



Estudios Gerenciales

ISSN: 0123-5923

estgerencial@icesi.edu.co

Universidad ICESI

Colombia

Jaramillo-Mejía, Marta Cecilia; Chernichovsky, Dov
Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el
modelo israelí
Estudios Gerenciales, vol. 31, núm. 134, enero-marzo, 2015, pp. 30-40
Universidad ICESI
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21233043004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Artículo

Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí



Marta Cecilia Jaramillo-Mejía^{a,*} y Dov Chernichovsky^b

^a Profesora, Departamento de Gestión Organizacional, Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi, Cali, Colombia

^b Profesor, Departamento de la Administración de Sistemas de Salud, Universidad Ben Gurion de la Negev, Beer Sheva, Israel

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de octubre de 2013

Aceptado el 18 de septiembre de 2014

On-line el 12 de diciembre de 2014

Códigos JEL:

I12

I18

I19

Palabras clave:

Calidad

Indicadores

Sistema de salud

Empresa promotora de salud

Garantía de calidad

R E S U M E N

El objetivo del estudio es contribuir a mejorar la salud en Colombia mediante el desarrollo de un sistema nacional de indicadores de desempeño del sector salud. Para ello se utilizó un análisis descriptivo de datos secundarios de Colombia e Israel que, como Colombia, tiene un modelo de competencia regulada. Se observó que Israel tiene un sistema sencillo, pero eficaz, que incluye: indicadores de calidad y rendimiento previamente definidos y aceptados a nivel nacional; un mecanismo de supervisión, un proceso de comparación, para establecer buenas prácticas, y un mecanismo de difusión de estas prácticas. El modelo israelí puede ser fácilmente adaptado a Colombia, debido a la similitud de las estructura y a la naturaleza de los 2 sistemas.

© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Universidad ICESI. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).

Information for the quality of the healthcare system in Colombia: A proposal for a review based on the Israeli model

A B S T R A C T

The study aims to help improve health in Colombia through a national scheme of performance indicators of the health sector. A descriptive analysis is presented of secondary data from Colombia and Israel, which, like Colombia, has a model, based on regulated competition. Israel has a simple yet effective scheme that consists of, pre-defined and nationally accepted quality and performance indicators, with a monitoring mechanism, and a comparative study process to establish good practices, as well as a means of and a disseminating these practices. The Israeli scheme can be easily adapted to Colombia because of the structural similarity of the systems and the straightforward nature of the scheme.

© 2013 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Universidad ICESI. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).

JEL classification:

I12

I18

I19

Keywords:

Quality

Indicators

Health system

Health care service providers

Quality guaranty

* Autor para correspondencia: Calle 18 #122-135, Universidad Icesi, Cali, Colombia.

Correo electrónico: mcjara@icesi.edu.co (M.C. Jaramillo-Mejía).

Informação para a qualidade do sistema de saúde na Colômbia: uma proposta de revisão baseada no modelo israelita

R E S U M O

Classificações JEL:

I12
I18
I19

Palavras-chave:

Qualidade
Indicadores
Sistema de saúde
Empresa promotora de saúde
Garantia de qualidade

O objectivo do estudo é contribuir para a melhoria da saúde na Colômbia, mediante o desenvolvimento de um sistema nacional de indicadores de desempenho do sector da saúde. Para o qual se utilizou uma análise descritiva de dados secundários da Colômbia e Israel que, como a Colômbia, tem um modelo de competência regulada. Observou-se que Israel tem um sistema simples, mas eficaz, que inclui: indicadores de qualidade e rendimento previamente definidos e aceites a nível nacional; um mecanismo de supervisão, um processo de comparação, para estabelecer boas práticas e um mecanismo de difusão destas práticas. O modelo israelita pode ser facilmente adaptado à Colômbia devido à semelhança das estruturas e da natureza dos sistemas.

© 2013 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nome da Universidad ICESI. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>).

1. Introducción

Existe una tendencia en el mundo a definir indicadores para medir diferentes momentos y niveles en los sistemas de salud y prestación de servicios de salud, diseñados en una estructura piramidal y que se analizan en cascada. En este sentido, una de las categorías de medición son los indicadores de seguridad y calidad, donde se contemplan las áreas prioritarias de salud del nivel nacional. Estos indicadores han permitido comparar sistemas de salud de países con similares condiciones (Chief Medical Office, 2013; Nolte y McKee, 2008; Australian Institute of Health and Welfare, 2013; Rosen et al., 2011).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD, por su sigla en inglés de *Organization for Economic Co-operative and Development*), ha definido 19 indicadores de calidad de la atención para medir el nivel de salud de los países desarrollados, miembros de esa organización (OECD, 2012). Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia viene implementando desde 2006 un sistema de información para la calidad que incluye un alto número de *informes de cumplimiento de envío de información e indicadores de proceso*, pero realmente no hay un sistema de evaluación y seguimiento a la calidad que incluya indicadores de impacto sobre la salud de la población reportados por los aseguradores (Superintendencia Nacional de Salud, 2007; MSPS, 2006a).

Si bien Israel y Colombia comparten aspectos similares en su sistema de salud, el seguimiento de la calidad del sistema israelí incluye, además de un mecanismo ajustado por riesgo para la asignación de recursos per cápita, un sistema de información compuesto por un conjunto de indicadores clave, que son comparados entre las organizaciones y se publican. De otro lado, Colombia no tiene un mecanismo ajustado por riesgo, ni un mecanismo de incentivos para la mejora de la calidad de los servicios de salud, y además requiere que el sistema de indicadores de salud le permita una evaluación continua del impacto del tratamiento, que se puedan comparar a nivel nacional e internacional. Por consiguiente, la comparación entre los 2 sistemas puede ser útil para revisar y fortalecer el sistema de información para la calidad en Colombia.

En consecuencia, el objetivo del presente documento es revisar el sistema de medición de calidad en Colombia, basado en la efectividad de un sistema nacional y desde la perspectiva de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Para lograr dicho objetivo, se revisa el modelo israelí de evaluación de indicadores de la calidad de la salud, que aunque es un país con mayor desarrollo, presenta características similares a las del sistema de salud colombiano, lo que posibilita su comparación.

Finalmente, la organización del documento, después de la introducción, comprende una conceptualización de los sistemas de salud y de medición de la calidad en Colombia y en Israel, lo cual es importante para comprender las brechas del sistema de información para la calidad entre los 2 países y las posibilidades de mejora. La sección 3 describe la metodología utilizada para la revisión, discusión y comparación de los indicadores de evaluación de la calidad; en seguida se describen los resultados, sección que muestra las características del monitoreo y de la evaluación en cada uno de los países, la información que está disponible para la toma de decisiones y los usuarios, y el uso que se les da, en términos del mejoramiento de la salud de la población. Por último, se presenta la discusión de los resultados, a partir de los cuales se proponen acciones que pueden contribuir al mejoramiento de la calidad para una mejor salud de la población y se incluyen las conclusiones finales del estudio.

