Manual de Indicadores

San Jacinto Bolívar
2012

PRESENTACION

EL presente documento enmarca aspectos puntúales de la misión institucional de la ESE HOSPITAL LOCAL SAN JACINTO en lo referente a la evaluación de la calidad de los servicios de salud que presta a su población usuaria en cumplimiento a: políticas, obligaciones contractuales, y al marco legal vigente.

El mismo, conceptualiza las disposiciones administrativas hacia el control de la calidad emanadas desde la actual Gerencia, institucionalizando un dinámico SISTEMA DE MONITOREO que direcciona y fortalece la toma de dediciones para garantizar la calidad de los servicios, entendida esta, como el conjunto de atributos deseados e intangibles, generados en procura de la satisfacción y bienestar de los usuarios, mas haya incluso, del cumplimiento de compromisos establecidos

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACION
1. JUSTIFICACION
2. MARCO TEORICO
2.1 EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS
2.1.1 HISTORIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD
2.1.2. EVALUACION DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
2.2. INDICADORES
2.2.1. UTILIDAD DE LOS INDICADORES
2.2.2. CONSTRUCCION DE INDICADORES
2.2.3. FORMAS DE EXPRESAR LOS INDICADORES
2.2.3.1. SEGÚN VULNERABILIDAD DE SATISFACCION
2.2.3.2. SEGÚN EL EXPERADO
2.3.4. MEDICION DE INDICADORES
2.3.5. EL SISTEMA DE MONITOREO MEDIANTE EL USO DE INDICADORES DE LA CALIDAD
2.3.5.1 DEFINICION DEL NIVEL DE DESEMPEÑO
2.3.5.2. IDENTIFICACION DE FUNCIONES CLAVES
2.3.5.3 ELSISTEMA DE MONITOREO MEDIANTE LA UTILIZACION DE INDICADORES DE CALIDAD
2.3.5.3.1 DEFINICION DEL NIVEL DE DESEMPEÑO
2.3.5.3.2. IDENTIFICACION DE FUNCIONES CLAVES
2.3.5.3.3. ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LA INFORMACION
2.3.5.3.4. ANALISIS Y EVALUACION DE LA INFORMACION
2.3.5.3.5. VARIABILIDAD Y CONTROL ESTADISTICO
2.3.5.3.6. ANALISIS A LA RUTA CAUSAL
2.3.5.3.7. ANALISIS DE ACCIONES DE MEJORA
2.3.5.3.8. PRIORIZACION DE PROBLEMAS
2.3.5.3.9. IDENTIFICACION DE ACCIONES DE MEJORA
3. OBJETIVO
3.1. OBJETIVO GENERAL
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. LISTADO DE INDICADORES POR AREA
5. FICHAS TECNICAS DE LOS INDICADORES INSTITUCIONALES
6. METODOLOGIA
7. ANEXOS
7.1. MODELO GRAFICO
7.2. FLUJOGRAMA
7.3. MATRIZ DE EVALAUCION DE INDICADORES Y PLANES DE MEJORAMIENTO POR AREA
7.4. CRONOGRAMA DE EVALUACION DE INDICADORES
7.5. REGISTRO TABLERO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO ANUAL DE INDICADORES
7.6. ACTA DE REUNION DE COMITÉ DE CALIDAD
7.7. FORMATO PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ
7.8. FORMATO ESTANDAR DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE TRABAJO DELCOMITE
7.9. BIBLIOGRAFIA

1. JUSTIFICACION

Con el surgimiento de las normas del sector Salud que respaldan la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la ESE Hospital Local San Jacinto diseño este libro que enmarca el Sistema de Monitoreo a establecerse en cada uno de sus centros de Atención de Baja Complejidad, cuyo objetivo es la evaluación periódica de la Calidad de la atención en Salud sobre cada uno de los procesos y procedimientos Asistenciales y Administrativos que intervienen durante la prestación del servicio a la población del municipio de San Jacinto y que nos permita disponer de información e índices derivados de los mismos, posibilitando un Análisis mas racional y profundo que nos conlleve a tomar dediciones correctas.

La aplicación de este Monitoreo nos sirve de herramienta de Evaluación en nuestra Organización para asegurar que sus recursos sean utilizados con el máximo de eficiencia que responda a los objetivos fijados y sea considerado como uno de los mas importantes instrumentos de Gestión y Garantía de Calidad de nuestra empresa.

Dentro de nuestro Sistema de Gestión de Calidad se enfatiza en la Evaluación y la monitoria del Sistema, constituyéndose en una estrategia de aseguramiento, de tal manera que el aseguramiento seria el establecimiento de Estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente, con el cual se asegura el nivel mínimo de Calidad. Es importante que nos concienticemos del cambio organizacional que debemos establecer, el cual debe ser impulsado por la participación activa de todo el recurso Humano de la Institución dentro de la aplicabilidad de nuestro Sistema de Gestión de Calidad.

2. MARCO TEORICO

2.1. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD

En las instituciones que prestan servicios de salud es necesario que desarrollen programas de garantía de calidad, en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicio. Se hace entonces indispensable desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los financieros, observadores, prestadores y usuarios del sistema. Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, todo esto con el fin de establecer procesos de mejoramiento continúo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares, ya que éstos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen, porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud. (Ardón, N. y Jara M.I., 1998).

Las metodologías documentadas en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales: la estructura (atributos de los sitios en que se presta la atención), el proceso (incluye a todos los proveedores de la atención y sus habilidades para brindarla) y los resultados (los beneficios que obtiene el paciente).
El método clínico, la revisión por pares y la auditoría médica (fundamentada en la revisión de la historia clínica) siguen siendo utilizados por algunos autores, a pesar de que reconocen que los registros médicos por sí solos no sirven de base para establecer criterios de evaluación de la atención que se brinde al paciente. (Ardón, N. y Jara M.I., 1998).

Al realizar la evaluación de la calidad a nivel de la estructura se tiene como objeto el análisis sobre las características de las instalaciones, equipos, tecnología, recurso humano técnico y auxiliar, recursos financieros y sistema de información interna y externa.
Las ventajas de esta evaluación residen en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Su mayor desventaja está en que no se puede deducir de la calidad de la estructura, la buena calidad de la atención. Al realizar la evaluación de la calidad a nivel del proceso se reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de institución, y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y del soporte administrativo financiero, donde cobra gran importancia la existencia y aplicación de las guías o protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. Por tanto, para realizar una buena evaluación de procesos se debe tener mecanismos de seguimiento de la atención, tendientes a garantizar la calidad del servicio. Y por último, al realizar la evaluación de la

calidad en los resultados, se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficios para el usuario.
El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. La ventaja de esta evaluación son la efectividad del cuidado en salud, que los resultados en términos generales son más concretos y la cuantificación exacta, y los estudios pueden ser más universales y comparables en razón de la validez y confiabilidad de sus resultados. Sin embargo, como desventajas se tiene que los resultados dependen más de la capacidad técnico-científica del personal de salud que de la calidad integral de la atención; además, los resultados pueden ser no muy significativos en la valoración del proceso integral de la atención y finalmente los resultados de la satisfacción de usuarios y proveedores tienen un alto grado de subjetividad, resultando difícil su cuantificación. (Malagón, G. et al., 1998-2003).

En el ámbito internacional se observa un interés por evaluar el desempeño de los profesionales de la salud, especialmente los autores mexicanos que han sido los más preocupados no sólo por establecer y documentar por escrito metodologías con enfoques y elementos mejor definidos, sino también por establecer mecanismos y estrategias que consoliden el Sistema Nacional de Salud de su país y mejoren la calidad de la prestación de sus servicios. Pero AVEDIS DONABEDIAN es el más descriptivo en su metodología, especialmente en lo referente a los criterios que deben tomarse en cuenta para la evaluación de la calidad. Los criterios enfocados hacia la estructura involucran los recursos con que cuentan los proveedores de la salud; los criterios del proceso incluyen el objeto primario de evaluación, ya que comprende las actividades que se llevarán a cabo por y entre profesionales y pacientes, y entre los criterios de resultado se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente. (Ardón, N. y Jara M.I., 1998).

2.1.1. HISTORIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD

La evaluación de la calidad y su implementación ha tenido una evolución en el tiempo. Inicialmente las actividades relacionadas con la calidad de los servicios sanitarios se centraron, (década de los años sesenta), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de los centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. En un momento posterior y en forma paralela al crecimiento del sistema de la acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica, observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como el auditor médico, en el que se utilizaron criterios explícitos que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas.

A partir de la década de los setenta la evaluación de la calidad se complementa, haciendo un énfasis especial, con su mejoría explícita. Comienza lo que se puede denominar “la etapa de la garantía o mejora de la calidad”. Durante esta fase, el incremento de los costos asistenciales justificó la implementación de programas externos en los que se evaluaba la adecuación de los ingresos y las estancias hospitalarias, así como la utilización de los recursos asistenciales. La necesidad de evaluar la eficiencia de la atención facilitó el desarrollo de métodos basados en la evaluación de los resultados de la asistencia. Dentro de estos resultados se incluyó, además de las modificaciones en el estado de salud, la satisfacción de los pacientes atendidos. Además, el interés por la contención de costos favoreció también las evaluaciones de tipo concurrente, ya que para que las actividades de mejora de la calidad tuvieran impacto sobre los costos, éstas debían realizarse antes de que se concluyera el proceso asistencial.

A partir de la década de los ochenta, se van incorporando y adaptando los conceptos y métodos de la gestión de calidad de la industria. Las principales aportaciones han sido la estructuración de los programas de mejora de la calidad en un ciclo secuencial con tres actividades definidas; planificación, ejecución de la tarea y comprobación; la metodología del control estadístico de proceso y la incorporación de una cultura de la calidad en la que tienen una gran relevancia el liderazgo de los gestores, la participación de los profesionales y las necesidades del usuario.

2.1.2. EVALUACION DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD DE COLOMBIA

Si bien es cierto que al revisar la normatividad colombiana en materia de salud se puede observar que ésta es bastante extensa y ha contemplado múltiples aspectos, el tema de la calidad de los servicios de salud no ha sido tratado de manera específica y directa sino hasta hace aproximadamente una década. Al referirnos a la Ley 9 de enero 24 de 1979 podemos mencionar que ésta dispuso la utilización de la información epidemiológica, dentro del proceso de vigilancia y control (capítulo 2, título VII, art. 488), con el objeto de informar sobre el estado de salud de la comunidad, prevenir y reducir el daño en la salud. Desde este momento la expresó su voluntad de reglamentar un sistema de "Auditoría para las profesiones médicas y paramédicas, con base en el seguimiento de eventos infecciosos, para prevenirlos y controlarlos".

Quince años después, la Ley 10 del 10 de enero de 1990, mediante la cual se reorganizó el Sistema Nacional de Salud reafirma la necesidad de contar con normas de calidad de los servicios de salud que deban ser objeto de seguimiento por la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades de seguridad y previsión social (art. 1), incluyendo dentro de esta normatividad el régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes, según los niveles de atención.

El régimen de referencia y contrarreferencia se reglamenta con el decreto 2759 del 11 de diciembre de 1991 y se define como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención

y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia, para facilitar acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera, propender por una racional utilización de los recursos institucionales y la prestación oportuna y eficaz de los servicios de salud (artículo 2).

