OCAS

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud

RISARALDA

OCAS

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud

R I S A R A L D A

Risaralda
Verde y emprendedora

Gobernación de Risaralda

FUNDACIÓN SALUTIA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN SALUD

SimuDatSalud®
R I S A R A L D A

Convenio especial de cooperación para el desarrollo de actividades de CT+I No. SS-CDCIT 1431-2015, financiado con recursos del sistema general de regalías SGR-CT+I y con recursos de contrapartida aportados por el Centro de investigaciones en salud - Fundación Salutia.

Fortaleciendo las capacidades de
Gobierno del Sistema de salud
en el territorio

Gobernación de Risaralda

Sigifredo Salazar Osorio – Gobernador del Departamento

Secretaría Departamental de Salud de Risaralda

Olga Lucía Hoyos Gómez–Secretaria de Salud

Consejo de Gobierno

Gloria Edith Fernández Parra - Secretaria Jurídica

Diana Patricia Rojas Rico - Secretaria Administrativa

Carlos Andrés Gil González - Secretario de Gobierno

Leonardo Antonio Ramírez Giraldo-Secretario de Hacienda

Claudio Santo Olivella Orcasitas - Secretario de Planeación

Daniel Rueda Osorio - Secretario Tics

Liliana María Sánchez Villada - Secretaria de Educación

Ana Lucía Córdoba - Secretaria de Deportes, recreación y cultura

Luz Yasmid López Vélez - Secretaria de Desarrollo Agropecuario

Diana Yaneth Osorio Bernal - Secretaria de Desarrollo económico y competitividad

Teresa Jannet Peláez Cruz - Secretaria de Desarrollo social

Luis Eduardo Ortiz Jaramillo - Secretaria de Infraestructura

Diana Cristina Hernández Correa - Directora de Comunicaciones

Hernán Calvo Pulgarín -Ente descentralizado Lotería de Risaralda

Diana María González Giraldo- Ente descentralizado Aguas y Aseo de Risaralda

Carlos Alfonso Echeverri Cardona - Ente descentralizado Promotora de Vivienda

Mary Eugenia Castillo Galvis – Asesora despacho del Gobernador

Equipo técnico Secretaría Departamental de Salud

Luis Alberto Hernández Laverde – Director operativo de prestación de servicios de salud

Néstor Enrique Mahecha Delgado – Coordinador Grupo de Aseguramiento - MIAS

Diego Alejandro Rincón Hurtado – Director operativo de Salud Pública

Leonel Aguirre- Coordinador de Aseguramiento

Alonso Fernández- Coordinador de Seguridad del Paciente, Referencia y Contrarreferencia

Claudia Patricia Vélez – Coordinadora del Programa de Enfermedades Crónicas

Alberto Medina- Coordinador del Programa de Tuberculosis y Lepra

John Gerardo Moreno- Coordinador del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Carolina Silva - Coordinadora del Programa de ETV

María del Pilar Gómez – Referente de ASIS

Diana Gil - Profesional de Estadística

Instituciones Prestadores de Salud que participaron en la encuesta de percepción de la calidad de la atención en salud

- Caja de Compensación Familiar de Risaralda Comfamiliar Risaralda
- Cardiosalud Eje Cafetero S.A.S.
- Clínica Los Rosales S.A.
- Clínica Santa Clara Ltda.
- Corporación Medica Salud para los Colombianos - CMS Colombia Ltda
- Corporación Mi IPS Eje Cafetero
- E.S.E Hospital San Vicente de Paul Apia
- E.S.E. Hospital Nazareth de Quinchía
- E.S.E. Hospital San Vicente de Paul
- Empresa Social del Estado Hospital San Jose de Belén de Umbría
- Empresa Social del Estado Hospital San Jose de Marsella
- Empresa Social del Estado Hospital San Jose La Celia
- Empresa Social del Estado Hospital San Pedro y San Pablo
- Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge
- Empresa Social del Estado Salud Pereira
- Ese Hospital Cristo Rey
- Ese Hospital San Rafael
- Ese Hospital San Vicente de Paul
- Ese Hospital Santa Ana
- Ese Hospital Santa Mónica
- Estudios e Inversiones Medicas S.A Esimed S.A.
- Fracturas y Fracturas S.A.S.
- Instituto de Diagnóstico Médico S.A.
- IPS Famiparaiso S.A.S
- IPS San Sebastian Ltda
- Jaibana IPS S.A.S
- Liga Contra el Cáncer seccional Risaralda
- Medicina Integral IPS S.A.
- Oncólogos del Occidente S.A.S.
- Prerenal SAS
- Salud Total EPS-S S.A.
- Servicios de Salud IPS Suramericana S.A.
- Sinergia Global en Salud S.A.S
- Sociedad Comercializadora De Insumos Y Servicios Médicos S.A.S.
- Sociedad Integral de Especialistas en Salud S.A.S. Sigla SIES Salud S.A.S.
- Unidad Oftalmológica Laser S.A.