2. Marco conceptual

Con el fin de contextualizar el problema, se presenta a continuación la definición de los sistemas de salud de Colombia e Israel, así como los sistemas de medición de la calidad de ambos países, finalizando con un análisis de las brechas entre los 2 sistemas de información para la calidad.

2.1. El Sistema de Salud en Colombia

La Constitución Política de Colombia de 1991, en su artículo 48, establece que la Seguridad Social es un derecho (Asamblea Nacional Constituyente, 1991). Por tal motivo se desarrolló una reforma al sistema de salud, contenida en la Ley 100 de 1993¹, que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, con un componente de Salud y 3 principios fundamentales: universalidad, equidad y calidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

A partir del componente de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) crea las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que pueden ser administradoras del régimen contributivo (llamadas EPS) —para los pensionados y trabajadores dependientes o autónomos y sus familias—; las administradoras del régimen subsidiado (ARS) —hoy EPS del régimen subsidiado, para la población pobre sin capacidad de pago—, y las administradoras de regímenes especiales o de excepción, llamadas Empresas Adaptadas de Salud (EAS), que son de origen público, para algunos trabajadores del gobierno (Congreso de la República de Colombia, 1993).

¹ En adelante será la Ley 100.

El SGSSS estandarizó una canasta de servicios básicos, llamada Plan Obligatorio de salud (POS), para todos los afiliados al régimen contributivo, y una canasta reducida de servicios para el Régimen Subsidiado (POSS) para la población pobre, mientras que en los regímenes de excepción se ofrece un paquete de servicios complementario, llamado POS más (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Los usuarios, excepto los de las EAS, pueden escoger la EPS a la cual quieren estar afiliados, además pueden adquirir un plan complementario (medicina pre-pagada), basado en hotelería², acceso a servicios no incluidos en el POS, y/o acceso directo a la medicina especializada. Este plan es voluntario e independiente del POS, y para adquirirlo es requisito estar afiliado a la Seguridad Social. De otro lado, la población más pobre (afiliada o no al régimen subsidiado) recibe la mayor parte de los servicios en la red pública hospitalaria y de salud (Chernichovsky, Guerrero y Martínez, 2012; Congreso de la República de Colombia, 1993).

Por otra parte, aunque durante 20 años la Ley 100 promulgó la universalidad, el sistema funcionó con un alto nivel de inequidad, debido a que el paquete básico de servicios del régimen contributivo contenía más servicios que el paquete del régimen subsidiado (Chernichovsky et al., 2012). Sin embargo, el primero de julio de 2012, con el Acuerdo 032, se logró la unificación del POS del régimen contributivo y subsidiado para todos los grupos de edad (CRES, 2012).

A pesar de que desde 1993 la Ley 100 estableció que el MSPS sería el responsable de regular la calidad de los servicios de salud y el control de los factores de riesgo para la salud que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y las EPS (Congreso de la República de Colombia, 1993), solo en el año 2002 se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGCS) (Presidencia de la República de Colombia, 2002) y en el año 2006 se reglamenta el Sistema de Información para la Calidad (SIC). De esta manera se define que el objetivo del SIC es monitorear la calidad de los servicios, orientar el comportamiento de la población general, estimular la gestión de la calidad basada en hechos y datos, y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema (Presidencia de la República de Colombia, 2006).

2.2. El Sistema de Salud israelí

El Seguro Nacional de Salud (SNS) israelí se promulgó en enero de 1995, y a través de él se garantiza una canasta de servicios estandarizada para todos los residentes en el país, de tal manera que el financiamiento y la provisión de servicios curativos están a cargo de las administradoras de planes de beneficios o fondos mutuales, quienes se encargan del aseguramiento (Chernichovsky, 2009; Chernichovsky, 2013).

No obstante, en el sistema israelí los ciudadanos pueden elegir entre 4 administradoras de salud, sin fines de lucro, que compiten entre ellas y proveen como mínimo el paquete básico definido por la ley. En este sistema, la mayor parte del personal médico trabaja en una sola de las administradoras; sin embargo, algunos trabajan como independientes, pudiendo de esta forma estar vinculados con varias administradoras al mismo tiempo (Chernichovsky, 2009; Chernichovsky, 2013).

De otro lado, el sistema israelí considera que la medición de calidad de atención ideal, como se ha descrito también en otros sistemas de países desarrollados (Kelley y Hurst, 2006), debe incluir indicadores de:

- Efectividad en el tratamiento: mide la mejora del estado de salud gracias al tratamiento.
- Seguridad en el tratamiento: muestra cómo el tratamiento o procedimiento clínico es más seguro y eficaz, y se determina de acuerdo con el daño causado a los pacientes por un manejo inadecuado.
- Duración del tratamiento: mide si fue suministrado en el momento oportuno y tiempo adecuado.
- Ajuste del tratamiento: basado en las preferencias, necesidades y valores de los pacientes.
- Eficacia del tratamiento: corresponde al uso de los recursos pertinentes que aseguren la alta calidad de la atención.
- Equidad en el tratamiento: se refiere a que la calidad es igual para todas las personas, independiente de su género, origen y/o situación socioeconómica.

2.3. Las brechas entre los 2 sistemas

El sistema israelí comparte varios aspectos y principios con el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, especialmente con el Régimen Contributivo, en la parte organizacional y estructura, incluyendo las relaciones entre las Administradoras de Planes de Beneficios y los médicos.

Los 2 sistemas comparten desafíos similares, y uno de los más importantes es controlar el trabajo operativo de las Administradoras de Planes de Beneficios, para el cual la legislación israelí incluye las Organizaciones de Investigación y Evaluación (el Consejo de Salud y el Instituto Israelí para la Investigación en Servicios de Salud y Políticas de Salud), cuyo objetivo es *controlar y valorar el efecto de la Ley sobre la calidad, efectividad y costo de los servicios de salud en Israel* (Chernichovsky, 2009). En Colombia el control de las EPS es realizado por la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud).

Si bien en Israel existe un mecanismo de asignación de recursos basado en el pago a las administradoras de salud, el cual se refiere a una unidad de pago por capitación (UPC), que corresponde a la asignación del sistema a cada individuo asegurado, ajustada por riesgo (por ejemplo: edad, sexo, etc.), este podría ser un incentivo para bajar la calidad de los servicios y permitir el ahorro de parte del dinero recibido. Sin embargo, existe un mecanismo complementario que permite asignar recursos financieros para que las administradoras de planes de beneficios establezcan un entorno competitivo, basado en el mejoramiento de los resultados en salud, e indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas o de impacto, sobre la mejora de la salud o de satisfacción (Chernichovsky, 2009; Chernichovsky, 2013).