Es de resaltar que la Ley 10 de 1990 establece como requisito especial para el reconocimiento de personería jurídica de las instituciones o fundaciones de utilidad común y para las corporaciones o asociaciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la prestación de servicios de salud, que cumplan con las "condiciones de calidad tecnológica y científica para la atención médica, de suficiencia patrimonial y de capacidad técnico-administrativa, que previamente determine el Gobierno Nacional". Este concepto es retomado posteriormente por la Ley 715 del 2001, (once años después), con el Sistema Único de Habilitación y reglamentado mediante el decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006, actualmente vigentes. Adicionalmente, esta normatividad dispone la obligatoriedad de evaluar la Calidad de la atención, mediante la identificación de procesos críticos y el diseño de indicadores y estándares que permitan evaluar estos procesos críticos.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia establecido mediante la Ley 100 de 1993 dispone que uno de los fundamentos del servicio público de salud sea la calidad (art. 153, No. 9 Ley 100 de 1993) y la relaciona con mecanismos de evaluación y control de los servicios de salud que garanticen unas condiciones de calidad, en términos de atención oportuna, personalizada, humanizada integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos en la práctica profesional.

Además de establecer la calidad como un fundamento del SGSSS, la Ley 100 de 1993 en sus artículos 186, 199, 277 y 232 dispone que reglamentará el Sistema de Acreditación para brindar información a los usuarios sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud y promover su mejoramiento, como también que definirá normas para medir la satisfacción de los usuarios, los tiempos máximos de espera por servicios, según patologías y necesidades del paciente. Asimismo, los artículos 227 y 232 disponen la obligatoriedad de los Sistemas de Garantía de Calidad y Auditoría por parte de las IPS y EPS, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Con base en esta legislación el Ministerio de Salud reglamentó el Sistema de Garantía de Calidad en los Prestadores de Servicios de Salud, en el cual se estableció como de uno de los objetivos generales, la necesidad de estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Calidad para facilitar labor de auditoría, de vigilancia y control, como también para informar a los usuarios.

Paralelamente, y con el objeto de instruir a sus vigilados sobre la aplicación de la normatividad en materia de calidad, la Superintendencia Nacional de Salud expidió varias circulares, como son: la Circular Externa No. 014 del 28 de diciembre de 1995, sobre la Atención de Urgencias; la Circular Externa 022 del 13 de noviembre de 1996, sobre las competencias del Nivel Departamental sobre Inspección, Vigilancia y control (IVC) del SGSSS que dispone que las actividades de inspección, control y vigilancia de la calidad en la prestación de los servicios de salud buscan verificar que los prestadores del Servicios

Público de Salud realicen actividades de acuerdo con el marco jurídico que los regula, en especial frente al cumplimiento en la Ley 100 de 1993, dentro de los que está el de calidad.

Con la expedición de la Ley 715 del 21 del 2001 se reafirma el mandato de la Ley 100 de 1993 y se dispone el ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como la reglamentación de los Sistemas de Habilitación y de Acreditación de EPS y EPS (Capítulo I). Artículo 42.10 y 42.15).

Es así que después de casi diez años y por tercera vez, se expide la actual reglamentación en materia de Garantía de Calidad, basada en un amplio estudio contratado por el Ministerio de Salud, la cual contó con una discusión de casi dos años y la participación de los integrantes del SGSSS en Colombia, así como de dos organismos extranjeros (Qualimed de México y Consejo Canadiense de Acreditación).Mediante el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 se dispone su aplicación en los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. En su artículo 3, del decreto en mención define las características del SOGC del SGSSS, con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención en Salud, así:

a. **"Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. **Oportunidad**. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona 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.

c. **Seguridad**. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

d. **Pertinencia**. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

e. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico".

En esta reglamentación se enfatiza la necesidad de que las organizaciones de salud cuenten con mecanismos de auditoría, define su operación y funcionamiento en cada una de ellas /art. 39, EPS, IPS, MP y DTS), como también establece la necesidad de adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención. Con base en esta información estas entidades deben

implementar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, en las que evalúen de manera continua y sistemática, la concordancia entre los parámetros establecidos y los resultados obtenidos, para el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

En el artículo 35 del mismo decreto, se definen los procesos de carácter prioritario que deben ser objeto de evaluación para cada una de ellas. En el caso de las EPS, EPS-S Y MP, éstas deben realizar procesos de autoevaluación sistemática de la suficiencia de su red de servicios de salud; del desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, como también deberán verificar que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados. Adicionalmente las EPS deberán evaluar sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, el acceso y oportunidad de los servicios.

En las IPS las auditorías de calidad deben enfocarse como mínimo en procesos de autoevaluación de eventos identificados como prioritarios, con base en el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el artículo 3 del decreto 1011/06, como también de la satisfacción de los usuarios, con relación a los servicios ofrecidos. (Artículo 36).

La operación del Sistema de Habilitación de IPS fue reglamentada mediante la Resolución 001439 del l9 de noviembre de 2002, con la cual se adoptan los formularios de inscripción y novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, se establecen los Manuales de Estándares y de Procedimientos, las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, actualmente derogada por la resolución 1043 de 2006.

Con la reglamentación aquí analizada es posible concluir que la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud en Colombia tiene un desarrollo de aproximadamente diez años y durante este tiempo, esta evaluación se ha enfocado principalmente en aspectos de carácter estructural de la prestación de los servicios de salud. No es, sino hasta la expedición del decreto 2309 de 2002 y actualmente el decreto 1011 de 2006, que se establece de manera obligatoria, que estas evaluaciones se orientan hacia los principales problemas de las instituciones y se estudie su relación con los procesos, previa priorización de éstos por las instituciones de salud del SGSSS, como también que se diseñen indicadores que permitan identificar el estado de estos problemas, mediante su comparación con parámetros preestablecidos, (estándares), dentro de las auditorías de mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En virtud de lo anterior, es posible inferir que desde un poco más de una década, se ha establecido la necesidad de evaluar y mejorar las condiciones en que prestan los servicios de salud en Colombia, en el marco del SGSSS, se han identificado las principales características que afectan el desempeño de los servicios de salud, sin que se hayan desarrollado mecanismos que permitan obtener información continua y sistemática de las condiciones que afectan la prestación de estos servicios. Es en este sentido que es Imperativo se diseñen y establezcan herramientas de evaluación, como los sistemas de

monitorización mediante indicadores de calidad, lo cual se constituye en un tema de importancia trascendente que debe ser abordado con prioridad.

Por ello, se está promoviendo a nivel gubernamental que las instituciones prestadoras de servicios realicen el montaje de sus sistemas de garantía de calidad, para que puedan someterse a evaluaciones externas, como es la de los requisitos esenciales y la de acreditación. Con los requisitos esenciales se pretende que al ser estos estándares básicos para la prestación de los servicios de salud, se constituyan el primer escalón de calidad, y por tanto, la primera evaluación de calidad a la que debe estar sometida una IPS. Con la que una institución prestadora de servicios cumple con estándares elevados de calidad. (SDS, Guía, 2000).

Pero para pensar en la evaluación de la calidad hay que tener en cuenta la importancia del establecimiento de un sistema de monitorización, considerado como el conjunto consolidado de mecanismos para la recolección, procesamiento y análisis de datos relativos al estado de la calidad. Un sistema de monitorización constituye uno de los elementos que integran el sistema de calidad y constituye un sistema de alerta en puntos críticos que mediante la identificación de la variación contra estándares internos o externos, o las variaciones esporádicas indicadoras de problemas, puede dirigir los esfuerzos a desatar acciones que disminuyan costos o mejoren los procesos.

Por tanto, antes de diseñar un sistema de monitorización es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos: definir cuál es el desempeño, identificar las funciones claves y precisar los problemas o riesgos.

Asimismo, es necesario tener en cuenta una serie de dificultades que se pueden presentar durante la instauración de un eficiente sistema de monitorización:

Desequilibrio del desarrollo metodológico en su diseño. El hacer énfasis en el qué medir, en el para qué o el cómo, se introduce un desequilibrio en el proceso de diseño de los indicadores que finalmente afecta su valor predictivo y su capacidad real para representar herramientas gerenciales que permitan obtener resultados específicos, cuantificables y significativos para la gestión institucional o los resultados de la atención del paciente.

Dificultades para centrarse en lo importante. No hay que medir mucho, hay que medir lo estrictamente necesario para obtener resultados importantes. Hay que medir los procesos claves en los cuales existan riesgos importantes para la calidad y en los cuales se puedan obtener resultados concretos que justifiquen el esfuerzo. Para obtener una medición efectiva deben cumplirse condiciones tales como conocer qué es lo importante y relevante para medir, disponibilidad de buenas herramientas de medición, habilidad en la aplicación de estos instrumentos y medir correctamente las cosas correctas.

Enfoque estructuralista. Existe la tendencia a privilegiar el enfoque hacia deficiencias estructurales de los prestadores de los servicios dándose como resultante instrumentos de evaluación con numerosos criterios, estándares e indicadores que identifican las deficiencias en la estructura o en recursos humanos, físicos y tecnológicos. Sin embargo,

la existencia de la estructura no garantiza que el resultado final que se pretende alcanzar se consiga.

Desconocimiento del desarrollo metodológico. La construcción de indicadores es un paso intermedio y no el primero de un sistema de garantía de calidad que tiene que estar articulado en el conjunto del sistema y es necesario conocer los enfoques posibles, sus componentes, sus fuentes y las metodologías necesarias para desarrollar sistemas de monitorización modernos con capacidad de tener resultados.

2.2. INDICADORES

Los indicadores son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de instituciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. Adicionalmente se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo de las infecciones intrahospitalarias, de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como críticos. (Rooney, L.A.; Vam Ostemberg, ER., 1999).

2.2.1. UTILIDAD DE LOS INDICADORES

Los indicadores sirven para conocer el cambio o comportamiento de una variable; miden la capacidad de reacción ante cambios en el entorno (flexibles); determinan el aprovechamiento de recursos frente a unos resultados (eficiencia); muestran un cumplimiento o un avance en determinada actividad (eficacia); y sirven para "observar" y medir los cambios cuantitativos (mayores o menores) y cualitativos (positivos o negativos) que presentan, en determinado momento del tiempo o entre períodos del tiempo, cierta variable. (Giraldo, P, 1997).

2.2.2. CONSTRUCCION DE INDICADORES

Los indicadores se construyen con base en la identificación de las variables, que subyacen en los objetivos del estudio, en sus metas y en sus resultados. Para lograrlo, es necesario identificar los "conceptos claves" del estudio; construir un significado colectivo de la variable, lo que exige llegar a un acuerdo sobre lo que se entiende por cada variable; desglosar las variables, a través de un proceso de deducción lógica, en indicadores que representan ámbitos específicos de las variables y se encuentran en un nivel de abstracción intermedio; diseñar todos los indicadores que sean necesarios para expresar cada dimensión de una variable; priorizar y seleccionar los indicadores. (Giraldo, P, 1997).

2.2.3. FORMAS DE EXPRESAR LOS INDICADORES

Dentro de la forma de expresar los indicadores se encuentran: las proporciones, que se usan para destacar aspectos de distribución; las tasas, para mostrar la evolución de un fenómeno en el tiempo; las medidas estadísticas, que se usan para mostrar comportamientos típicos (promedios, mediana, moda; y las razones (índices) que se utilizan para dar cuentas de características particulares en un momento dado. Una vez que se cuenta con la información proveniente de fuentes primarias o secundarias, se realiza el respectivo cálculo, el cual depende del tipo de indicador seleccionado (cifra absoluta, tasa, promedio, etc.) y de su estructura (simple o compleja) (Giraldo, P, 1997).
Tipos de indicadores
Los indicadores pueden clasificarse de acuerdo al objeto de evaluación, según su umbral de activación o según el resultado esperado:
Según su aproximación

DONABEDIAN estableció tres clasificaciones que deben ser tenidos en cuenta al evaluar la calidad. Ellos son **estructura**, **proceso** y **resultados**; por tanto, los indicadores pueden ser de estructura, de proceso y/o de resultado Sin embargo los de estructura tienen poco uso, ya que su sola existencia no garantiza que el resultado esperado se dé. En cambio, cuando el resultado es negativo, en el análisis puede retrocederse hasta detectar si la falla se ha dado en la estructura. Los indicadores de proceso tienen valor en cuanto tengan alta correlación con los resultados esperados, que definen una atención de calidad. Y los indicadores de resultado son los más importantes, puesto que evidencian si efectivamente se dio la atención con calidad. Sin embargo, en muchas ocasiones los resultados se dan al final del proceso de atención y su información no es siempre oportuna para tomar los correctivos necesarios.