Equipo de Supervisión

Néstor Enrique Mahecha Delgado–Supervisor

Ana María Giraldo - apoyo supervisión administrativa

Zuleivy Iglesias Fontalvo - apoyo supervisión técnica

Centro de Investigaciones en Salud - Fundación Salutia
Carlos Humberto Arango – Director de investigaciones

Editores:
Ana Lucia Mujica Duarte
Decxy Yanibe Chaparro Araque
Carlos Humberto Arango

Equipo de gerencia del proyecto:
Irma Constanza Muñoz – Directora administrativa
Diana Rocío Chávez – Coordinadora de planeación y control del proyecto

Autores - Investigadores principales:
Ana Lucia Mujica Duarte
Decxy Yanibe Chaparro Araque
Carlos Humberto Arango

Coordinadora editorial:
Nidya Hernández

Agradecimientos:
Expresamos nuestro sincero agradecimiento al Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) por proveer mecanismos de acceso público a la información, que viabilizan proyectos como éste.
Al equipo técnico de la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda quien contribuyó a este proyecto con sus opiniones.
A Alexander Acero, Michael Steven Rojas y Cesar Rojas por su apoyo técnico, metodológico y de desarrollo de software.

Citación sugerida:

APA: Fundación Salutia. (2018). *Situación de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda*. Bogotá: Fundación Salutia - Gobernación de Risaralda.

Vancouver: Fundación Salutia. Situación de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda. Bogotá: Fundación Salutia - Gobernación de Risaralda; 2018. 426 p.

Equipo de comunicaciones
Nidya Yaneth Hernández
Daira Cecilia Ordoñez
Daniel Fernando Mujica
Pedro Lozano
Claudia Ramírez

Diseño y diagramación
Buenos & Creativos SAS
Diana Marcela Trujillo T.

Corrección de estilo
Edison Torres

Impresión y encuadernación
Buenos & Creativos SAS
Bogotá, D.C., Colombia

ISBN - 978-958-56705-4-9

Contenido

Lista de tablas

Lista de ilustraciones

Lista de gráficos

Lista de abreviaturas

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CAC	Cuenta de Alto Costo
DANE	Departamento Nacional de Estadística
EPS	Entidad Promotora de Salud
ESE	Empresa Social del Estado
ETS	Entidades Territoriales de Salud
IEC	Información, educación y comunicación
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Salud
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MOCA	Monitoreo de la Calidad
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional de Salud
ONSM	Observatorio Nacional de Salud Mental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONV	Observatorio Nacional de Violencias
ONVIH	Observatorio Nacional para la gestión programática de VIH
OPP	Observatorio de Políticas Públicas
OPS	Organización Panamericana de la Salud

OSAN	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021
PEDT	Protección Específica y Detección Temprana
PISIS	Plataforma de Intercambio de Información
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
ROSS	Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud
RUAF	Registro Único de Afiliados
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social y Salud
SIC	Sistema de Información para la Calidad
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
TIC	Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

Presentación

Es de resaltar que la calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y está implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, por lo que la salud no es una excepción; la ausencia de calidad en la atención en salud se manifiesta de diversas formas: servicios de salud inefectivos e ineficientes, barreras de acceso, aumento de costos, quejas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, pérdida de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios, entre otros.