3. Metodología

La metodología utilizada en esta investigación consiste en un estudio de tipo descriptivo, el cual, mediante fuentes secundarias, permite visualizar la aplicabilidad de la legislación colombiana en el sistema de información para la calidad en salud. Además, se compara el sistema de salud colombiano con el sistema de salud israelí, discutiendo la importancia de generar indicadores que permitan identificar si es posible su mejoramiento.

Para el desarrollo del objetivo de la investigación se hizo una revisión de la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud, en el componente del sistema de información para la calidad en Colombia. Como fuentes de información secundarias, se tuvieron en cuenta los informes que enviaban las IPS y EPS a los diferentes entes de control y al MSPS, principalmente orientados a los indicadores de evaluación de la calidad en salud, centrándose en la información publicada por la Supersalud y la información publicada en la página de seguimiento a la calidad de las EPS del MSPS (Anexo, tabla A1).

² Se refiere a mejores servicios de internación; por ejemplo: camas individuales, selección de la clínica, sala o cama para acompañante, entre otros.

Adicionalmente se hizo una revisión de la normatividad del Sistema Nacional de Monitoreo de la Calidad (PNMC) en Israel y de fuentes secundarias del sistema de información para la calidad en salud de Colombia, desde la Supersalud y el MSPS, para comparar los indicadores de evaluación (Porath, Rabinowitz, Raskin Segal, Weitzman y Ben-Said, 2008; Rosen et al., 2011; Manor et al., 2012).

4. Resultados

El Sistema de Información para la Calidad del SOGCS de Colombia se implementa a partir de la circular 011 de 2004, con obligatoriedad para las IPS, y de la circular única de la Supersalud de diciembre de 2004 para las EPS. Sin embargo, la atomización de la estructura del Sistema de Salud Colombiano (17 EPS del contributivo, más de 40 EPS del subsidiado y más de 8.000 IPS públicas y privadas) no favorece el control de la información, y además las EPS no tienen incentivos por obtener resultados positivos de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La estructura del sistema de salud colombiano genera un doble reporte de la información, y aun así no se conoce dentro del sistema el tipo de servicios que recibe el mismo paciente (continuidad). Por lo tanto, no permite la evaluación de impacto de la atención en salud. De otro lado, los médicos no participan activamente en el proceso de evaluación y tienen enfrentamientos con las EPS, debido a las normativas, al sistema de pago, al control en el diagnóstico y tratamiento del paciente y algunas veces a causa del control del gasto (Castañeda, Fonseca, Núñez, Ramírez y Zapata, 2012).

El sistema de monitoreo en Colombia no está unificado, y la historia clínica no está automatizada en la mayoría de las IPS; por tanto, cuando un paciente es atendido en una ciudad y se traslada a otra, debe iniciar otra vez el proceso.

En el sistema de información para la calidad, la mayor parte de los indicadores son de estructura y de proceso, sin énfasis en el *impacto en salud*, ni *reducción del riesgo*. Las entidades encargadas del seguimiento no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo y se han limitado a evaluar si *cumple o no cumple* (tablas 1 y 2), no se realiza un análisis crítico de los resultados, ni se compara con indicadores a nivel nacional o internacional. En este sentido, no hay medidas correctivas basadas en los resultados encontrados, y en ellos no se ven reflejados todos los sectores (Supersalud y Grupo de Monitoreo y Alertas Tempranas, s.f.; Torres, Gascón y Otero, 2012).

Por otra parte, la unidad de análisis geográfica es diferente para la entidad territorial (municipio y departamento) y para la EPS, debido a que esta última depende del lugar donde se ubica la sede principal. Los indicadores de salud, desde las EPS, no están definidos de acuerdo con la zona y las condiciones de la población en el país, no se ha garantizado el flujo continuo de información desde los niveles municipales hasta el nivel nacional, puesto que las EPS no consolidan información territorial y muchas veces se registra la atención según el lugar de prestación del servicio y no según el sitio de residencia; también se presenta poca comparabilidad con los indicadores internacionales y se mide la satisfacción del usuario sin tener en cuenta el impacto en la atención médica y el costo (Anexo, tablas A2–A3).

Adicionalmente, no hay seguimiento de indicadores de impacto, eficiencia y eficacia sobre la salud de la población afiliada, y las EPS no utilizan indicadores de farmacovigilancia para hacer propuestas de mejoramiento de los medicamentos en el POS. A pesar del nuevo Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el módulo del aseguramiento solo contiene la población cubierta y el nivel de análisis es por EPS y no con indicadores de salud del

municipio y departamento que permitan evaluar la gestión por resultados de la EPS a nivel del territorio³.

En el caso de Israel, el Programa Nacional de Monitoreo de la Calidad (PNMC) se implementó en 1999, como resultado de la reforma del Sistema de Salud realizada en 1995, con el objetivo de ofrecer a la comunidad y a los formadores de política la información sobre la calidad de atención médica comunitaria brindada por las administradoras del paquete básico de salud, reportada por años, grupos sociales y entre las administradoras. Esto ha permitido al Sistema de Salud israelí tomar mejores decisiones en todos los niveles y proveer mayor eficiencia, equidad y satisfacción, objetivos que quisieran ser alcanzados por cualquier sistema de salud en el mundo. El PNMC compara sus indicadores con los de otros sistemas de salud internacionalmente (Chernichovsky, 2009; Manor et al., 2012).

Por otro lado, la calidad de la atención médica, definida por el Instituto de Medicina de Israel como la *medida en la que los servicios aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados*, es de gran importancia para los usuarios, las organizaciones públicas y gubernamentales (el gobierno israelí y el Instituto Nacional de Seguro) y para las administradoras de salud (Chernichovsky, 2009). De esta manera, las administradoras son las responsables de la calidad del servicio brindado a los asegurados.

El PNMC se basa en un conjunto de datos definidos por el Comité Nacional para la Seguridad en la Calidad de la información y Datos Efectivos en atención médica (HEDIS por su siglas en inglés: *Health-care Effectiveness Data and Information Set*) de Estados Unidos y utiliza varios de sus indicadores (Health and Social Care Information Centre, 2012; Hussey et al., 2004), los cuales son seleccionados cuidadosamente en 2 momentos: uno por consenso de los representantes de las 4 administradoras, con base en evidencia científica, y en otro momento por un equipo de expertos clínicos. La compilación de esta información pasa por un riguroso proceso de control interno y externo, que cumple con 3 condiciones: importancia, validez y viabilidad. Además, estos indicadores son relativos, es decir, están definidos como el grupo de personas expuestas a ciertas condiciones sobre el total de la población específica, diferenciados por grupos de edad, sexo y condición socioeconómica, características definidas como relevantes por los expertos. Un ejemplo de indicador es el porcentaje de personas mayores de 65 años vacunadas contra la gripe (Manor et al., 2012).