2.2.3.1. SEGÚN UMBRAL DE SATISFACCION

Pueden ser basados en tasas o centinelas. Los primeros operan en función de la tasa, en la cual los eventos ocurren dentro de un universo definido en un período de tiempo determinado. Cuando ellos son utilizados es necesario definir un umbral (estándar) para el indicador. Cuando el estándar se fija en umbrales inferiores al comportamiento observado poco sirve como elemento para presionar el inicio de un proceso de mejoramiento. Cuando es ubicado en niveles superiores fija metas que por lo inalcanzables tampoco consiguen el objetivo.

2.2.3.2. SEGÚN EL RESULTADO ESPERADO

Se clasifican en deseables y no deseables.
Todo lo anterior lleva a pensar que el reto para los profesionales de la salud en la presente década es mantener una alta calidad en su desempeño. El vehículo para esto es el establecimiento del control de la calidad como medida para presentar y probar que se está entregando un cuidado óptimo en eficiencia y efectividad con la satisfacción absoluta del paciente.

Dicha calidad y su mejoramiento dependen en gran parte de la habilidad de la administración para crear una atmósfera que demuestre su dedicación en comprender su importancia y en aceptar la responsabilidad para mejorarla. El medio ambiente de la calidad fomenta el trabajo en grupo, la comunicación, la solución de los problemas en común, la seguridad, el orgullo en la labor ejecutada, la confianza y un mejoramiento interminable. En esta clase de atmósfera prevalece un espíritu de verdadera comunicación; el trabajo en grupo es un requisito previo para las operaciones de la institución y para mejorar constantemente el proceso aplicado.

2.3.4. MEDICION DE INDICADORES

La medición es acción y efecto de medir y medir es determinar una cantidad comparándola con otra. Proporcionar y comparar una cosa con otra, pero es importante determinar el porqué de la medición:

- La medición permite planificar con mayor certeza y confiabilidad.
- La medición permite discernir con mayor precisión las oportunidades de mejora de un proceso dado.
- La medición permite analizar y explicar cómo han sucedido los hechos.

El argumento más importante y que incluye los anteriores, es que la medición es necesaria e indispensable para conocer a fondo los procesos, ya sean administrativos o técnicos, de producción o de apoyo que se dan en la organización, y para gerenciar su mejoramiento acorde con la exigente competencia actual.

El conocimiento de un proceso parte de admitir y conocer su variabilidad y sus causas, y las mismas son imposibles de conocer sin medición. Conocer esto es precisamente la clave para gerenciar el proceso, para alcanzar los objetivos de excelencia que se plantean.

Conocer un proceso no es hacer "un estudio una vez", sino que se traía de una actitud permanente de observación y estudio para aprender las tendencias del proceso, sus condiciones, potencialidades, limitaciones y causas.

Muchas veces se interpreta que la medición sólo es útil para conocer las tendencias "promedios", olvidando que éstas son útiles dependiendo de cómo sean presentadas o procesadas y que cuando se dirigen procesos dentro de las empresas (y se quiere hacerlo a los niveles de la excelencia que está exigiendo la competencia en la actualidad) no basta sólo saber las tendencias promedios sino que se debe ir más allá, conociendo con precisión la variabilidad en toda su gama y la interconexión de factores y causas en cada nueva situación.

Medir es el medio o instrumento para gerenciar sobre la base de datos, para evitar el "yo creo", "me parece", "yo pienso", dejando opiniones subjetivas para las situaciones en las que no existan medios cuantificables para medir y verificar a través de datos.

La gerencia sobre la base de datos es, a su vez, una clave para la gerencia participativa, ya que se eliminan muchas discusiones, facilitando la observación común de todos y los aportes enriquecidos que surgen de interpretar una realidad específica correctamente desde diversas posiciones o puntos de vista.

Por otra parte, desde el mismo punto de la participación, hay mucha resistencia a la medición. Algunos manifiestan que lo importante es hacer las cosas bien, con calidad, mejorar siempre, y por tanto, la medición es innecesaria; sin embargo, pronto o tarde caen

en cuenta que no se pueden desarrollar mejoras si no tenemos claro cómo medir lo que vamos a mejorar. Esta resistencia parte de la gerencia que no dota al personal de habilidades para medir, establecer y calcular indicadores válidos, representativos del proceso o trabajo en el que intervienen; en segundo lugar parte del mal uso que ha tenido la medición cuando lo que se pretende es buscar culpables.

La medición no puede entenderse como un proceso de recoger datos, sino que debe insertarse adecuadamente a un sistema de toma de decisiones. Por esto es importante resaltar que para entender un fenómeno es necesario tener una teoría que ayude a explicar la concatenación y sucesión de los hechos que se quieren estudiar. Los datos ayudarán a confirmar o a replantear una teoría, pero siempre se debe contar con un marco teórico que posibilite la caracterización de los datos que se requieren y que además ayude a interpretarlos. Se pueden tener muchos datos sobre las causas de un efecto, pero si no se tiende a clasificarlos, estudiar su frecuencia, aislar los principales y establecer sus relaciones, con la finalidad, ya sea de poner bajo control el proceso o de mejorar su desempeño, de poco servirán dichos datos y su medición.

Para garantizar la confiabilidad de los resultados de un sistema de medición es fundamental contar con un clima organizacional sano, donde los intereses comunes de la organización prevalezcan sobre los de los departamentos y mucho más sobre aquellos intereses individuales incompatibles con el logro de los objetivos del sistema analizado.

En esta perspectiva debe buscarse que el análisis de las mediciones tienda a identificar responsabilidades de mejora y no a establecer culpables. Por responsable se entiende aquel que puede y debe tomar las decisiones pertinentes para la mejora en el momento oportuno. Establecer este clima es una de las tareas fundamentales de la alta gerencia que debe propender por despejar las dudas que atentan contra ese clima de confianza.

Se debe insistir en que la medición interesa como un aspecto de los procesos de toma de decisiones a los diferentes niveles y vista la dimensión organizacional de las mediciones, es importante desarrollar las mismas de la manera más participativa posible. Esto ayuda a mejorar el clima de confianza y aceptación en que deben desenvolver se las mediciones, así como a mejorar los niveles de participación y compromiso de todo el grupo de trabajo en las etapas ulteriores de análisis y mejoramiento de las á reas de oportunidades detectadas.

Una buena medición debe tener características y atributos. Debe ser transparente y entendible para quienes deben hacer uso de ella y además debe tener:

- Pertinencia
- Precisión
- Oportunidad
- Confiabilidad
- Economía

La pertinencia se refiere a que las mediciones que se hagan deben ser tomadas en cuenta y tener importancia en las decisiones que se toman sobre la base de las mismas. Esta medición debe revisarse periódicamente, ya que algo que sea muy Importante en un momento determinado puede dejar de serlo al transcurrir el tiempo.

La precisión se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud el hecho que se quiere analizar y corroborar. Para lograr la precisión de una medición se debe contar con una buena definición operativa, se debe elegir un instrumento de medición y se debe asegurar que el dato dado por el instrumento sea bien recogido por el operador.

La medición es la información para el logro de ese conocimiento profundo de los procesos que permita tomar las decisiones adecuadas, bien sea para prevenir, corregir o para diseñar elementos que impidan que las características deseadas se salgan fuera de los límites de tolerancia. Por esto, contar con la información procesada oportunamente es un requisito importante para quienes diseñan un sistema de medición.

La confiabilidad hace referencia al hecho de que la medición en la empresa no es un acto que se haga una sola vez; es un acto repetitivo y de naturaleza generalmente periódica.

Un aspecto de suma importancia para garantizar la calidad en el desarrollo de herramientas de medición para la evaluación de la calidad en salud son los indicadores, ya que éstos se definen como "... Instrumentos de medición válidos destinados a establecer el cambio, resultado o impacto de una actividad, proyecto o programa…". (CIENES/ OEA, 1995).

Otros autores dicen que un indicador es un rastro, una señal, una medida de las variables, y que todo indicador tiene una dimensión cualitativa (descripción de la variable) y una dimensión cuantitativa (la expresión porcentual, numérica, o de cantidad, que puede adquirir). Los indicadores están disponibles para respaldar integralmente la gestión organizacional y gerencial, pero es el tipo y alcance de la gestión lo que, en primera instancia, potencia sus resultados (Giraldo, E, 1997).

El diccionario Larousse define indicador como "que indica o sirve para indicar", si a ésta se añade el calificativo de "gestión" que es "la acción y efecto de administrar la empresa", se puede obtener una definición completa y factible de ser operacionalizada:

> *"es la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o departamento, cuya magnitud, al ser comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según sea el caso".*

Se pueden resaltar algunas de las virtudes de los indicadores, entre las cuales sobresalen las siguientes: permiten una visión globalizante; focalizan la atención y los esfuerzos; hablan por sí mismos y por ello deben ser claros y objetivos, subjetivos bajo estándares; potencian y promueven la acción; se defienden con base en un acuerdo, lo que permite que sean comúnmente aceptados; y su medición y análisis sistemático son viables (Granados, R., 1997).

La Joint Commission define que un indicador de calidad

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

De otra parte, Rafael Rincón define un indicador de calidad como una herramienta que nos permite evaluar unas actividades y si lo aplicamos a las actividades de la organización que implican directamente en el producto o servicio, y por lo tanto, en el cliente, estas medidas se transforman en indicadores de calidad. (Rincón, R., 1998).

Los indicadores de gestión son expresiones cuantitativas que permiten analizar cuan bien se está administrando la empresa o unidad en áreas como uso de recursos (eficiencia), cumplimiento de las actividades programadas (eficacia), errores de documentos (calidad), etc. Para trabajar con los indicadores se debe establecer todo un sistema que vaya desde la correcta aprehensión del hecho o característica a ser medida hasta la toma de decisiones acertadas para mantener, mejorar e innovar el proceso del cual dan cuenta.

Por ello en la construcción de indicadores de gestión se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- Definición
- Objetivo
- Niveles de referencia
- Responsabilidad
- Puntos de lectura
- Periodicidad
- Sistema de procesamiento y toma de decisiones

Cada vez que se tenga que establecer un indicador nuevo o revisar los existentes se deben chequear los anteriores elementos para garantizar su uso adecuado.

La definición de un indicador es la expresión matemática que cuantifica el estado de la característica o hecho que se quiere controlar. La definición debe ser expresada de la manera más específica posible, evitando incluir las causas y soluciones en la relación. Se debe contemplar sólo la característica o hecho que se observará o medirá. Se pueden medir cantidades de producción, proporciones, lapsos de tiempo, etc.

Ejemplos de indicadores que se pueden definir son: porcentaje de ocupación de camas, número de accidentes de trabajo mensuales, porcentajes de cumplimiento de un estándar,

rotación de personal, número de facturas cobradas antes de 45 días de vencimiento, cantidad de reportes retrasados, número de errores por informe.