Por lo anterior, desde la Gobernación se mantiene el interés sobre estos problemas de la calidad en la atención de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que la atención en los servicios de salud se otorgue de manera eficiente, con calidad y seguridad para los usuarios. Por lo que la calidad de la atención en salud se debe aplicar desde la ciencia y tecnología médica en una forma que maximice los beneficios para la salud de la población.

Asimismo, dentro de la calidad de la atención se encuentra como elemento fundamental el seguimiento y la monitoria, que comprenden la recopilación, consolidación, análisis y verificación sistemática de la información, permitiendo identificar los problemas o fallas de la calidad para gestionar el mejoramiento continuo y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de resultados en salud.

Además, existe una tendencia a nivel mundial en definir indicadores para medir diferentes momentos de los sistemas de salud y prestación de servicios de salud. Sin embargo, en Colombia una de las categorías de medición son los indicadores de calidad, en donde se contemplan las áreas prioritarias de salud; por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) desde el año 2006 viene implementando el sistema de información para la calidad a nivel nacional. Es por ello, que el estudio de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda, es el primero a nivel territorial que incluye la medición de indicadores de efectividad clínica de la atención recibida, de la seguridad del paciente y de la experiencia de la atención e indicadores de impacto sobre la salud de la población reportados por los aseguradores e IPS.

De esta manera, se pretende facilitar la gobernanza del Sistema de Salud en el territorio, fortaleciendo la capacidad regulatoria y de rectoría por parte de la Secretaria de Salud Departamental, en el campo de la Calidad de la atención; además la armonización para la toma de decisiones por parte de las entidades territoriales, EAPB e IPS logrando mejores resultados en salud, que contribuya a ser un modelo de referencia calificada como una experiencia exitosa que se pueda replicar en el resto de los territorios del país y un insumo vital para proveer información clave a los usuarios.

Debo señalar que este estudio forma parte de una de las nueve investigaciones del Proyecto SimuDatSalud Risaralda©: "Desarrollo de capacidades de Ciencia, Tecnología e Innovación - para investigación y simulación de políticas públicas en salud y seguridad social en el Departamento de Risaralda" que la Gobernación de Risaralda gestiona junto con el apoyo técnico de la Fundación Salutia, con recursos del sistema de regalías.

Así estamos avanzando hacia nuestro objetivo de hacer de la salud un servicio de calidad, al alcance de todos y en condiciones de equidad y de transparencia.

Sigifredo Salazar
Gobernador Departamento de Risaralda

El primer estudio de la situación de la calidad de la atención en salud 2014-2016, permite generar acciones para el fortalecimiento de la gobernanza de la Secretaría Departamental de Salud como actor fundamental del Sistema en el territorio, fortaleciendo la capacidad regulatoria y de rectoría por parte de nuestra cartera, en el campo de la calidad de atención en salud.

Además de facilitar la toma de decisiones por parte de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, permite una armonización con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB e Instituciones Prestadoras de Salud – IPS, logrando mejores resultados en salud y que contribuyan a un modelo de referencia calificada como experiencia exitosa, para replicar en el resto del país, siendo un insumo vital para proveer información clave a los usuarios y comunidades.

En este estudio se presenta el análisis de la situación de la calidad de la atención en salud, en los tres dominios de calidad, a través de los setenta y siete (77) indicadores priorizados:

• En el dominio de efectividad se analizan indicadores en atención materno infantil, enfermedad crónica transmisible, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmitidas por vectores, efectividad global en la atención y admisiones evitables en hospitales.

• Para los indicadores relacionados con la seguridad del paciente se priorizaron indicadores en infección asociada a la atención en salud, procesos y procedimientos clínicos, reingresos institucionales, cirugías programadas y administración de medicamentos.

• En cuanto a la experiencia de la atención del paciente, fueron priorizados indicadores que corresponden a la oportunidad en el tiempo de respuesta, y a la evaluación global de la experiencia de la atención.

Este producto es el resultado del trabajo científico realizado por el Departamento de Risaralda con el fin de generar la evidencia necesaria que requerimos para fortalecer la planificación y orientación de nuestras acciones de política pública sobre la calidad de la atención de los servicios de salud.