De otro lado, una de las características más importantes del PNMC es que ha definido indicadores para medir solo algunas áreas de interés, lo cual ha permitido hacer el seguimiento de la morbilidad y de la calidad de atención médica mediante indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de tratamiento y de resultado. Es así como, para el año 2010, el SNS definió 6 áreas de evaluación centradas en la atención primaria en salud (APS), en donde se consideran: asma, detección temprana de cáncer, vacunación contra la gripe para población adulta mayor, salud infantil y enfermedades cardiovasculares (Manor et al., 2012), las cuales se pueden observar en la tabla 3.

Con relación al sistema de información de las administradoras en Israel, este es similar (sistema propio de cada administradora, con lineamientos generales), lo que les permite obtener de manera uniforme los indicadores seleccionados y actualizarlos anualmente, con el fin de examinar qué ocurre en cada una de las áreas. De otro lado, el SNS reporta los datos nacionales cada año, en un reporte comparativo de los 3 últimos años (Manor et al., 2012). Adicionalmente, el sistema de información para la calidad se basa en las historias médicas electrónicas, lo que reduce los costos y agiliza los tiempos.

³ Para revisar información sobre el tema se sugiere ingresar al link: <http://www.sispro.gov.co/Pages/Descargue%20Datos/Aseguramiento2013.aspx>

Tabla 1
Indicadores de detección específica de la Superintendencia Nacional de Salud

Indicador	Meta	EPS											
		CRUZ BLANCA	SOLSALUD	EPM	FONDO PASIVO	FAMISANAR	SALUDCOOP	CAFÉ SALUD	COMFENALCO VALLE	MULTIMEDICAS	COLMEDICA	SALUDTOTAL	
Cumplimiento en la aplicación de la vacuna contra la hepatitis B	90%	> 100	> 100	> 100	Cumple	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
Cumplimiento en la aplicación de la vacuna DPT	90%	Cumple	> 100	> 100	Cumple	> 100	> 100	> 100	> 100	Cumple	> 100	Cumple	
Cumplimiento en el control de la placa bacteriana	20%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	
Cumplimiento en la aplicación de sellantes	20%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	
Cumplimiento en la aplicación del parto	90%	> 100	> 100	No cumple	No cumple	Cumple	Cumple	> 100	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	
Cumplimiento en la aplicación de vacuna triple viral a las mujeres	90%	> 100	> 100	No cumple	No cumple	> 100	> 100	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple	> 100	
Cumplimiento en la realización del TSH al recién nacido	90%	> 100	> 100	No cumple	No cumple	Cumple	Cumple	> 100	Cumple	No cumple	Cumple	Cumple	
Cumplimiento en la consulta de control al recién nacido por medicina general	90%	> 100	> 100	No cumple	No cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	
Cumplimiento en la consulta de planificación familiar por primera vez	80%	> 100	> 100	> 100	Cumple	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	No cumple	
Cumplimiento en la consulta de control de planificación familiar	50%	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple	
Cumplimiento en la realización de esterilización masculina y femenina	80%	> 100	> 100	Cumple	No cumple	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	> 100	
Cumplimiento en la consulta por primera vez por medicina general de crecimiento y desarrollo	80%	> 100	Cumple	> 100	Cumple	> 100	Cumple	Cumple	> 100	> 100	> 100	No cumple	
Indicador	Meta	EPS											
		SANITAS	NUEVA EPS	RED SALUD	COOMEVA	SALUD COLOMBIA	HUMANA VIVIR	COMPENSAR	SALUDVIDA	COLPATRIA	SURA		
Cumplimiento en la aplicación de la vacuna contra la hepatitis B	90%	> 100	> 100	Cumple	> 100	No cumple	> 100	> 100	> 100	SD*	SD		
Cumplimiento en la aplicación de la vacuna DPT	90%	> 100	Cumple	Cumple	> 100	No cumple	> 100	> 100	Cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en el control de la placa bacteriana	20%	Cumple	> 100	Cumple	Cumple	No cumple	> 100	Cumple	Cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la aplicación de sellantes	20%	Cumple	> 100	Cumple	Cumple	No cumple	> 100	Cumple	Cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la aplicación del parto	90%	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple	No cumple	DI	Cumple	No cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la aplicación de vacuna triple viral a las mujeres	90%	> 100	> 100	Cumple	> 100	No cumple	DI	No cumple	> 100	SD*	SD		
Cumplimiento en la realización del TSH al recién nacido	90%	No cumple	No cumple	Cumple	Cumple	No cumple	DI	Cumple	No cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la consulta de control al recién nacido por medicina general	90%	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple	No cumple	DI	Cumple	Cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la consulta de planificación familiar por primera vez	80%	> 100	> 100	Cumple	> 100	No cumple	> 100	> 100	> 100	SD*	SD		
Cumplimiento en la consulta de control de planificación familiar	50%	Cumple	> 100	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple	No cumple	No cumple	SD*	SD		
Cumplimiento en la realización de esterilización masculina y femenina	80%	> 100	> 100	No cumple	> 100	No cumple	> 100	> 100	> 100	SD*	SD		
Cumplimiento en la consulta por primera vez por medicina general de crecimiento y desarrollo	80%	> 100	Cumple	Cumple	> 100	No cumple	> 100	> 100	> 100	SD*	SD		

DI: datos incompletos; SD: no informó; SD*: no consolidó nacional.

Fuente: Supersalud y Grupo de Monitoreo y Alertas Tempranas, s.f.

Tabla 2
Cumplimiento de indicadores de la Superintendencia Nacional de Salud

Empresa Administradora de Planes de Beneficios	Número de indicadores reportados	Porcentaje de cumplimiento
CRUZ BLANCA	25	100
SOLSALUD	23	92
EPM	18	72
FONDO PASIVO SOCIAL	14	56
FAMISANAR	25	100
SALUDCOOP	25	100
CAFESALUD	25	100
COMFENALCO VALLE	15	62
MULTIMÉDICAS	20	80
COLMÉDICA	15	60
SALUD TOTAL	20	80
SANITAS	20	80
NUEVA EPS	18	72
REDSALUD	18	72
COOMEVA	25	100
SALUDCOLOMBIA	0	0
HUMANA VIVIR	18	72
COMPENSAR	21	83
SALUDVIDA	15	61
COLPATRIA	SD	SD*
SURA	SD	SD

SD: no informó; SD*: no consolidó nacional.

Fuente: Supersalud y Grupo de Monitoreo y Alertas Tempranas, s.f.

De otro lado, el SNS añade a la información de las administradoras los datos complementarios sobre información económica y nivel de satisfacción de los asegurados, lo que le permite a nivel político obtener una visión global útil para la toma de decisiones.

Las 4 administradoras de Israel participan voluntariamente del PNMC desde 2004. Sin embargo, la información enviada por ellas es anónima, es decir, no posee detalles que permitan la identificación de los usuarios, para proteger en forma estricta el principio de confidencialidad médica (Manor et al., 2012).

