser atendido, mientras que el 16.2% argumentan la cercanía y obviamente ser la única en el municipio.⁽³⁾
- En la encuesta PECASUSS 2008⁽⁴⁾ a la pregunta sobre si volvería a la institución el 95,15% de los usuarios encuestados respondió afirmativamente mientras que el 3,0% dijo que no lo haría. No se observaron diferencias importantes en la decisión que toman los usuarios de volver a demandar servicios en la institución según el nivel de complejidad de la misma; el porcentaje de usuarios que regresarían fue de aproximadamente 95% para los usuarios de IPS del I y II nivel de complejidad y de 97% para los usuarios de IPS del III nivel.
- El porcentaje de usuarios que volvería a la IPS fue mayor en los servicios de consulta externa y consulta especializada con respecto a los servicios de hospitalización y urgencias, esto indica que quizás los usuarios recibieron una mejor atención en estos servicios y por tal razón volverían a la institución.⁽⁴⁾
- Al contrastar la decisión de volver a la institución según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social se encontró que el mayor porcentaje de usuarios que volvería corresponde a los afiliados al sistema a través del régimen subsidiado con una representación del 95,78% seguida por los usuarios sin ningún tipo de afiliación de los cuales el 90,70% volvería a utilizar los servicios de la IPS en la que fueron encuestados. Por su parte, el 92,10% de los afiliados al sistema a través del régimen contributivo volvería a la IPS siendo mayor el porcentaje para los afiliados en calidad de beneficiarios (93,77%) con respecto a los cotizantes (89,19%).
- A los usuarios se les preguntó sobre las razones por las cuales demandarían nuevamente servicios en la IPS en la que fueron encuestados o en el caso de haber afirmado que no regresaría cuales fueron las razones para tomar dicha decisión. El 95,15% (3826) de los usuarios encuestados durante la evaluación

de 2008 afirmó que volvería a solicitar los servicios de la IPS en la que respondió la encuesta; el 39,23% dijo que volvería porque dicha IPS le prestaba un “buen servicio” y era un “buen hospital”, un 22,87% dijo que volvería solo por la “necesidad de consultar un servicio de salud” y un 14,74% volvería porque esa es la IPS que le tiene asignada la EPS o porque es la única cercana. De las 122 (3,03%) personas que afirmaron que no volverían a la IPS en la que fueron encuestadas el 48,36% expreso como razón la mala atención, el mal servicio y la baja calidad del hospital, el 16,39% dijo que no le gustaba el ambiente del hospital y un 9,48% afirmó que no volvería porque no hay oportunidad en la atención.⁽⁴⁾

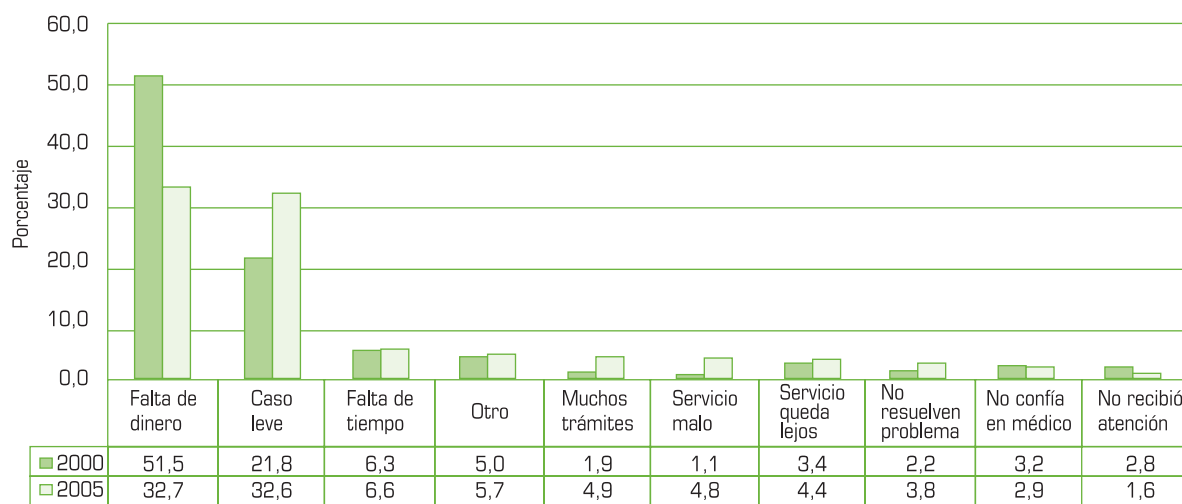
En la ENDS 2000⁽⁵⁾ se preguntó, para cada una de las personas en los hogares entrevistados, por problemas de salud en los últimos 30 días, qué se hizo para tratar dicho problema y la razón de no uso de servicios de salud entre aquel los que expresaron tener un problema de salud. Las razones de no uso se detallan a continuación:

- La razón mas frecuente presentada para el no uso de servicios es la falta de dinero (51 por ciento). Esta asociación se mantiene tanto por zona, o por regiones, siendo la excepción Bogotá donde la causa más frecuentemente citada es la levedad del caso. La relación entre la edad y la falta de dinero

es inversa. La frecuencia de presentación de la falta de dinero aumenta gradualmente con la edad hasta alcanzar un pico en el grupo de edad de 55 a 59 años, cuando comienza a descender levemente.