El objetivo del indicador debe expresar el "para qué se quiere gerenciar el indicador seleccionado"; expresa el lineamiento político, la mejora que se busca y el sentido de esa mejora (maximizar, minimizar, eliminar, etc.). El objetivo, en consecuencia, permitirá seleccionar y combinar acciones preventivas y correctivas en una sola dirección. Esta combinación dependerá de la magnitud de los problemas y el momento (oportunidad) de intervención. No es lo mismo atacar un problema de porcentaje de productos defectuosos al momento de diseñar el producto, que al momento de cumplir la producción del día. El objetivo permitirá tener claridad sobre lo que significa mantener un estándar en niveles de excelencia y adecuarlo permanentemente ante los diversos cambios, así como proponerse nuevos retos.

El acto de medir se realiza a través de la comparación, y ésta no es posible si no se cuenta con una referencia contra la cual contrastar el valor de un indicador. Esa desviación es la que realmente se transforma en el reto a resolver. Un mismo valor actual de un indicador puede señalar varios tipos de problemas si se comparan contra diversos niveles de referencia, dentro de los cuales se pueden mencionar histórico, estándar (medición del trabajo), teórico, requerimiento de los usuarios, competencia, consideración política, técnica de consenso, planificado.

El nivel histórico se determina a partir del análisis que se haga de la serie de tiempo de un indicador, presenta la manera como ha variado en el tiempo. Con esa información, y aplicando las técnicas de análisis y proyección adecuadas, se pueden proyectar y calcular un valor esperado para el período que se está gerenciando bajo las premisas de que nada cambiará. El valor histórico es clave para presupuestos y programas sobre bases realistas y para ilustrar el logro en la evolución de los resultados.

El valor histórico señala la variación de los resultados de la unidad de análisis, su capacidad real, actual y probada. Informa acerca de si el proceso está o ha estado controlado o no, según la disposición de sus valores. Cada resultado muestra la manera como se han combinado en un período determinado los factores externos e internos, los factores controlables y los no controlables, las circunstanciales, los permanentes, etc. El valor histórico dice qué se ha hecho, pero no dice el potencial alcanzable, aunque dependiendo del grado de control, algunos valores pueden estar indicando capacidades del sistema, si se eliminaran las llamadas causas especiales.

El estándar se calcula utilizando las técnicas de estudio de métodos y de medición del trabajo. El estándar señala el potencial de un sistema determinado, unos equipos, insumos y mano de obra dada, con unos métodos de trabajo dados en unas instalaciones dadas, etc. Representa lo mejor del statu quo. En este sentido representa el valor que se puede lograr si se hacen bien las tareas.
Existen diversos niveles de referencia y de construcción de estándares:
La referencia histórica de la que hablamos anteriormente.
La referencia por comparación con estándares (a través de los estudios de los estándares internacionales).

Se estudia el comportamiento de los diferentes indicadores a nivel internacional o los aceptados por organismos como OPS u OMS para ir ajustando los propios.

Referencia por consenso.

A través del consenso un grupo de técnicos, al considerar las características propias, se pone de acuerdo y dan un valor del indicador.

El uso de técnicas de consenso se utiliza cuando no se cuenta con valores históricos de un indicador, ni se cuenta con estudios para obtener valores estándar, de requerimientos del usuario o estudios de la competencia.

Referencia por los elementos teóricos.

Se utiliza como referencia de indicadores vinculados a capacidades de maquinas y equipos en cuanto a producción, consumo de materiales, fallas esperadas. El nivel teórico de referencia es un dato que da el fabricante del equipo, es un dato de diseño.

Referencia por el requerimiento de los usuarios.

La utilización de los requerimientos del cliente como nivel de referencia señala las pautas inmediatas de la mejora en caso de que estos sean deficientes.

La utilización adecuada de los requerimientos de los usuarios como nivel de referencia presupone un conocimiento a fondo de las verdaderas necesidades de los usuarios. Implica el conocimiento de las características de calidad real del usuario, a fin de fijar adecuadamente parámetros para las características de calidad sustitutas. (Álvarez, F-2003)

El estándar nos dice el comportamiento del sistema en el tiempo; no dice mucho acerca de la incidencia de factores externos en coyunturas, o del comportamiento ante la presencia de factores o situaciones extraordinarias. El estándar es un nivel de preferencia insustituible y siempre debe tratar de construirse; pero el estándar no se calcula una sola vez, sino que hay que mantenerlo actualizado con los diversos cambios de orden tecnológico o de materias primas, o avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, o por mejoras de los métodos y sistemas.

El nivel teórico, llamado también de diseño se utiliza como referencia de indicadores vinculados a capacidades de máquinas y equipos en cuanto a producción, consumo de materiales, fallas esperadas. El nivel teórico de referencia es un dato que da el fabricante del equipo, es un dato de diseño. Este da la máxima capacidad del sistema con una maquinaria y equipos determinados, cuya operación sólo puede ser superada si se mejora, modifica, innova o sustituye la tecnología dura del mismo. Su incumplimiento refiere causas múltiples asociadas a los sistemas, normas, métodos, recursos humanos, materiales, etc. con que se operan dichos equipos, es decir, asignables a la gerencia de la empresa.

La utilización de los requerimientos del cliente como nivel de referencia señala las pautas inmediatas de la mejora en caso de que éstos sean deficientes. En el caso de que se cumplan holgadamente puede llevar a reorientar acciones frente a la competencia o a redefinir políticas de tarifas, o a incursionar en mercados más exigentes y atractivos.

La utilización adecuada de los requerimientos de los usuarios como nivel de referencia presupone un conocimiento a fondo de las verdaderas necesidades de los usuarios.

Implica el conocimiento de las características de calidad real del usuario, a fin de fijar adecuadamente parámetros para las características de calidad sustitutas.

Para abordar el uso de niveles de referencia provenientes de la competencia se dividen en dos grupos: aquellos que se refieren al producto final (calidad, impacto) y aquellos que se refieren al proceso (rendimientos, productividad, eficiencia). El uso del primer grupo de indicadores es un imperativo del mercado, el cliente optará por la combinación de características en la gama de productos que le están ofreciendo.
De ahí que debe considerarse ineludible compararse con el mejor de la competencia si se quiere asegurar la permanencia en el mercado. Esta perspectiva exige un permanente afinamiento de las estrategias de mercadeo y ventas, a fin de asegurar las ventajas competitivas que se vayan logrando.

El uso del segundo grupo de indicadores referidos incide en los niveles de costos y por esa vía en la magnitud de los beneficios. El uso de indicadores de la competencia no toma en cuenta las características de capacidad del proceso de cada empresa, de ahí que deba tenerse claridad que la comparación con la competencia sólo señala hacia dónde y con qué rapidez se debe mejorar, pero no dice nada del esfuerzo.

En el nivel planificado se han visto diversos niveles de referencia con métodos de cálculo específico, los cuales tienen utilidad para establecer responsabilidades por la mejora de diferentes niveles o para tipificar las causas particulares. También se han mencionado en sentido inverso a lo que se podría llamar la pirámide de los niveles de referencia para los indicadores de gestión, comenzando en la base con el histórico y concluyendo en la cúspide con la referencia política.

En cada nivel habrá mayores o menores desviaciones a ser gerenciadas a través de un plan de acciones específicas, por ello entre cada nivel se tendrán niveles de referencia planificados que no son otra cosa que los niveles-meta que se pueden y deben alcanzar en el futuro inmediato.

La responsabilidad se refiere a la necesidad de especificar y clarificar a quiénes les corresponde actuar en cada momento y en cada nivel de la organización frente a la información que está suministrando el indicador y su posible desviación respecto a las referencias escogidas.

Un Indicador clínico es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para monitorear y evaluar la calidad de actividades importantes al paciente y los servicios de apoyo. Un Indicador no es una medida directa de calidad. Es un filtro o barrera que identifica o dirige los aspectos específicos del desempeño en una organización de salud hacia áreas que requieren un análisis más profundo. La calidad de la atención al paciente es determinada por varios factores que incluyen: accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, eficiencia, continuidad, privacidad, confidencialidad, participación y adecuación; los indicadores son usados para evaluar uno o más de los factores anteriores.

En el ambiente de calidad, los empleados ya no tienen temor de señalar los problemas en el sistema; el trabajo en equipo aumenta la capacidad de integración de conceptos y ofrece

una visión más amplia de la empresa permitiendo una mayor cobertura. El doctor DEMING introdujo conceptos de gran valor para el mejoramiento de la calidad y entre otros nos ofrece 14 aspectos que incluyen el trabajo en equipo. Éste debe crear un constante propósito hacia el mejoramiento del producto y del servicio, con el objetivo de hacerse competitivo, permanecer en el círculo laboral y ofrecer oportunidades de trabajo.

El grupo debe adoptar una nueva filosofía: asumir responsabilidades y tomar el liderazgo como cambio; reducir al mínimo posible el costo total; mejorar constantemente y para siempre el sistema de producción y servicios para subir la calidad y productividad, disminuyendo así los costos y en forma constante; establecer el entrenamiento en el trabajo; establecer el liderazgo, eliminar los temores de modo que todos puedan trabajar eficientemente para la compañía; echar abajo las barreras entre departamentos, eliminar las consignas, exhortaciones y objetivos para la fuerza del trabajo, pidiendo nuevos niveles de productividad; eliminar la administración de objetivos; romper las barreras que roban al trabajador contratado por horas su derecho a sentirse orgulloso del trabajo realizado; establecer un programa vigoroso de educación y mejoramiento de sí mismos; poner a todo el mundo en la institución a trabajar en el logro de la transformación. Estos "deberes" para el mejoramiento, proporcionan una guía para la creación y el establecimiento de un ambiente de calidad mediante cambios en el comportamiento y la utilización de métodos estadísticos para mejorar continuamente un proceso. Dentro de ellos encontramos el diseño y aplicación de indicadores que permiten la evaluación de dicho proceso, como se ha mencionado anteriormente.

Es importante hacer énfasis en que todo proceso debe comenzarse con una planeación estratégica dentro de la cual se resaltan los siguientes aspectos:

- **Recurso humano y la calidad total**: Este punto resalta la necesidad de hacer participar a todos en el proceso de gerencia de la calidad total, con el fin de desarrollar el potencial que posee cada una de las personas que conforman la empresa o institución. Es Importante tener en cuenta la calidad humana al hacer la selección y reclutamiento del personal que ingresará a la empresa, pues serán los empleados los responsables del proceso y el resultado de su trabajo, bajo las directrices de acción que brinda la empresa. Pretende hacer sentir a las personas como dueñas de sus tareas y que la empresa confía en su capacidad para realizarla de manera que converjan los objetivos del empleado, la empresa y el usuario y así contribuir al mejoramiento de la calidad.

- **Evaluación del desempeño:** Debe satisfacer las expectativas de las personas y permitir el desarrollo de su potencial. Debe tener en cuenta las expectativas y objetivos tanto de la institución como de los clientes internos y externos. Debe incluir la evaluación de proceso y resultado para identificar en qué parte se encuentran las fallas del desempeño. Los resultados obtenidos de la evaluación del desempeño deben dar lugar a un sistema de reconocimiento, no sólo de tipo económico, sino también de promociones, ascensos, diplomas, que contribuyan a mantener un elevado espíritu de trabajo; además, este sistema de reconocimiento está directamente relacionado con el éxito o fracaso de la aplicación de la filosofía de la calidad total.

- **Educación en calidad total:** Es una manera eficaz de transformación que permite establecer un rumbo a la organización. Es necesario enseñar la filosofía de la calidad total, qué se pretende con ella y qué papel juega cada uno en el proceso de cambio; también se debe enseñar los métodos y técnicas para aplicar los principios de la calidad total en el trabajo diario y favorecer el desarrollo de habilidades. La educación en calidad total se convierte en una inversión en capital humano, considerado como el más importante de la empresa.