En el reporte del SNS, la población de estudio para cada año corresponde a las personas aseguradas en las 4 administradoras israelíes, y se excluyen las personas con datos perdidos, las que no tienen la membresía en la misma administradora y aquellas que se movilizan entre las administradoras cada año. No obstante, el porcentaje de población excluida es muy bajo, aproximadamente el 2% del total. La recolección de información sobre la población total de asegurados en Israel permite el examen y el seguimiento de subgrupos de indicadores relativamente pequeños, incluso por grupos de edad, sexo y situación socioeconómica (Bandelak, 2010).

Para validar los resultados, el SNS utiliza fuentes de datos adicionales que incluyen encuestas de salud de la Oficina Central de Estadísticas y la consulta a expertos (Rosen et al., 2011). Así mismo, los datos publicados por el SNS no presentan ningún tipo de error de muestreo, dado que se basan en datos de la población total y no de una muestra, lo cual permite el estudio de los indicadores en cortes transversales, como edad, sexo y situación socioeconómica; es así como la difusión de los resultados refleja el compromiso del

Tabla 3
Indicadores seleccionados por el programa israelí 2010

<i>Asma</i>
Prevalencia de asma persistente entre 5 y 56 años de edad
Porcentaje de tratamiento preventivo con medicamentos entre los pacientes con asma persistente entre 5 y 56 años
Porcentaje de vacunaciones contra la gripe entre los pacientes con asma persistente entre 5 y 56 años
<i>Detección temprana de cáncer</i>
Porcentaje de mamografías realizadas para la detección temprana de cáncer de mama entre las mujeres de 51 a 74 años
Porcentaje de colonoscopias realizadas entre las personas de 50 a 74 años
<i>Vacunación para adultos mayores</i>
Porcentaje de vacunaciones contra la gripe en los adultos mayores de 65 años
Porcentaje de adultos mayores con vacuna del neumococo (65–71 años)
<i>Salud infantil</i>
Cribado de anemia para niños
Porcentaje de resultados de índice masa corporal (IMC) para niños (edad: 7 años)
Porcentaje de resultados de índice de masa corporal en jóvenes entre 14 y 18 años
<i>Enfermedades cardiovasculares</i>
Documentación de niveles de colesterol en personas entre 35 y 54 años
Resultados de niveles de colesterol en personas entre 55 y 74 años
Medición de niveles de colesterol (35–54 años)
Medición de niveles de colesterol (55–74 años)
Resultados de índice de masa corporal para adultos (edad 20–64 años)
Resultados de índice de masa corporal para adultos mayores (edad 65–74 años)
Resultados de medición de presión arterial (edad 20 y 64 años)
Resultados de medición de presión arterial (edad 65 y 74 años)
Uso de estatina después de cirugía de bypass coronario y/o intervención de cateterización cardíaca (35 a 74 años de edad)
Inhibidores de la enzima angiotensin-convertasa o bloqueadores de receptores de angiotensin usados después de cirugía arterial de bypass y/o intervención de cateterización cardíaca (35–74 años de edad)
Betabloqueadores usados luego de cirugía bypass coronario y/o intervención por cateterización cardíaca (35 y 74 años)
Medición de niveles de colesterol después de cirugía de bypass de la arteria coronaria y/o intervención por cateterismo cardíaco (35 a 71 años de edad)
<i>Diabetes</i>
Prevalencia de diabetes mellitus
Porcentaje de niveles de hemoglobina A1c para pacientes con diabetes mellitus
Medición de adecuado control de hemoglobina A1c para pacientes con diabetes mellitus (edad 0–74 años)
Medición de adecuado control de hemoglobina A1c para pacientes con diabetes mellitus (edad 75 a 84 años)
Medición de control adecuado de hemoglobina A1c para pacientes con diabetes mellitus
Resultados de niveles de colesterol para pacientes con diabetes mellitus
Vacunación contra la influenza en pacientes con diabetes mellitus, con 5 años o más
Vacunación contra el neumococo en individuos con diabetes mellitus entre 65 y 74 años
Resultados de presión arterial en pacientes con diabetes mellitus con 18 años o más
Resultados de índice de masa muscular en individuos con diabetes mellitus con 18 años o más

Fuente: tomado de Manor et al. (2012, p. 132–133). Traducido por los autores.

sistema de salud israelí con el control social, además de asegurar que los objetivos de salud de la población están siendo alcanzados de la mejor manera posible, considerando que los registros públicos son nacionales y que no incluyen resultados por administradora.

En consecuencia, la anterior información es útil para que los asegurados puedan concientizarse y tomar responsabilidad sobre su salud, contribuyendo a mejorar el servicio, lo que se refleja en la aceptación del tratamiento sugerido por el médico, en la oportuna atención de las recomendaciones para los chequeos médicos programados, y en la utilización de los servicios ofrecidos por el Sistema de Salud en la forma apropiada (Rosen et al., 2011).

Así mismo, el hecho de que hay pocas administradoras y cada una cuenta con sus médicos ayuda a la mejora de la calidad, salvo contadas excepciones, lo que también favorece la implementación de sistemas de información.

Un aspecto importante a considerar son los acuerdos organizacionales, culturales y sociales entre los médicos y demás personal médico, que favorece la mejora de la calidad sin necesidad de pago por resultados. Es así como las administradoras operan bajo el marco de la ley de seguro de salud, y aunque tienen algún grado de libertad en determinadas áreas operacionales y se diferencian en cuanto a la estrategia y la cultura interna, el marco legislativo común provee a los médicos de un conjunto de mensajes e incentivos más claros.

De un lado, la competencia entre las administradoras es por la calidad del servicio y no por la tarifa o precio del mismo, gracias a la ley del seguro de salud, lo que ha permitido desarrollar una cultura compartida entre organizaciones y médicos, orientada hacia la provisión óptima de salud en un contexto de escasez de recursos (Rosen et al., 2011). Sin embargo, el número pequeño de áreas de indicadores de salud seleccionadas limita el análisis en otras áreas que podrían ser relevantes, entre las que no se consideran ni temas de costos ni de satisfacción. De otro lado, la información de cada una de las administradoras no es pública para la población, lo cual no les permite elegir la administradora según sus resultados. Finalmente, no se hacen públicos los datos comparativos para las administradoras de salud; sin embargo, cada una de ellas recibe un estudio detallado que permite la comparación de sus resultados con el nivel promedio nacional.

5. Discusión

En muchos aspectos, el SOGCS de Colombia tiene coincidencias con el sistema de información para la calidad israelí. Sin embargo, este último tiene componentes organizacionales propios y de empoderamiento de las administradoras de planes, donde uno de los aspectos a resaltar es la puesta en común de los indicadores de seguimiento y evaluación de la gestión en términos de salud de la población, características también descritas en la propuesta de modelo de indicadores de calidad de la OECD en 2006 (Kelley y Hurst, 2006).