- Al analizar las categorías educacionales, la falta de dinero es la razón más frecuentemente citada, con excepción del nivel universitario. Al igual en la afiliación, esta asociación entre el nivel educativo y la falta de dinero como razón de no uso, sugiere que en el sistema no ha sido eliminado aun el efecto del nivel socio-económico de las personas sobre su acceso a los servicios de salud.⁽⁵⁾
- En la ENDS 2005 ⁽⁶⁾, se realizaron las mismas preguntas encontrándose los siguientes resultados El 33 por ciento del total que no recibieron atención médica durante su enfermedad, aludió como razón para ello que el caso era leve y no lo ameritaba, 7 por ciento dijo que por falta de tiempo, 4 por ciento porque el servicio queda muy lejos, 33 por ciento por falta de dinero, 5 por ciento porque el servicio es malo 2 por ciento porque no lo atendieron, 3 por ciento porque no confía en los médicos, 4 por ciento porque no le solucionan el problema, 5 por ciento por la cantidad de trámites que se requiere y 6 por ciento por otras razones. La falta de dinero, como es lógico, es más común entre los de más baja educación, en el área rural y entre los de índice de riqueza más bajo. (Ver gráfico)

Gráfico 126. Razones de no uso de servicios médicos. Según ENDS 2000 -2005



Fuente: ENDS 2000 – 2005

En la Encuesta Nacional de Salud 2007 ⁽⁷⁾ se evaluó cuál fue la razón principal por la que no se solicitó o recibió atención médica.

Tabla 56. Motivo de no consulta (%), según régimen 2007

| Motivo | Contributivo | Especial | Ninguno | Subsidiado | Global |
|--|--------------|----------|---------|------------|--------|
| Mucho trámite en EPS/ARS/IPS | 3,0 | 2,6 | 1,1 | 4,5 | 2,8 |
| Sitio de atención es muy lejano | 1,0 | 1,7 | 2,4 | 4,2 | 2,3 |
| No le cubrían o no le autorizaron la atención | 0,6 | 0,7 | 1,8 | 1,1 | 1,0 |
| Fue pero no lo atendieron | 1,1 | 0,2 | 1,1 | 1,5 | 1,0 |
| Le dio miedo, nervios o pena | 0,9 | 0,3 | 1,2 | 1,1 | 0,9 |
| No sabía que tenía derecho | 0,3 | 0,0 | 0,4 | 0,2 | 0,2 |
| No sabe dónde prestan el servicio | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,2 | 0,2 |
| El problema se resolvió solo o se ha sentido bien | 26,3 | 31,2 | 20,9 | 21,1 | 24,9 |
| Pensó que no era necesario consultar | 23,0 | 20,1 | 13,9 | 14,0 | 17,7 |
| Descuido | 15,9 | 15,4 | 12,6 | 17,9 | 15,4 |
| La consulta es muy cara o no tenía dinero | 3,9 | 0,6 | 22,9 | 8,6 | 9,0 |
| Los horarios no le sirven o no tenía tiempo | 7,6 | 4,9 | 3,2 | 6,3 | 5,5 |
| Le hacen esperar mucho para atenderlo | 3,6 | 5,1 | 1,4 | 4,2 | 3,6 |
| No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana | 3,8 | 4,2 | 1,9 | 3,8 | 3,4 |
| Mala atención | 3,1 | 4,1 | 1,8 | 4,2 | 3,3 |
| No tenía donde acudir | 0,8 | 0,9 | 9,4 | 1,1 | 3,1 |
| No le gusta ir | 2,0 | 4,3 | 2,2 | 2,9 | 2,9 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007

Referencias bibliográficas

1. Losada Otálora, Mauricio and Rodríguez Orejuela, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm. [online]. 2007, vol.20, n.34, pp. 237-258. ISSN 0120-3592.
2. Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS encuesta hospital. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 1 de febrero 2006.
3. Ministerio de la Protección Social. Percepción de la calidad según usuarios de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final. Ejecutada por Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Fondo financiero de proyectos de desarrollo (FONADE) y la Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia, viernes 22 de diciembre de 2006.
4. 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.
5. Profamilia. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000. Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2000.
6. Profamilia. Probienestar de la Familia Colombiana. Salud Sexual y Reproductiva. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Asociación Santafé de Bogotá, Colombia. Octubre de 2005.
7. Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. ENS 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009



Programa de Reorganización Rediseño y
Modernización de las Redes de Prestación
de Servicios de Salud



Ministerio de la Protección Social
Dirección General de Calidad de Servicios
Carrera 13 No. 32 - 76 Piso 18
Teléfono: 330 50 00 Ext.: 1800
Línea de atención al usuario desde Bogotá: 330 5000
Resto del país: 01 8000 910097
Página Web: www.minproteccionsocial.gov.co