- **Metodología para mejorar la calidad:** Existen modelos que buscan contribuir al mejoramiento de la calidad mediante su aplicación, la cual es llevada a cabo en forma cíclica para favorecer su aprovechamiento. Dentro de ellos se pueden mencionar:

NECA: Normalizar el proceso.
Ejecutar el proceso según normas.
Comprobar estabilidad o variabilidad del proceso.
Actuar para hacer cumplir las normas.

PHVA: Planear el cambio del proceso (cómo, cuándo, qué, quién, dónde, Para qué, cuánto).
Hacer el cambio según el plan.
Verificar los resultados.
Actuar para mejorar.

- **Escuchar al cliente Interno:** Todos los empleados deben participar en la formulación de la misión de su departamento (razón de ser, para qué existe, propósito). Así se establece un compromiso con ésta y cada uno tiene bien claro y definido su papel en el cumplimiento de la misión, la cual es integrada a la de la empresa. Escuchar al cliente interno sirve para definir proyectos de mejoramiento, identificar problemas que pueden ser solucionados en el departamento, o que involucran a otros departamentos y de esta manera poder conformar un equipo de mejoramiento interdepartamental. Incluye los siguientes aspectos:

  - Identificar el problema de calidad.
  - Conformar el equipo de mejoramiento.
  - Ratificar la gravedad del problema.
  - Escuchar al cliente sus necesidades y expectativas.
  - Definir el proceso.
  - Identificar las raíces del problema.
  - Formular estrategias para la búsqueda de soluciones.
  - Normalizar acciones correctivas.
  - Reconocimiento a quienes hayan impulsado la calidad total.
  - Hacer el control sistemático por medio de ciclos de control.

- **La calidad del servicio:** Servicio es el resultado tangible de una actividad de trabajo. Quien define la calidad es el cliente con base en la satisfacción de sus necesidades y expectativas en relación con el producto o servicio obtenido. Es importante medir la lealtad del cliente, establecer canales permanentes de comunicación con el cliente, evaluación de procesos y productos internos, responsabilizar al empleado para que afronte los riesgos en la búsqueda de la satisfacción del cliente, crear un departamento de servicio al cliente, dar reconocimiento a las personas por aplicar la filosofía de la calidad total, y realizar autoevaluación periódica.

Para este proyecto de investigación es importante tener en cuenta el concepto de indicadores de calidad en salud, que según Ruiz (1998) Joint Commission los define como

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

Por ello, en el marco de esta investigación, un indicador será considerado como una unidad de medida de las variables que permiten monitorear y evaluar la calidad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel.

2.3.5. EL SISTEMA DE MONITOREO MEDIANTE EL USO DE INIDICADORES DE LA CALIDAD

El sistema de monitoreo mediante indicadores de calidad corresponde a un conjunto de herramientas de evaluación que permiten obtener información sobre los principales problemas a estudiar por las organizaciones de salud, dentro de los cuales están lo indicadores entre sí, la utilización de un instrumento o cuestionario de evaluación del grado de desarrollo del sistema de garantía de calidad en las instituciones, con el propósito de indagar sobre la capacidad de las instituciones para la implementación del sistema de monitoreo; el análisis de la variación en los procesos identificados para el seguimiento, el establecimiento de acciones de mejora de los procesos y resultados, en términos de efectividad, eficiencia y el cumplimiento de las normas mínimas de la calidad, así como los mecanismos implementados para la difusión de la información obtenida.

En la implementación de este sistema se requiere de algunos pasos previos orientados a determinar el alcance y nivel de aplicación del mismo. Estos pasos podrán identificarse como: 1. La definición del nivel de desempeño en que se encuentra la Institución; 2. La identificación de las funciones claves; 3. El diseño de los indicadores; 4. El establecimiento de los estándares; 5. La utilización de bases de datos; 6. El análisis y seguimiento de la información; 7. Las acciones de mejoramiento y 8. La presentación y difusión de la información obtenida.

2.3.5.1. Definición del nivel de desempeño

Para la definición del nivel de desempeño, las instituciones deben autoevaluarse y determinar el grado de desarrollo de su sistema de calidad, identificar los procesos clave objeto de evaluación, los recursos disponibles, las metas a alcanzar de manera cuantificable, la capacidad para liderar el proceso de calidad en términos de compromiso con la filosofía de mejoramiento continuo, la identificación y desarrollo de las competencias y habilidades con que cuenta la institución. Para la implementación de un sistema de monitoreo por indicadores de resultados, éste debe tener en cuenta el tipo de resultados a ser medidos, la relación entre la medida de resultado y el establecimiento de estándares, cómo serán colectados los datos, cómo serán agrupados, cómo serán utilizados los datos para los procesos de referenciación o identificación de mejores prácticas y acceso de los datos al público, entre otros. (Rooney, L.A.; Vam Ostemberg, PR., 1999).

2.3.5.2. Identificación de funciones claves

Para la identificación de funciones claves es necesario tener en cuenta, aquellas que están directamente relacionadas con los efectos en el paciente y su familia, como son: los deberes y derechos, las necesidades iniciales y futuras, la asistencia personalizada, el impulso de comportamientos saludables y potenciación de la coordinación de la asistencia. Otras funciones claves a tener en cuenta corresponden a aquellas relacionadas con el direccionamiento de la organización, como son: el liderazgo, la gestión del entorno, de los recursos humanos, de la información, de la vigilancia y control de infecciones, de aquellos procesos que involucren mayor posibilidad de riesgo para los usuarios que presentan alto volumen y altos costos. En este punto es de importancia fundamental que la organización haya identificado los procesos claves, razón de ser de la misma.

Es necesario que las instituciones se centren en aquellas funciones verdaderamente importantes, que sean objeto de evaluación y seguimiento, cuya información sea utilizada para tomar decisiones y permita realizar ajustes y establecer acciones de mejoramiento. En este punto se recomienda tener en cuenta, en una primera etapa, los procesos mínimos establecidos en la reglamentación de habilitación como son el seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta, la mortalidad hospitalaria, las infecciones intrahospitalarias; complicaciones quirúrgicas inmediatas, anestésicas, terapéuticas, especialmente medicamentosas y transfusionales y aquellas complicaciones derivadas de la falta de efectividad de las intervenciones de protección específica y detección temprana. Posteriormente y a medida que la institución desarrolle y maneje su sistema de monitorización por indicadores podrá ajustarlos, de manera que su base se amplíe y su orientación hacia las funciones clínicas se fortalezca.

2.3.5.3. Análisis y seguimiento de la información

Como se mencionó anteriormente los indicadores deben identificarse por consenso, con la participación de toda la organización, orientados a procesos y resultados, previa identificación de los procesos prioritarios, relacionados directamente con la seguridad y satisfacción de los clientes o usuarios, el sistema de monitorización debe ser liderado por

la alta dirección de la institución, de manera que se garantice su implementación, funcionamiento, su confiabilidad y la utilización de sus resultados para la toma de decisiones. Para optimizar la utilización de los recursos del sistema y lograr un mayor impacto del mismo, es recomendable organizar una estructura en "cascada", es decir, que incluya la definición de niveles, el desarrollo de indicadores que atraviesen todos los niveles, así como indicadores propios de cada nivel y según las necesidades del servicio. Los indicadores deben ser más administrativos y globales en el nivel más alto y más específicos y clínicos en los niveles básicos.

Los estándares corresponden a documentos obtenidos por consenso para el cumplimiento de un objetivo, definición del desempeño, capacidad, método, procedimiento, responsabilidad, deber, autoridad, concepto, etc.; con el objetivo de unificar y simplificar criterios, de manera que sean convenientes y benéficos para las personas involucradas (Restrepo, F.R. Monitorización de indicadores, mayo 2002, sin publicar). Éstos se obtienen con la información obtenida periódicamente y después de consultar las necesidades y expectativas de los usuarios, mediante la utilización de herramientas como la Gerencia de Procesos. (Gerencia de Procesos, Vía Salud, 2001).

2.3.5.4. Análisis y evaluación de la información

Para el análisis y evaluación de los resultados obtenidos durante el proceso de monitorización es necesario capacitar al personal en la filosofía del mejoramiento continuo, en la reglamentación de calidad en nuestro país, en la identificación de procesos prioritarios, la utilización de formatos de registro y obtención de la información, manejo de bases de datos para la consolidación, generación de los reportes, metodologías de consenso para la discusión de la información, es de importancia fundamental tener claridad sobre conceptos de variabilidad y control estadístico. En este sentido se presentan los siguientes conceptos.

2.3.5.5. Variabilidad natural y control estadístico

El concepto de "variabilidad", en el ámbito sanitario según J.C. BENNEYAN, puede ser planteado así: "muchos procesos exhiben alguna variabilidad, cuyas causas pueden ser clasificadas en dos categorías: "natural" o "no natural". La variación natural de un proceso es la variación sistémica inherente como parte regular del proceso. Algunos ejemplos de "causas comunes" de la variabilidad natural podrían incluir la duración del día, el censo del hospital y el "case-mix", peso y condiciones físicas de los pacientes, otras diferencias entre pacientes y variaciones en los comportamientos y demografía. Dado que ellas son causadas por fuentes regulares dentro del proceso o su entorno los datos que representan la variación natural, pueden ocurrir en frecuencias predecibles y relativamente comunes". (Benneyan, J.C, 1998).

Por el contrario, los resultados de observaciones en el proceso que tienen muy pocas probabilidades de ocurrencia, usualmente representan desviaciones del proceso regular y sugieren que el proceso fundamental ha cambiado, para bien o para mal, debido a la variabilidad atípica, no natural que podría señalarse por la ruta de causas asignables en el manejo de la intervención, Ejemplos de "causas especiales" de variabilidad no natural podrían incluir cambios en los procedimientos clínicos, falla en la habilidad, falla del equipo, nuevo staff y cambios en la demografía de la población, tasa de la enfermedad o la fisiología del paciente.

De otra parte, el término "control estadístico" se refiere a la estabilidad y predictibilidad de un proceso sobre el tiempo y el tipo de variabilidad que existe. Un proceso que es completamente estable en el tiempo exhibe solamente variabilidad natural, la cual es comportamiento aleatorio regular que permanece inalterado y al cual se refiere como estando en un estado de control estadístico. Inversamente, un proceso que cambia respecto a su norma exhibirá variación natural y será referido como estando fuera de control estadístico.

2.3.5.6. Análisis de la ruta causal

Root Cause Analysis). El análisis de la ruta causal es un proceso para identificar los factores básicos o causales que subyacen en la variación del desempeño, incluyendo la ocurrencia o posible ocurrencia de un evento centinela. Este análisis se enfoca primariamente a los sistemas y los procesos, al progreso de las causas especiales, las causas comunes, a través de la pregunta repetitiva ¿por qué?, ¿por qué y por qué? Su meta es el rediseño para la reducción del riesgo, con la utilización de una serie de preguntas que pretenderán ir de lo general a lo específico y de lo superficial a las causas reales que originaron el problema.

A continuación se transcribe, en una traducción libre, los pasos recomendados por la JAHC, para realizar un Análisis de la ruta causal:

Asignar un equipo para la evaluación del evento centinela, incluyendo personal de todos los niveles estrechamente ligados al asunto a evaluar, inclusive aquel con capacidad de decisión. Este equipo debe tener sus miembros claves y líderes claramente identificados,

reunirse tan frecuente como sea necesario, estar facultado para hacer su evaluación y los cambios o recomendaciones para los cambios, disponer de los recursos necesarios, incluido tiempo para hacer su trabajo, contar con una estructura y procesos definidos para moverse hacia adelante. Establecer una vía de comunicar su progreso y hallazgos a la alta dirección y mantener informados a los directivos. Es muy importante que el equipo pueda crear un plan de alto nivel, que incluya fechas para las cuales pueda llevar a cabo objetivos específicos de tal manera que tenga un referente contra el cual guiar y medir su progreso.