Olga Lucía Hoyos Gómez
Secretaria Departamental de Salud de Risaralda

El estudio de la Situación de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda 2014-2016 hace parte del observatorio de la calidad de la atención en salud, OCAS Risaralda, que es el producto final del desarrollo computacional de inteligencia institucional y forma parte de una de las nueve investigaciones del Proyecto Desarrollo de capacidades de Ciencia, Tecnología e Innovación - para investigación y simulación de políticas públicas en salud y seguridad social en el departamento de Risaralda, SimuDatSalud Risaralda©, que la Gobernación de Risaralda gestiona junto con el apoyo técnico de la Fundación Salutia, con recursos del sistema de regalías.

Debido a la ausencia de evidencias sobre el sistema de monitoreo de la calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda, se dificulta la toma de decisiones y el diseño e implementación de planes de mejoramiento para fortalecer la cultura de calidad en todas las instituciones de salud territorial, lo que debilita la gobernanza sobre este tema por parte de la Secretaria Departamental de Salud. Por tanto, un estudio sobre la calidad de la atención en salud en el nivel territorial, se convierte en un insumo necesario para fortalecer la capacidad de gobierno sobre la calidad dentro del sistema de salud en el departamento.

Este estudio aporta información sobre la calidad de la atención en salud desde dos perspectivas: (i) Calidad técnico-científica en la prestación de servicios de salud en el departamento de Risaralda, mediante el monitoreo continuo de los 77 indicadores integrados en los tres dominios de calidad, que están conceptualizados en el primer Informe nacional de calidad de la atención en salud INCAS 2009: efectividad de la atención en salud, seguridad de la atención del paciente y experiencia de atención del usuario. Estos indicadores permiten a los diferentes actores del sistema de salud y a la misma ciudadanía contar con la evidencia necesaria para instaurar o fortalecer los procesos de control social y de gestión de la calidad en salud. (ii) Calidad percibida, mediante la aplicación de la encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud a los usuarios del departamento de Risaralda.

A su vez, este estudio de calidad de la atención en salud de Risaralda es el primero a nivel regional, que se constituye en una herramienta de referencia y de realimentación continua en el contexto territorial de departamento bajo la coordinación de la Secretaría de salud de Risaralda y como apoyo a la implementación nacional del Sistema de información para la calidad.

Para el centro de investigaciones en salud – Fundación Salutia y todo su equipo de investigación, el proceso de concepción, diseño, realización y presentación de resultados de la Situación de la calidad de la atención en salud 2014-2016, ha sido un desafío técnico científico significativo, que fue posible bajo el liderazgo de la Dra. Olga Lucía Hoyos y el apoyo de los funcionarios de los equipos directivo y técnico de la Secretaria Departamental de Salud y las IPS públicas y privadas, quienes participaron en el proceso de validación de los indicadores y de la encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud a los usuarios.

Carlos Humberto Arango
Director de investigación Fundación Salutia

Introducción

1

El estudio No. 8 Desarrollo computacional y estudio de evaluación de la calidad de la atención en salud en el territorio, hace parte de los desarrollos computacionales de Inteligencia Institucional – I&I que soportan la gobernanza sobre procesos claves de regulación, transparencia y mejoramiento de la gestión de los actores del sistema en la secretaría departamental de salud de Risaralda. Este se articula con los planteamientos estratégicos previstos en la propuesta del Plan de Desarrollo Risaralda Verde y Emprendedora, 2016-2019, específicamente en el programa 6, gestión del riesgo individual y desarrollo de servicios de salud., el cual contiene el subprograma 6.5 denominado seguridad del paciente y responde a la meta de "crear un Observatorio departamental de la calidad de la atención en salud con énfasis en la atención humanizada en el cuatrienio" (Gobernación de Risaralda, 2016, pág. 46)

Además, este estudio hace parte del observatorio de la calidad de la atención en salud, OCAS Risaralda, que es el producto final del desarrollo computacional de inteligencia institucional y forma parte de una de las nueve investigaciones del Proyecto Desarrollo de capacidades de Ciencia, Tecnología e Innovación - para investigación y simulación de políticas públicas en salud y seguridad social en el departamento de Risaralda, SimuDatSalud Risaralda©, que la Gobernación de Risaralda gestiona junto con el apoyo técnico de la Fundación Salutia, con recursos del sistema de regalías.