El modelo israelí puede ser utilizado como ejemplo, puesto que está en línea con los compromisos de mejoramiento de la calidad en salud adquiridos por el gobierno colombiano durante 2010–2014, incluidos en la agenda del Ministerio de Salud.

A pesar de que la magnitud y el desarrollo de los 2 sistemas de salud son diferentes, puesto que Israel tiene una quinta parte de la población colombiana, algunas lecciones pueden ser extraídas del sistema israelí para hacer más eficiente y efectiva la medición de la calidad en Colombia.

Así pues, la asignación de recursos en Colombia no se realiza mediante un mecanismo ajustado por riesgo, y a pesar de esto es importante proponer un mecanismo de incentivos para la mejora en la calidad de los servicios de salud, que, como en el caso de Israel, establezca un sistema de indicadores para la atención médica del

nivel comunitario, que permita realizar una evaluación continua del impacto del servicio y del tratamiento, y se pueda comparar con indicadores de salud nacionales e internacionales (Rosen et al., 2011).

El MSPS, con base en la estructura y el tamaño del Sistema de Salud y con la participación de todos los actores involucrados, debe diseñar un modelo de conformación de redes integradas de prestación de servicios de salud, de forma tanto vertical como horizontalmente (niveles de atención y de complejidad), a cargo de las administradoras de planes de beneficios (EPS o gestoras de salud), de tal manera que resulte eficiente y efectivo para el logro de los objetivos en salud (Congreso de la República de Colombia, 2007; MSPS, 2013; Congreso de la República de Colombia, 2013).

No obstante, previo a la implementación del nuevo sistema de información para la calidad en salud, es fundamental la formación de consensos y cohesión entre las distintas instituciones. Aun así, para el éxito del sistema de información el consenso no solo debe ser generado entre las instituciones, sino al interior de ellas, entre el personal médico, la administración y los usuarios. Es importante también generar conciencia y entrenar al personal médico sobre la importancia de la información como medio para tomar mejores decisiones, dado que este puede ser una importante barrera para la implementación, por ser renuente a cambios (Reece, 2011).

Por esto, se sugiere que se definan áreas clave por consenso de acuerdo con el nivel de desarrollo del país (como lo definió Israel y como lo propone la OECD); por ejemplo: salud materna, salud infantil, vacunación, enfermedades cardiovasculares, infecciosas y parasitarias (malaria, tuberculosis, dengue, etc.). Es así como los indicadores podrían ser seleccionados en consulta con expertos y prácticas internacionales, lo que aseguraría la calidad y la validez de los mismos (Murray y Frenk, 2000; Kelley y Hurst, 2006; Rosen et al., 2011; Manor et al., 2012).

Sin embargo, toda infraestructura de información necesita de una base de datos. Por esto, el desarrollo de la historia clínica electrónica y de los estándares aplicados para ello podría ayudar a obtener los datos desde la fuente primaria con una mejor calidad y a un menor costo.

Para el caso colombiano, se sugiere integrar el sistema de información de las EPS con las entidades territoriales, a fin de sumar recursos sociales, económicos y comunitarios para contribuir a una mejor gestión de la salud pública, en municipios y departamentos, a través del diagnóstico de la situación de salud, la morbilidad atendida, el riesgo de enfermar y la oferta de servicios de salud, asociada con la identificación de los resultados de salud a medir.

Ahora bien, la participación del usuario en el cuidado de su salud es una tendencia creciente en los sistemas de salud más desarrollados (Kelley y Hurst, 2006; Rosen et al., 2011), y es por esto que un usuario más informado puede tomar mejores decisiones y afecta de alguna manera los costos de salud.

Adicionalmente, el sistema de información debe incluir un análisis comparativo entre las IPS del mismo nivel y con el sistema de información de la red integral de prestación de servicios de las EPS, de tal manera que permita informar al usuario como mecanismo de selección y utilización de los servicios y ser participe y agente activo en el cuidado de su salud.

La revisión comparativa de los sistemas de información para la calidad del sistema de salud de los 2 países permite concluir que Israel podría transferir a Colombia experiencias exitosas para la implementación de un sistema de medición de la calidad del Sistema de Salud en Colombia, que sea útil para el seguimiento al impacto sobre la salud, la toma de decisiones políticas públicas y privadas, y finalmente para que el usuario participe activamente y se mantenga bien informado. Sin embargo, se enfatiza en la importancia de tomar en cuenta las características específicas del país, para adecuar a las necesidades particulares del sistema.

Finalmente, se entiende que es importante que existan arreglos interinstitucionales y una infraestructura que permitan llevar a cabo programas de medición de calidad por consenso, sostenible y efectiva, y además que permita crear una cultura común enfocada hacia la mejora de la calidad de los servicios de salud.

Financiación

Este artículo está soportado por recursos de investigación de la Universidad Icesi, Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud [PROESA], y por el Banco Mundial. El soporte del

Banco Mundial se hizo posible por el *Nordic Trust Fund*, que realiza esfuerzos por promover los derechos por la salud.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses. Los resultados de la investigación no han sido modificados. Lo expresado en la investigación es responsabilidad de sus autores y no del Banco Mundial o de las instituciones que los autores representan.

Anexo.

Tabla A1

Cuadro de mando de control de indicadores. Ministerio de Salud y Protección Social