Mediante una lluvia de ideas se puede identificar todas las causas posibles o potenciales, siguiendo las reglas tradicionales tales como "no hay idea mala" y no expresar comentarios de las ideas. Es necesario mantenerse enfocado en el proceso, no en la gente. Hacer preguntas de "por qué", buscar las causas encubiertas hasta que su comprensión haya explorado exhaustivamente todas las posibles preguntas y causas. La importancia de esta etapa no debe ser subestimada. Ella proveerá la sustancia inicial para su análisis sin la cual no se podrá proceder. Seguidamente ordene y analice su lista de causas, construya un diagrama de causa y efecto. Posteriormente se empezará determinando el proceso o sistema con cada causa, si es una causa especial o común en el sistema. Es posible encontrar que una misma causa sea especial en un proceso y una 1común en otro. El proceso de hacer un diagrama de flujo puede ser útil.

No se debe esperar hasta acabar el análisis causal para empezar a diseñar e implementar los cambios, éstos podrían ser no sólo apropiados, sino necesarios y podrían necesitarse para reducir un riesgo inmediato. Además, podrían se parte de un ciclo de planear-hacer-estudiar-actuar para probar el proceso de rediseño antes de implementarlo extensamente en la organización. Finalmente podrían existir causas adicionales encubiertas, que fueron previamente enmascaradas, pero que son críticas para su búsqueda de la ruta causal. Periódicamente debe evaluar el progreso para hacer ajustes.

Repita ciertas actividades como la lluvia de ideas, el diagrama de causa y efecto para mejor identificar partes de un proceso y definir el blanco de las mejoras, tantas veces como sea necesario. Además de hacer mejoras intermedias a lo largo del trabajo, no pare su análisis antes de identificar la ruta causal y tomar la acción correctiva. Enfoque los esfuerzos de mejora en el sistema global. Sólo los sistemas globales pueden ser rediseñados para eliminar las causas comunes de variación. Rediseñe para eliminar la ruta causal. Esto puede involucrar cambios en el entrenamiento, las políticas, los procedimientos, las formas, el equipo, etc. (Fuente: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: Root Cause Analysis).

2.3.5.7. Análisis de acciones de mejora

Se deben buscar las estrategias y acciones que permitan corregir el problema determinado anteriormente y canalizar los que sean del manejo de otros grupos. En esta fase es muy importante tener en cuenta el grado de cumplimiento de los criterios, puesto que así podrá determinar en cuál de las causas es en la que irá a trabajar para generar mejora, así como el impacto esperado de las acciones que se desarrollen de manera que se alcance una relación costo efectividad que justifique tales acciones. Igualmente hay que tener cuidado de que las acciones que se determinen estén integradas y coordinadas con las que se

desarrollarán para impactar los otros problemas que haya decidido enfrentar el programa de calidad. También en esta etapa se podrán utilizar técnicas sobre priorización de problemas.

2.3.5.8. Priorización de problemas

Con base en los problemas detectados, se debe proceder a agruparlos en orden descendente según la importancia. Los criterios con los cuales se haga tal priorización pueden ser establecidos por expertos, pero siempre utilizando alguna de las técnicas de consenso que eviten la inútil dispersión de los esfuerzos en elucubraciones interesantes desde el punto de vista teórico pero con poco efecto como orientadores de un plan de acción específico.

Por consenso y de acuerdo al análisis de los problemas según los criterios establecidos para la priorización de problemas, se analizan los problemas y da un orden de importancia, como se observa en el siguiente ejemplo:

1. Infecciones pos-operatorias.
2. Mal manejo de desechos cortopunzantes.
3. Falta colaboración de los pacientes en la higiene.
4. No hay dispensadores de jabón de pedal.
5. No hay descripción quirúrgica.
6. No hay protocolo de antibióticos.
7. Cancelaciones por falta de suministros en ortopedia.
8. Pacientes sin consulta preanestésica.
9. Relación oferta demanda.
10. Falta actualización para los profesionales.

2.3.5.9. Implantación de acciones de mejora

La sistemática de la implantación estará estrechamente ligada a la planificación de diferentes estrategias para favorecer el cambio y tratar las resistencias que todo cambio provoca. Por tanto, se deberá trabajar en buscar acciones para lograr el cambio y detectar las posibles resistencias, el motivo de las mismas y las acciones a tomar.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar y validar un sistema de monitoreo de la calidad de la provisión de los servicios de salud de la ESE Hospital local San Jacinto como institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad, mediante la implementación de un conjunto de indicadores factibles, sensibles, implantables y con capacidad de uso generalizado, a partir del cual se genere información relevante, periódica y precisa sobre las condiciones de calidad en que

se prestan estos servicios que permitan el adecuado control de la gestión , la acertada toma de decisiones y el mejoramiento continuo de la misma .

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Institucionalizar un modelo conceptual del sistema de monitoreo a aplicar, según las características mencionadas en el objetivo general.

2. Lograr la caracterización de los servicios de salud para el adecuado empoderamiento del recurso humano responsable de cada una de las áreas asistenciales y administrativas que intervienen en los procesos inherentes a la prestación de estos servicios

3. Protocolizar un conjunto de indicadores que sean más sensibles, pertinentes y articulados para monitorear la calidad de la prestación de servicios de salud con la plataforma estratégica organizacional de la institución

4. Institucionalizar los instrumentos y procesos que se requerirán para la aplicación del sistema de Indicadores para el Monitoreo de la Calidad en la Institución.

5. Crear y fortalecer en el cliente interno una cultura organizacional de medición periódica de la gestión a través de indicadores

6. Garantizar la oportuna entrega de los informes de gestión y planes de mejoramiento necesarios según normatividad legal vigente

4. SISTEMA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

4.1. LISTADO DE INDICADORES INSTITUCIONALES POR AREA DE SERVICIO

Nomenclatura en la Codificación de Indicadores.

En la tabla del listado aparecen 2 columnas una donde está registrado el código de la ESE y la otra donde está el código del ministerio de la protección social.
El listado de la ESE sigue el protocolo para codificación de la NT GP1000.

- Nomenclatura del tipo de documento: IND: Indicador
- Nomenclatura del tipo de Servicio: Ejemplo: CE, Consulta Externa
- Nomenclatura del nombre del documento: Ejemplo: AC, asignación de citas
- Numero consecutivo del documento por servicio: 01

INDICADORES SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-CE-OACMG-01	**I.1.1**	Oportunidad en la Asignación de Citas en la Consulta Medicina General
IND-CE-OAMG-02		Oportunidad en la Atención de Consulta de Medicina General
IND-CE- PR-03		Porcentaje de Remisiones a un Nivel Superior desde Consulta Ext.
IND-CE-TC-04		Tasa de Contrarreferencia
IND-CE-PCDHC-05		Porcentaje de Cumplimiento de Diligenciamiento de Historias Clínicas
IND-CE-PCPMP-06		Porcentaje de Cumplimiento de Protocolos de Manejo de Patologías
IND-CE-PRS-07		Porcentaje de Rendimiento del Servicio
IND-CE-PPS-08		Porcentaje de Productividad del Servicio
IND-CE-TS-09	**I.4.1**	Tasa de Satisfacción en Consulta Externa
IND-CE-PA-10		% de Ausentismo del Servicio
IND-CE-TEMG-11		Tiempo de espera en la Consulta Médica General
IND-CE-TR-12		Tasa de Reemplazo
IND-CE-PCCP-13		Porcentaje de Citas Canceladas por el Prestador

INDICADORES SERVICIO DE IMAGENOLOGIA		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-IMG-AC-01	**I.1.5**	Oportunidad en la Asignación de Citas en el Servicio de Imagenología

IND-IMG-OA-02		Oportunidad en la atención en el servicio de Imagenología
IND-IMG-PER-03		Porcentaje de estudios repetidos(placas, eco)
IND-IMG-PCDR-04		Porcentaje del cumplimiento del diligenciamiento del formato de reporte de Imagenología
IND-IMG-PCPR-05		Porcentaje del cumplimiento de protocolos de recomendaciones al paciente para toma de estudios imagenologicos
IND-IMG-NEO-06		Numero de ecografías obstétricas realizadas en el periodo
IND-IMG-NR-07		Numero de radiografías realizadas en el periodo
IND-IMG-PRS-08		Porcentaje de Rendimiento del Servicio
IND-IMG-PPS-09		Porcentaje de Productividad del Servicio
IND-IMG-TS-10		Tasa de Satisfacción
IND-IMG-PA-11		% de Ausentismo del Servicio
IND-IMG-PCCP-12		Porcentaje de Citas Canceladas por el Prestador

INDICADORES SERVICIO ODONTOLOGICO		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-OD-OAC-01	**I.1.6**	Oportunidad en la asignación de citas en la consulta de odontología
IND-OD-OAC-02		Oportunidad en la atención en la consulta odontológica
IND-OD-PCI-03		Porcentaje de complicaciones inmediatas en consulta odontológica
IND-OD-PIPO-04		% de infecciones después de un procedimiento odontológico
IND-OD-PCPMP-05		Porcentaje cumplimiento de protocolos manejo patologías de consulta odontológica
IND-OD-PCDHC-06		Porcentaje de cumplimiento de diligenciamiento de historias clínicas
IND-OD-PRS-07		Porcentaje de Rendimiento por Servicio
IND-OD-PPS-08		Porcentaje de productividad del Servicio
IND-OD-NRR-10		Numero de radiografías odontológicas realizadas
IND-OD-PRR-11		Porcentaje de radiografías orales repetidas
IND-OD-TS-12		Tasa de satisfacción en el servicio de odontología
IND-OD-PR-11		Porcentaje de remisiones a un nivel superior desde el servicio ambulatorio.
IND-OD-PCCP-12		Porcentaje de Citas Canceladas por el Prestador
IND-OD-TR-13		Tasa de Reemplazo

INDICADORES SERVICIO LABORATORIO CLINICO		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-LAB-AC-01		Oportunidad en la asignación de citas de laboratorio clínico
IND-LAB-PCTM-02		Porcentaje de complicaciones de procedimientos diagnósticos en el servicio de toma de muestras
IND-LAB-PFP-03		Porcentaje de pacientes en los que se encontró fallas en la privacidad de los resultados y registros.
IND-LAB-PRNS-04		Porcentaje de resultados de exámenes no solicitados
IND-LAB-PEMT-05		Porcentaje de errores en el manejo terapéutico a causa de falla en el proceso diagnostico por laboratorio clínico
IND-LAB-OER-06		Oportunidad en la entrega de resultados de laboratorio clínico
IND-LAB-PMP-07		Porcentaje de muestras de laboratorio clínico procesadas.
IND-LAB-PS-08		Porcentaje de satisfacción en el servicio de laboratorio clínico
IND-LAB-PEER-09		Entrega equivocada de reportes de laboratorios