Es de resaltar, que el Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGS) enmarcado dentro del sistema general de seguridad social en Colombia (SGSSS), ha sido una herramienta fundamental para el control y seguimiento del buen desempeño de los servicios de salud en todo el país, aunando esfuerzos para mejorar la calidad en la atención en salud. A pesar, de la implementación del sistema de la información de la calidad, el monitoreo de la calidad no ha sido suficiente, y se evidencia en que a nivel nacional solo existen dos estudios (INCAS 2009 y 2015) que presentan los resultados del análisis de los indicadores que miden la calidad en la atención en salud.

Por lo tanto, el departamento de Risaralda no es ajeno a esta situación, por la ausencia de evidencias sobre el sistema de monitoreo de la calidad en la atención en salud, que imposibilitan la toma de decisiones y el diseño de planes de mejoramiento que puedan fortalecer la cultura de calidad en todas las instituciones de salud territorial y debilita

la gobernanza relacionado con este tema a la Secretaria Departamental de Salud. Un estudio sobre la calidad de la atención en salud en el nivel territorial, se convierte en insumo necesario para fortalecer la capacidad de gobierno sobre la calidad dentro del sistema de salud de los departamentos.

Esta investigación permite generar evidencia acerca de los resultados de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda, a través de la captura, consolidación, depuración, análisis y divulgación de información de la calidad bajo las perspectivas de efectividad clínica de la atención recibida, seguridad del paciente, gestión del riesgo y experiencia de la atención de los usuarios, teniendo en cuenta dos aspectos de evaluación, la primera concerniente a la medición de la calidad técnico científica; y la segunda, vista desde la medición de la calidad percibida.

Para medir la calidad técnico científica se construyó el índice OCAS, que es el primero en su clase, el cual permite comparar los diferentes dominios de calidad; es decir, es el resultado de la agregación de las cualidades o atributos de los procesos de atención en salud: efectividad de la atención en salud, seguridad en la atención del paciente y experiencia de la atención centrada en el paciente o usuario.

Para la construcción del índice OCAS, se seleccionaron 77 indicadores que permiten medir la calidad en la atención en los servicios de salud que se desagregan por subdominios, estos se definieron de acuerdo al perfil de salud de la población, la cultura de seguridad en salud para la disminución de los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y a la percepción de los usuarios y sus familias respecto al acceso, uso de los servicios de salud e interacción con las personas e instituciones que intervienen durante su proceso de atención.

Por tanto, el índice OCAS es una herramienta importante para ayudar a la toma de decisiones en políticas públicas relacionadas con la calidad en la atención de los servicios de salud.

Con el resultado del índice OCAS, se pretende facilitar la gobernanza del Sistema de Salud en el territorio, fortaleciendo la capacidad regulatoria y de rectoría por parte de la Secretaria de Salud Departamental, en el campo de la calidad de la atención; además, armonizar la toma de decisiones por parte de las entidades territoriales, EAPB e IPS para lograr mejores resultados en salud, que contribuyan a ser un modelo de referencia calificada como una experiencia exitosa, que se pueda replicar en el resto de los territorios del país y un insumo vital para proveer información clave a los usuarios. Para medir la calidad percibida, se aplicó la encuesta sobre la percepción de la calidad de la atención

en salud, de los usuarios del departamento de Risaralda.