Código	Descripción	Observaciones	Corte				
			< 2009 1	2009 2	2010 1	2010 2	> 2011 1
I.1.1.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general	Tendencia estable a menos de 3 días de espera. Comportamiento muy similar reportado por las EAPB. Alta variabilidad en los datos	2,8	2,3	2,6	2,3	2,8
I.1.2.0	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica especializada	Mejora de la oportunidad en los últimos cortes. Diferencias explicadas por las instituciones prestadoras que no han reportado	8,5	10,0	9,6	8,2	8,9
I.1.2.1	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de medicina interna		8,9	6,9	7,4	10,6	10,8
I.1.2.2	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de ginecobstetricia		7,7	5,7	5,3	7,9	7,3
I.1.2.3	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de pediatría		6,8	4,4	4,4	6,4	7,1
I.1.2.4	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta de cirugía general		7,6	4,0	4,2	7,1	8,9
I.1.3.0	Proporción de cancelación de cirugía programada	Continúa tendencia a la disminución de la cancelación de cirugía programada. Mejor comportamiento en IPS acreditadas y estructuradas	6,9	7,0	7,6	6	6,2
I.1.4.0	Oportunidad de atención en consulta de urgencias	Tendencia estable en el tiempo de espera en urgencias. Variabilidad en los datos, mayor espera en las instituciones acreditadas e instituciones de más de 100 camas	27,9	28,4	30,0	27,4	28,6
I.1.5.0	Oportunidad en la atención en servicios de imagenología	Tendencia estable en el comportamiento del indicador	2,6	2,8	2,6	2,9	2,7
I.1.6.0	Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	Tendencia sostenida a la mejora en la oportunidad de consulta de odontología general	3,8	4,2	3,9	3,7	4,1
I.1.7.0	Oportunidad en la realización de cirugía programada	Tendencia sostenida al descenso de la espera pero con alta variación en los datos	10,4	11,6	10,7	9	12,4
I.2.1.0	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	Indicador basado en búsqueda activa, para su análisis debe considerarse el subregistro	1,5	2,1	1,2	1,4	1,6
I.2.2.0	Proporción de pacientes con hipertensión arterial controlada	Alta variabilidad en los datos. Mejor comportamiento en las IPS acreditadas y privadas	57,4	61,2	59,9	61,7	60,2
I.3.1.0	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 h	Incremento con relación al último corte pero dentro de la variación normalmente observada. Tendencia descendente	13,3	15,0	15,4	16,1	16,4
I.3.2.0	Tasa de infección intrahospitalaria	Indicador basado en búsqueda activa. Para su análisis debe considerarse el subregistro. Tendencia estable. Efecto del subregistro estimado del 52%	1,4	1,3	1,4	1,4	1,5
I.3.3.0	Proporción de vigilancia de eventos adversos	Tendencia al incremento en las instituciones que vigilan efectos adversos. Disminución en la proporción de gestión	85,0	87,5	90,8	87,5	83,5
I.4.1.0	Tasa de satisfacción global	Tendencia estable en el comportamiento del indicador «Tasa de satisfacción global». Mejor comportamiento en IPS acreditadas, públicas y reestructuradas	91,7	91,8	91,3	91,6	91,1

Fuente: MSPS, 2011.

Tabla A2

Indicadores seleccionados el Sistema de Información para la Calidad

IPS	EAPB
<i>Accesibilidad/Oportunidad</i>	
(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
(2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	(2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
(3) Proporción de cancelación de cirugía programada	(3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S
(4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	(4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS
(5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología	(5) Oportunidad en la realización de cirugía programada
(6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	(6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General
(7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
	(8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
<i>Calidad técnica</i>	
(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
(2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
<i>Gerencia del riesgo</i>	
(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 h	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo
(2) Tasa de Infección Intrahospitalaria	(2) Razón de Mortalidad Materna
(3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	
<i>Satisfacción / Lealtad</i>	
(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global
	(2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
	(3) Tasa de Traslados desde la EAPB
<i>Eventos adversos</i>	
(1) Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales	(1) Usuarios detectados por suplantación
(2) Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación	(2) Afiliados duplicados
(3) Ingreso no programado a UCI luego de procedimiento que implica la administración de anestesia	(3) Quejas por no prestación de servicios POS
(4) Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal	(4) Quejas interpuestas por reconocimiento de copago o cuota moderadora
(5) Pacientes con úlceras de posición	(5) Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado
(6) Distocia inadvertida	(6) Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
(7) Shock hipovolémico posparto	(7) Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
(8) Maternas con convulsión intrahospitalaria	(8) Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
(9) Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado	(9) Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
(10) Pacientes con hipotensión severa en posquirúrgico	(10) Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Pompe en los cuales transcurrió más de seis meses entre la aparición de los síntomas y la confirmación del diagnóstico
(11) Pacientes con infarto en las siguientes 72 h posquirúrgico	(11) Sífilis Congénita en nacimientos en la EAPB
(12) Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 h	(12) Tutelas por no prestación de servicios POS
(13) Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días	(13) Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica terminal a causa de enfermedad obstructiva
(14) Entrega equivocada de un neonato	(14) Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad
(15) Robo intrahospitalario de niños	(15) Pacientes con transmisión vertical de VIH
(16) Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados	(16) Tutelas o quejas por registro incorrecto de períodos mínimos de cotización
(17) Suicidio de pacientes internados	(17) Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
(18) Consumo intrahospitalario de psicoactivos	(18) Detección de Cáncer de colon en estadios avanzado
(19) Caídas desde su propia altura intrahospitalario	(19) Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
(20) Retención de cuerpos extraños en pacientes internados	(20) Complicaciones de los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados
(21) Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electrocauterio	(21) Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos
(22) Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos	(22) Reacciones por medicamentos vencidos
(23) Utilización inadecuada de elementos con otra indicación	(23) Pacientes que son remitidos repetidas veces a instancias equívocas o erróneas antes de ser referidos al punto definitivo de atención.
(24) Flebitis en sitios de venopunción	(24) Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno
(25) Rotura prematura de membranas sin conducta definida	(25) Paciente en estado crítico sin asistencia.
(26) Entrega equivocada de reportes de laboratorio	(26) Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas
(27) Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de la rehabilitación	(27) Pacientes en lista de espera por más de tres meses
(28) Luxación posquirúrgica en reemplazo de cadera	
(29) Accidentes postransfusionales	
(30) Asalto sexual en la institución	
(31) Neumotórax por ventilación mecánica	
(32) Asfixia perinatal	
(33) Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow sin tratamiento	
(34) Secuelas posreanimación	
(35) Pérdida de pertenencias de usuarios	
(36) Pacientes con diagnóstico que apendicitis que no son atendidos después de 12 h de realizado el diagnóstico	

Fuente: MSPS, 2011.

Tabla A3

Ejemplo de una ficha técnica de un indicador

Nombre	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	
Código	I.1.2	
Justificación	La oportunidad en la respuesta a la necesidad de la atención de casos de mayor complejidad que requieren de la intervención de especialistas tiene impacto sobre la capacidad resolutoria de los casos por su detección y atención temprana disminuyendo los riesgos de incapacidad en tiempo, severidad, secuelas y en la congestión y mal uso de servicios de urgencias y de menor nivel de complejidad. El tiempo de respuesta en los prestadores puede resultar útil para medir la suficiencia institucional para la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento y la evaluación de la relación contractual con las entidades promotoras de salud	
Dominio	1. Accesibilidad/Oportunidad	
Definición operacional		
Numerador	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que ser atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita	
Denominador	Número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución	
Unidad de medición	Días	
Factor	1	
Fórmula de cálculo	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal	
	Numerador	Denominador
Variables		
Origen de la información	Institución prestadora	Institución prestadora
Fuente primaria	Libro/registro de asignación de citas	Libro/registro de asignación de citas
Periodicidad recomendada (no obligatoria) de generación de la información	Mensual	
Periodicidad de remisión de la información (obligatoria)	Semestral	
Responsable de la obtención y remisión de la información del indicador	IPS	
Vigilancia y control	Ente territorial - Superintendencia Nacional de Salud	
Para efectos del nivel de monitoría de sistema se debe desagregar y reportar or Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Pediatría y Cirugía General		
Análisis		
Ajuste por riesgo	NO requiere ajuste por riesgo	X
	Ajuste por edad	
	Recomendado ajuste por severidad, comorbilidad, probabilidad de muerte	Ajuste por sexo
Consideraciones para el análisis	En este campo se registrarán las experiencias obtenidas del comportamiento del indicador en condiciones reales de operación en cuanto al análisis causal que debe realizarse del comportamiento del indicador, como insumo para las acciones de mejoramiento de la calidad.	
Umbral de desempeño NO aceptable	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Estándar meta	Por establecerse luego del análisis del comportamiento del indicador	
Referencias	En este campo se incluirán las experiencias de mejoramiento relevantes al comportamiento del indicador, como insumo para el Observatorio de Calidad y la comparación entre instituciones del Sistema	
Bibliografía	En este campo se incluirá la referencia a publicaciones científicas relevantes que permitan a las instituciones mejorar su conocimiento y utilización del indicador. Por tratarse de un indicador de nueva introducción en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, aún no existe bibliografía nacional al respecto.	