INDICADORES SERVICIO DE URGENCIAS		
CODIGO	**CODIGO MPS**	**INDICADORES**
IND-URG-OAC-01		Oportunidad en la atención en la consulta de urgencias
IND-URG-NUA-02		Número de usuarios atendidos en urgencias
IND-URG-UAT1-03		Porcentaje de usuarios atendidos con triage I
IND-URG-UAT2-04		Porcentaje de usuarios atendidos con triage II
IND-URG-UAT3-05		Porcentaje de usuarios atendidos con triage III
IND-URG-PR-06		Porcentaje de remisiones a un nivel superior desde el servicio.
IND-URG-PCI-07		Porcentaje de complicaciones inmediatas en consulta de urgencias
IND-URG-PCTM-08		Porcentaje de complicaciones terapéuticas y/o medicamentosas en consulta de urgencias
IND-URG-PENDM-09		Porcentaje de Eficacia nula o reducida por desnaturalización del medicamento
IND-URG-PCP-10		Porcentaje de cumplimiento de protocolos de manejo de patologías de consulta de urgencias
IND-URG-PCDHC-11		Porcentaje de cumplimiento de diligenciamiento de historias clínicas
IND-URG-POCO-12		Porcentaje ocupacional de camas en observación
IND-URG-NPA-13		Número de partos atendidos
IND-URG-PCO-14		Porcentaje de Complicaciones obstétricas
IND-URG-PS-15		Porcentaje de satisfacción del servicio de urgencias
IND-URG-PR-16		Porcentaje de pacientes reingresaron al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 horas

INDICADORES SERVICIO DE HOSPITALIZACION		
CODIGO	**CODIGO MPS**	**INDICADORES**
IND-HOS-PR-01		Porcentaje de remisiones a un nivel superior desde el servicio.
IND-HOS-CP-02		Porcentaje de cumplimiento de protocolos de manejo de patologías de hospitalización
IND-HOS-TMP-03		Tasa de Mortalidad perinatal
IND-HOS-RMM-04		Razón de Mortalidad materna
IND-HOS-CDHC-05		Porcentaje de cumplimiento de diligenciamiento de historias clínicas
IND-HOS-TMA-06		Tasa de mortalidad intrahospitalaria antes de 48 horas del ingreso
IND-HOS-TMD-07		Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas del ingreso
IND-HOS-TIN-08		Tasa de infección intrahospitalaria/nosocomial
IND-HOS-PO-09		Porcentaje ocupacional de camas
IND-HOS-GC-10		Giro cama
IND-HOS-PDE-11		Promedio día estancia
IND-HOS-TS-12		Tasa de satisfacción en el servicio de hospitalización
IND-HOS-PDI-13		Porcentaje de pacientes que presentaron distocia inadvertida en el servicio de obstetricia
IND-HOS-PSHPP-14		Porcentaje de pacientes que presentaron shock hipovolémico post- parto en el servicio de obstetricia
IND-HOS-RNAP-15		Porcentaje de recién nacidos que presentaron asfixia perinatal.
IND-HOS-EEN-16		Porcentaje de entrega equivocada de neonatos
IND-HOS-RIN-17		Porcentaje de robo intra-institucional de niños.

IND-HOS-PUP-18		Porcentaje de pacientes con ulceras de posición en el servicio de hospitalización
IND-HOS-TRPH-19		Tasa de reingreso al servicio de hospitalización por misma causa antes de 15 días
IND-HOS-CIS-20		Consumo intra institucional de sicoactivos
IND-HOS-ASI-21		Asalto sexual en institución
IND-HOS-PENA-22		Proporción de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.
IND-HOS-FACP-23		Tasa de flebitis asociada a catéter periféricos

INDICADORES SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION		
CODIGO	**CODIGO MPS**	**INDICADORES CENTINELA**
IND-PYP-BPN-01		% de niños con bajo peso al nacer
IND-PYP-OMS-02		% de consultas por otitis media supurativa en menores de 5 años
IND-PYP-HN-03		% de hospitalización por neumonía en menores de 3 a 5 años
IND-PYP-HD-04		% de hospitalización por deshidratación en menores de 5 años
IND-PYP-TMM-05		Tasa de mortalidad materna
IND-PYP-PMM-06		% de mortalidad por malaria
IND-PYP-PMD-07		% de mortalidad por dengue
IND-PYP-PCMI-08		% de consultas medicas por inmunoprevenibles
IND-PYP-PCME-09		% de consultas medicas por EDA
IND-PYP-PCMI-10		% de consultas medicas por IRA
IND-PYP-PCMH-11		% de consultas medicas por hipertensión
IND-PYP-RMM-12		Razón de mortalidad materna
IND-PYP-TMN-13		Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 y mayores de 65 años
INDICADORES DE SEGUIMIENTO AL RIESGO		
IND-PYP-RPV-14		% de reacciones pos vacunales presentadas en población objeto del PAI
IND-PYP-AEB-15		% de aplicaciones erróneas de biológicos en población objeto del PAI
IND-PYP-ARB-16		% de accidente de riesgo biológico de la auxiliar según pob. objeto vacunada
IND-PYP-IID-17		% de inserción inadecuada del DIU en población objeto del programa
INIDICADORES DE OPORTUNIDAD		
IND-PYP-PSV-18		Oportunidad en la prestación del servicio de vacunación
IND-PYP-PSC-19		Oportunidad en la prestación del servicio de citología
IINDICADORES DE CALIDAD TECNICA		
IND-PYP-PHC-20		Porcentaje de hipertensos controlados
IND-PYP-EVA-21		Proporción de esquemas de vacunación adecuados
IND-PYP-ODCCU-22		Oportunidad en la detección del cáncer cervico uterino
IND-PYP-TSG-23		Tasa satisfacción global de los servicios de PYP
INDICADORES DE EFECTIVIDAD LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION		
IND-PYP-EMP-24		% de eventos masivos de promoción
IND-PYP-TER-25		% de talleres educativos realizados
IND-PYP-CRR-26		% de cuñas radiales realizadas
IND-PYP-AE-27		% de afiches elaborados
IND-PYP-HV-28		% de hojas volantes

IND-PYP-CHES-29		% de charlas educativas semanales
INDICADORES DE COBERTURA DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION		
IND-PYP-REDP-30		% de remisiones efectuadas a población subsidiada en los diferentes programas
IND-PYP-UAEM-31		% de usuarios asistentes a eventos masivos
IND-PYP-VDR-32		% de visitas domiciliarias realizadas
IND-PYP-UATE-33		**%** de usuarios asistentes a talleres educativos
INDICADORES DE VACUNACION		
IND-PYP-VBCG-34		% de niños menores de un año vacunados con BCG
IND-PYP-VVOP-35		% de niños menores de un año vacunados con VOP
IND-PYP-VPENTA-36		% de niños menores de un vacunados con PENTA
IND-PYP-VSMMR-37		% de niños menores de un año vacunados con SMMR
IND-PYP-VDPT-38		% de niños menores de un año vacunados con DPT
IND-PYP-VHB-39		% de niños de un año vacunados con hepatitis B
IND-PYP-MVTD-40		% de mujeres en edad fértil vacunadas con TD
IND-PYP-VFA-41		% de niños menores de un año vacunados contra fiebre amarilla
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN SALUD ORAL		
IND-PYP-CCP-42		% de cumplimiento en los controles de placa programados
IND-PYP-CDS-43		% de cumplimiento en detartrages supragingival realizados
IND-PYP-CAF-44		% de cumplimiento en aplicación de flúor
IND-PYP-CAS-45		% de cumplimiento aplicación de sellantes
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE PLANIFICACION FAMILIAR		
IND-PYP-CCPF-46		% de cumplimiento consulta de de primera vez en planificación familiar
IND-PYP-CCPF-47		% de cumplimiento consulta de control en planificación familiar
IND-PYP-CID-48		% de cumplimiento en inserción de DIU
IND-PYP-CEA-49		% de cumplimiento en entrega de anticonceptivos
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO PARA ACTIVIDADES DE DETECCION ALMENOR		
IND-PYP-CCYDM-50		% de cumplimiento consulta de primera en CYD por medico
IND-PYP-CCYDE-51		% de cumplimiento consulta de control en CYD por enfermera
INDICADORES DE CUMPLIMEINTO DE LAS ACTIVIDADES DE DETECCION AL JOVEN		
IND-PYP-CCJM-52		% de cumplimiento consulta de primera vez por medico al joven
IND-PYP-CRH-53		% de cumplimiento en la realización de hemoglobina a joven de 13 años
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO A ACTIVIDADES DE DETECCION A LA EMBARAZADA		
IND-PYP-GCP-84		Proporción de mujeres embarazadas con control prenatal antes de la 28ª semana de embarazo
IND-PYP-CEM-54		% de cumplimiento consulta de primera vez a la embarazada por medico
IND-PYP-CSCPE-55		% de cumplimiento consulta de seguimiento al control prenatal por enfermera
IND-PYP-VDRLE-56		% de cumplimiento VDRL a la embarazada
IND-PYP-RHE-57		% de cumplimiento hemograma a la embarazada
IND-PYP-HCE-58		% de cumplimiento hemoclasificación a la embarazada
IND-PYP-UE-59		% de cumplimiento uroanálisis a la embarazada
IND-PYP-GE-60		% de cumplimiento glucosa a la embarazada
IND-PYP-EE-61		% de cumplimiento ecografías a la embarazada
IND-PYP-COE-62		% de cumplimiento consulta de primera vez por odontólogo

		a la embarazada
IND-PYP-ATDE-63		% de aplicación de TD a la embarazada
IND-PYP-VDRLP-64		% de realización VDRL durante el parto a la embarazada
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DE ATENCION AL ADULTO MAYOR		
IND-PYP-CA-65		% de consulta de primera vez por medico al adulto mayor
IND-PYP-CU-66		% de uroanálisis
IND-PYP-CC-67		% de creatinina
IND-PYP-CG-68		% de glucosa
IND-PYP-CHDL-69		% de colesterol de alta densidad HDL
IND-PYP-CLDL-70		% de colesterol de baja densidad LDL
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO		
IND-PYP-CCU-71		% de cumplimiento en citología cervico uterina
IND-PYP-LCCU-72		% de cumplimiento en lectura de citología cervico uterina
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL		
IND-PYP-CMAV-73		% de cumplimientos medición de la agudeza visual
INDICADORES DE CUMPLIMIENTO EN EL PROGRAMA DE PREVENCION DE LA TBC		
IND-PYP-CBK/PTE-74		Concentración de BK /PTE Promedio de 2.5 mínimo
IND-PYP-CTBC-75		Porcentaje de curación Debe ser del 85 %
IND-PYP-PTT-76		Porcentaje de tratamientos terminados Hasta el 5%, lo ideal es 0%
IND-PYP-PFT-77		Porcentaje de fracasos
IND-PYP-FTBC-78		Porcentaje de fallecido Máximo 1- 2 %
IND-PYP-PT-79		Porcentaje de transferidos
IND-PYP-PN-80		Porcentaje de negativización al 2º Mes del Tto. debe ser más del 80%
IND-PYP-PI-81		Incidencia Alta si mayor o igual a 25 x 100.000
IND-PYP-L-82		Letalidad Ideal 0 %
IND-PYP-CVBCG-83		Cobertura de vacunación BCG Cobertura útil de 95 % mínimo

4.2. LISTADO DE INDICADORES POR DOMINIO O DIMENSIONES.

INDICADORES DE ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-OD-OAC-02	**I.1.6**	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología
IND-PYP-GCP-84		Proporción de mujeres embarazadas con control prenatal antes de la 28ª semana de embarazo
IND-CE-ACCMG-01	**I.1.1**	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General
IND-CE-ACCME-01	**I.1.2**	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
IND-URG-OAC-01	**I.1.4**	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias
IND-IM-OAS-01	**I.1.5**	Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología
IND-SF-OEMP-01	**E.1.4**	Oportunidad de entrega de medicamentos POS
IND-SN-OAC-01		Oportunidad en la atención en consulta de Nutrición
IND-SS-OAC-01		Oportunidad en la atención en consulta de sicología
IND-LAB-OAS-01		Oportunidad en la atención en servicios de laboratorio
IND-OD-OACO-14		Oportunidad en la atención en servicio de cirugía oral
IND-END-OAS-15		Oportunidad en la atención en servicio de endodoncia
IND-FIS-OATF-01		Oportunidad en la atención en servicio de Terapia Física
IND-FIS-OATR-02		Oportunidad en la atención en servicio de Terapia Respiratoria