Para el cálculo de los indicadores seleccionados se presentaron limitaciones relacionadas con la disponibilidad y calidad de las fuentes de información, debido a la variabilidad y complejidad de las mismas. Se utilizaron las bases de datos publicadas de manera oficial por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para los indicadores que se calculan con la resolución 4505 de 2012 y la resolución 256 de 2016. La secretaria departamental de salud de Risaralda cuenta solamente con los RIPS de los hospitales públicos, con la base de SIVIGILA a nivel territorial. Se consultó la información disponible en los cubos de SISPRO (Sistema integral de la información de protección social) del Ministerio de Salud y Protección Social para RUAF. Por indicaciones del referente de Enfermedades crónicas transmisibles de la Secretaría departamental de salud de Risaralda, para el cálculo de los indicadores de tuberculosis se utilizó el Libro del Programa de Tuberculosis exportado directamente del SISAP (Sistema de Información de Salud Pública) y aplica únicamente para prestadores de servicios de salud públicos.

En este documento se describe la metodología para la construcción del índice OCAS, la selección de los 77 indicadores de cada dominio y subdominio de calidad y de la encuesta de percepción de la calidad en la atención en salud. Además, se presentan los resultados del índice OCAS, de cada indicador y de la encuesta.

Justificación

2

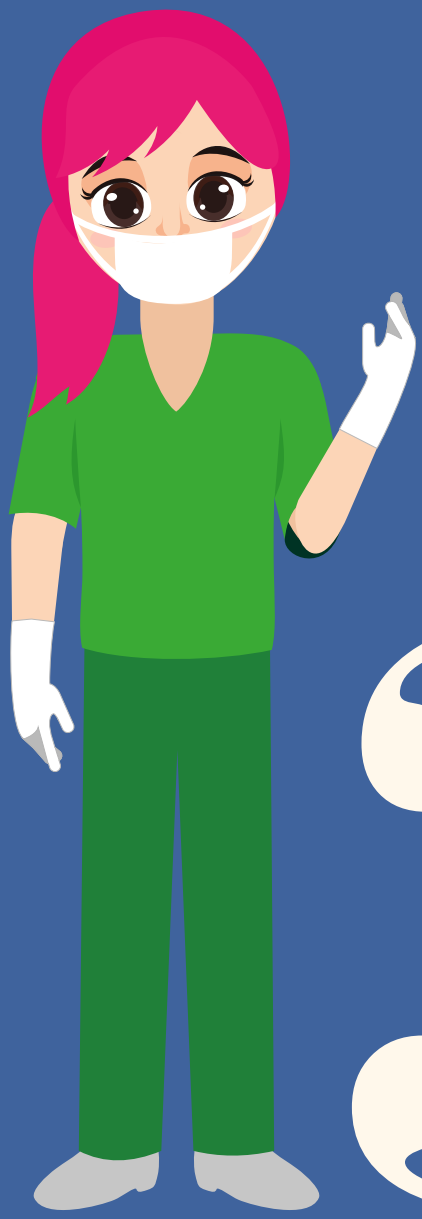
La calidad de la atención en salud se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel técnico y profesional óptimo, contemplando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

El Ministerio de Salud y Protección Social desde el año 2006 ha venido realizando diversos desarrollos normativos y técnicos con el fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, entre ellos se encuentran: el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, los Análisis de Situación en Salud (ASIS), la disposición de salidas de información del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO), la nueva definición de un Modelo de Atención Integral (MIAS) y de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la Ley Estatuaria de Salud, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 y la actualización del Sistema de Información para la Calidad con la Resolución 256 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016e).

Además, existe una tendencia a nivel mundial de definir indicadores para medir diferentes momentos de los sistemas de salud y de la prestación de servicios de salud. En Colombia, una de las categorías de medición son los indicadores de seguridad y calidad, donde se contemplan las áreas prioritarias de salud. Por otro lado, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), desde el 2006, viene implementando el sistema de información para la calidad, el cual se limita a un gran número de informes del cumplimiento de envío de información e indicadores de proceso; sin embargo, no hay un sistema de evaluación y seguimiento a la calidad a nivel territorial que incluya la medición de indicadores de efectividad clínica de la atención recibida, de la seguridad del paciente y de la experiencia de atención a las personas e indicadores de impacto sobre la salud de la población reportados por los aseguradores e IPS (Jaramillo & Chernichovsky, 2015).