Fuente: MSPS, 2006b.

Bibliografía

- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2013). Project's National Indicators Advisory Group (NIAG) [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.aihw.gov.au/niag>
- Asamblea Nacional Constituyente (1991). Constitución política de Colombia 1991 [consultado 22 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/derecho/constitucion-politica-de-colombia-1991>
- Bandelak, J. (2010). *Afiliación en las Administradoras de Salud 2009 (No. Encuesta de Período 227)*. Jerusalem, Israel: Dirección de Investigación y Planeamiento - Instituto de Seguro Nacional.
- Castañeda C, Fonseca M, Núñez J, Ramírez J y Zapata JG (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá: Fedesarrollo [consultado 22 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>
- Chernichovsky, D. (2009). Not 'socialized medicine' — An Israeli view of health care reform. *New England Journal of Medicine*, 361(21), e46.
- Chernichovsky, D. (2013). Reforms are needed to increase public funding and curb demand for private care in Israel's health system. *Health Affairs (Project Hope)*, 32(4), 724–733.
- Chernichovsky, D., Guerrero, R. y Martínez, G. (2012). La Sinfonía inconclusa: La reforma del Sistema de Salud de Colombia. Working Paper [consultado 4 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.proesa.org.co/proesa/documentos-de-trabajo.php>
- Chief Medical Office (CMO), Statistical analysis by the Information Unit, Department of Health. (2013). Health Care Quality Indicators in the Irish Health System [consultado 2 Jun 2014]. Disponible en: <http://health.gov.ie/blog/publications/health-care-quality-indicators-in-the-irish-health-system>
- Comisión Reguladora en Salud (CRES) (2012). Acuerdo No. 032 de 2012. Expedido el 17 de mayo de 2012 [consultado 22 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Acuerdo%2032%20de%202012.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral. Libro II. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Expedida el 23 de diciembre de 1993.
- Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007, Pub. L. No. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007 (2007) [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/LEY1122.htm>
- Congreso de la República de Colombia (2013) Proyecto de Ley 210 de 2013 [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.achc.org.co/documentos/reforma/DEFINITIVO%20REFORMA%20SALUD%20APROBADO%20PLENARIA%20SENADO%20PL%202010%20-%202013%20SALUD.pdf>

- Health and Social Care Information Centre (2012). 1 Trevelyan Square. Indicators for Quality Improvement [consultado 2 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.hscic.gov.uk/iqi>
- Hussey, P. S., Anderson, G. F., Osborn, R., Feek, C., McLaughlin, V., Millar, J., et al. (2004). How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs*, 23(3), 89–99.
- Kelley, E. y Hurst, J. (2006). Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers 23 [consultado 22 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/36262363.pdf>
- Manor, O., Shmueli, A., Ben, A., Paltiel, O., Calderon, R. y Jaffe, D. (2012). National Program for quality indicators in community Healthcare in Israel. 2008–2010. Jerusalem, Israel: School of Public Health and Community Medicine, Hebrew University - Hadassah [consultado 22 Abr 2014]. Disponible en: <http://healthindicators.ekmd.huji.ac.il/reports/Israel%20quality%20indicators%202008-2010%20English.pdf>
- Ministerio de Salud Protección Social. (2006a). *Resolución 1446 de 2006. Expedida el 8 de mayo*. Colombia: Bogotá.
- Ministerio de Salud Protección Social. (2006b). *Resolución 1446 de 2006 - Anexo Técnico. 8 de mayo*. Colombia: Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Cuadro de Mando de Control de Indicadores. En Observatorio de Calidad de la Atención en Salud [consultado 16 Jun 2014]. Disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/Default.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución 1841 de 2013 [consultado 17 Jun 2014]. Disponible en: <http://gestarsalud.com/logrosy criterios/index.php/2013-02-18-15-09-47/141-plan-decenal>
- Murray, C. y Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717–731.
- Nolte, E. y McKee, C. M. (2008). Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs*, 27(1), 58–71.
- Organization for Economic Cooperative and Development (OECD). (2012). *OECD Reviews of Health Care Quality OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012 Raising Standards: Raising Standards*. Reading: OECD Publishing.
- Organización Panamericana de la Salud (2012). Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2012 [consultado 21 Abr 2013]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com.content&view=article&id=7170&Itemid=2395&lang=es>
- Porath, A., Rabinowitz, G., Raskin Segal, A., Weitzman, R. y Ben-Said, S. (2008). *Quality indicators for Community Healthcare in Israel: Public Report 2005–2007*. Ben Gurion. Israel: Ben Gurion University of the Negev Beer Sheva.
- Presidencia de la República de Colombia (2002). Decreto 2309 de 2002 [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829>
- Presidencia de la República de Colombia (2006). Decreto 1011 de 2006. Expedido el 3 de abril de 2006 [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
- Reece, R. (2011). Why Doctors Don't Like Electronic Health Records [consultado 9 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.technologyreview.com/news/425550/why-doctors-dont-like-electronic-health-records/>
- Rosen, B., Pawlson, L. G., Nissenholtz, R., Benbassat, J., Porath, A., Chassin, M. R., et al. (2011). What the United States could learn from Israel about improving the quality of health care. *Health Affairs*, 30(4), 764–772.
- Superintendencia Nacional de Salud (2007). Circular única 047/2007 y sus modificaciones, expedida el 30 de septiembre de 2007 [consultado 4 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.valledellili.org/content/circular-%C3%BAnica-0472007-y-sus-modificaciones.html>
- Supersalud y Grupo de Monitoreo y Alertas Tempranas (s.f.). Seguimiento Reporte Indicadores Circular Única Corte Semestre II 2.011 (p. 23) [consultado 21 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=N4PD5cVNIMg%3D&tabid=82&mid=1339&forcedownload=true>
- Torres, C., Gascón, S. y Otero, N. (2012). Indicadores EPS Circular Única. Semestre II 2.011 [consultado 21 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=qr5C3ErY7kU%3D&tabid=82&mid=1339&forcedownload=true>