INDICADORES DE CALIDAD TECNICA O EFECTIVIDAD		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-HOS-TRPH-19	**I.2.1**	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados por la misma causa
IND-PYP-PPHAC-02	**I.2.2**	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada
IND- PYP-PEVA-03	**E.2.1**	Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año
IND-PYP-ODCCU-04	**E.2.2**	Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
IND-HOS-PENA-22		Proporción de estancias no adecuadas (AEP) en un proceso frecuente con estancia superior a la media.
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		

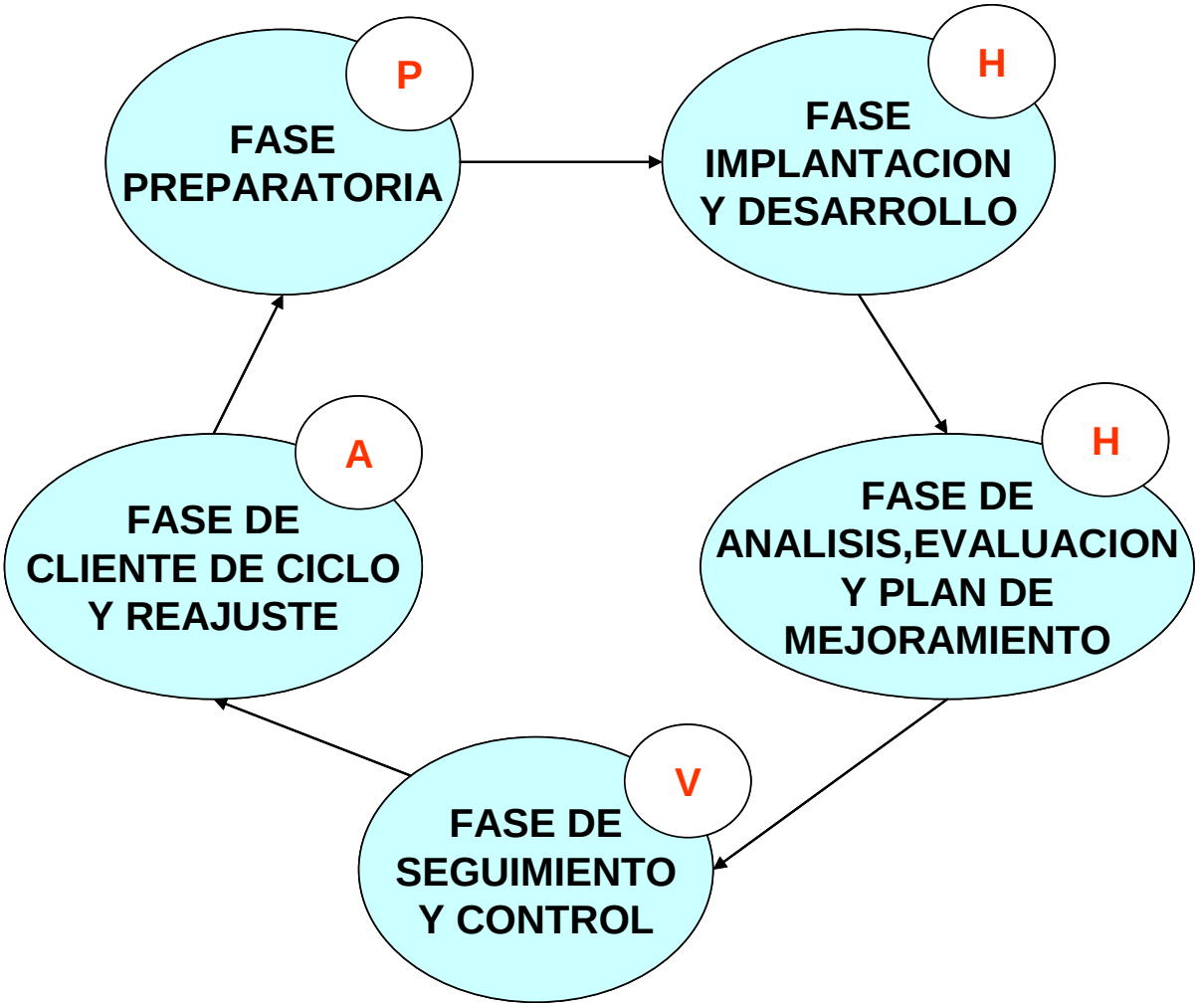
INDICADORES DE GERENCIA DEL RIESGO O SEGURIDAD		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-HOS-TIN-08	**SG 3.9.1**	Tasa de infección intrahospitalaria
IND-HOS-FACP-23		Tasa de flebitis asociada a catéter periféricos
IND-		Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino
IND-		Letalidad a largo plazo por cáncer de cuello uterino
IND-		Razón de mortalidad materna
IND-		Proporción de bajo peso al nacer.
IND-		Letalidad por EPOC.
IND-		Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal
IND-		Tasa de trauma del recién nacido
IND-	**I.3.3 (SG 13.1.1)**	Proporción de vigilancia de Eventos adversos
IND-		Tasa de Mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo
IND-		Tasa de mortalidad de infarto agudo de miocardio (IAM) sin remisión oportuna.
IND-	**I.3.1**	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
IND-	**SG 3.3.1**	Proporción de infección sitio operatorio superficial
	SG 3.5.1	Tasa de Infección Urinaria asociada a catéter vesical
	SG 3.6.1	Proporción de endometritis

INDICADORES DE SATISFACCION- LEALTAD		
CODIGO ESE	**CODIGO MPS**	**NOMBRE DEL INDICADOR**
IND-	**I.4.1**	Tasa de Satisfacción Global
IND-	**E.4.2**	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		
IND-		

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL SAN JACINTO

AREA DE GARANTIA DE LA CALIDAD

GRÁFICO MODELO SISTEMA PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD POR INDICADORES


P
FASE PREPARATORIA
H
FASE IMPLANTACION Y DESARROLLO
H
FASE DE ANALISIS,EVALUACION Y PLAN DE MEJORAMIENTO
V
FASE DE SEGUIMIENTO Y CONTROL
A
FASE DE CLIENTE DE CICLO Y REAJUSTE

7.8. BIBLIOGRAFIA

AFFELT, J.E. SHANAHAN, F. La acreditación voluntaria en los Estados Unidos: una perspectiva de control de calidad. Control de Calidad Asistencial. 1987; 2,2: 41-45.

ANSI/ASQC. Estándar Q1-1.998 Generic for auditing of quality systems (directrices generales para la auditoría de los sistemas de calidad).

ARDON, N. Y JARA, M. Interpretación de la conceptualización de la calidad y calidad en salud y de las metodologías existentes a nivel internacional para evaluar la calidad en los Servicios de salud. Análisis preliminar. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 1998.

BENNEYAN, J. C. Use and interpretation of statistical quality control charts. International Journal for Quality in Health Care, vol. 10, N^0 1, february 1998.

CASTELLANOS. J.L. et al. Crisis de la salud en Colombia, 2001; 37.

Canadian Council 0n Health Services Accreditation. Quality improvement and the client-centred accreditation program, 1995.

CIENES/OEA. Indicadores del impacto de las políticas sociales. Chile, 1995, 4.

CHASSIN, M.R.; GALVIN, RW. National Roundtable on Health Care Quality: The need to improve the health care quality. JAMA, 1998; 280:1000-1005.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. The Journal Of Family Practice, vol. 9, No. 2, 1979.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. 1985.

DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud Pública, España, 1990; 3-6, 78.

DONABEDIAN, A. Specialization in Clinical Performance Monitoring. What it is and How to achieve it. America College of Utilization Review Physicians, 1990; 5, 4:114-120.

DONABEDIAN, A. Evaluación de la calidad de la atención médica. Investigación sobre servicios de salud: una antología, OPS, Publicación Científica, N° 554.

DONABEDIAN, A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. México, 1984.

FALCONI CAMPOS, V. Controle da qualida de total (no estilo japonés). QFCO, 2- ed., 1992. FALCONI CAMPOS, V. Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. QFCO, 1992.

GIRALDO, P Módulo epidemiología. Posgrado Gerencia Hospitalaria. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 1997; 1-5.

GOMEZ. E. El control total de la calidad como una estrategia de comercialización. Editorial Legis, Bogotá, 1991; 92.

GRANADOS, R. Seminarios de sistemas de información general y Sistemas de indicadores de gestión. Universidad del Rosario. Bogotá, 1997; 22-26.

ISHIKAWA, K. What is total quality control? The Japanese Way. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1985. Joint Commission. Estándares de acreditación de hospitales, 1996.

JURAN, J.M.; GRIMA, F.M.; BIRGHAMJ.R. Manual de control de calidad. Ediciones Reventé, Barcelona, 1990.

LEE, RJ. The fundamentals of good medical care. Chicago, III: University of Chicago Press, USA, 1993.

MALAGÓN, G. et al. Administración hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia, 1996; 9.

MALAGÓN, G. et al. Auditoría en salud. Una gestión eficiente. Editorial Médica Panamericana. Bogotá, Colombia, 1998.

MARINO, H. Gerencia de la calidad total. Tercer Mundo Editores, Colombia, 1992.

Ministerio de Salud. Resolución 5261 del 5 de agosto. Colombia, 1994.

Ministerio de Salud. Acuerdo Na 20. Colombia, 1990. Ministerio de Salud. Acuerdo No. 11. Colombia, 2000.

Ministerio de Salud. Proyecto: Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de Garantía de Calidad para las instituciones de prestación de servicios, Componente Acreditación. Informe final de acreditación, junio de 2001.

PÉREZ, R. Círculos de calidad: una herramienta en calidad total Aeroimpresos de Colombia, 1992; 45.

Journal of Public Health Políсy. The quality of care in the era of manager care. USA, 1998. República de Colombia. Art. 9[3] Ley 87 de 1993.

RESTREPO, F.R. Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Herramientas técnicas. Texto académico. (Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia), 1998.

RESTREPO, F.R. Monitorización de indicadores. Mayo 2002. Documento sin publicar. Revista Vía Salud. Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia, No. 12. Segundo trimestre de 2000.

RINCÓN, R. Indicadores de gestión.

Revista Universidad EAFIT Julio - Septiembre. Colombia, 1998, 57.

ROONEY, L.A.; VAM OSTEMBERG, P.R. Eicensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health Services Quality. Quality Assurance Methodology Refínement Series. USAID, 1999; 28-32.

RUIZ, L. Indicadores en salud. Ponencia llevada a cabo en la Superintendencia Nacional de Salud. Colombia, 1998; 24.

SALGADO. F. La reforma de la seguridad social. En: Revista Salud Colombia No. 68, julio, Colombia, 2002; 15.

SATURNO, E ¿Qué es la calidad? Publicado en: Calidad asistencial en atención primaria, tomo I.

SUÑOL, R.; BAÑARES, J. Origen, evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios desalud. Texto académico. (Documento Diplomado Garantía de Calidad. Universidad de Antioquia), 1998.

Secretaría Distrital de Salud. Guía para evaluar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Centro de Gestión Hospitalaria, Bogotá, 2000.

FRANCISCO ALVAREZ HEREDIA. MD. MSP. Calidad y Auditoría en Salud

MALAGÓN-LONDOÑO * GALÁN MORERA * PONTÓN LAVERDE. Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente (2da. Edición)