Por tanto, se requería el diseño de un sistema de información que permita evaluar la calidad en la atención en salud, que contenga los indicadores trazadores contemplados en: OCDE, Resolución 4505 de 2012, Resolución 256 de 2016, INCAS 2009 y 2015, Plan Decenal de salud pública 2012-2021 y las Rutas de Atención Integral en Salud RIAS. De esta manera, se facilita la gobernanza del Sistema de Salud en el territorio; se fortalece la capacidad regulatoria y de rectoría por parte de la Secretaría de Salud Departamental, en el campo de la calidad de atención; y se contribuye a la toma de decisiones por parte de las EAPB e IPS para que logren mejores resultados en salud.

Objetivos de la investigación



3

Objetivo general

Generar evidencia acerca de los resultados de la calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda, que contemple las dimensiones de efectividad de la atención en salud, seguridad en la atención del paciente y la experiencia de atención de los usuarios y sus familias.

Objetivos específicos

- Determinar los indicadores de las dimensiones de efectividad de la atención, seguridad del paciente y experiencia de la atención a incluir en el sistema de información para la evaluación de la calidad.

- Aplicar la encuesta de percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en el territorio de Risaralda.

- Diseñar e implementar el sistema de información para la evaluación de la calidad en la atención en salud en el departamento de Risaralda.

- Articular el sistema de información para la evaluación de la calidad en la atención en salud con el monitoreo de la calidad (MOCA).

- Establecer los resultados de la evaluación de la calidad en la atención en salud en el territorio de Risaralda que contemple las dimensiones de efectividad de la atención, de seguridad del paciente y de experiencia de la atención.

- Establecer recomendaciones para el fortalecimiento de las capacidades de gobierno del sistema de salud territorial de Risaralda.

- Identificar las lecciones aprendidas y recomendaciones sobre los resultados del estudio de la evaluación de la calidad en la atención de los servicios de salud del departamento de Risaralda.

Normatividad vigente

4

Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros". En su artículo 42 señala que dentro de las competencias de la nación en el sector salud se encuentra: definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.

Ley 1122 de 2007 que modifica la Ley 100 de 1993. Algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta ley obliga al Ministerio de Salud y Protección Social a definir el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) el cual entre sus funciones debe: i) facilitar el seguimiento y monitoreo de actores en salud, y garantizar que los actores del Sistema suministren datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. ii) Registrar la información sobre actores del sector salud capturada y sistematizada por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) del Instituto Nacional de Salud. iii) Recoger y sistematizar información para monitorear resultados en salud de las Entidades Territoriales, aseguradoras y prestadores de servicios con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el artículo 2º de esta Ley.

Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en salud y se dictan otras disposiciones". Según esta ley, el sistema "estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud (...) el Gobierno Nacional definirá metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema". En su artículo 107, exige que se defina e implemente un plan nacional de mejoramiento de calidad y establece las condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema.

En el artículo 112 menciona que el Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.

Ley Estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones". En su artículo 19, dice "Los agentes del sistema deben suministrar la información que requiere el Ministerio en los términos y condiciones que determine la ley".

Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único reglamentario del Sector Salud y Protección Social". En sus artículos 2.5.1.1.1 y subsiguientes el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos componentes, según lo establecido por el artículo 2.5.1.2.2 de dicho decreto, son el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

Decreto 1011 de 2006 "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud", define este como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En su artículo 45 se dispuso que el Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social diseñaría e implementaría un Sistema de Información para la Calidad encaminado a estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, que paralelamente permita, entre otros, orientar a los usuarios en el ejercicio de los derechos y deberes que a su favor contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 0123 de 2012, "Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006", el cual quedará así: Estándares de acreditación. Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Direcciones Territoriales de Salud, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación: 1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); 2. Manual de Estándares de Acreditación para los

Laboratorios Clínicos; 3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología; 4. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación y 5. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

Resolución 2082 de 2014, "Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud". Esta resolución tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las resoluciones 1445 de 2006 salvo su anexo técnico No. 1, 123 de 2012 salvo su anexo técnico, 3960 de 2008 y las disposiciones que le sean contrarias.

Resolución 2003 de 2014, "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud". En su artículo 1 establece definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Resolución 256 de 2016, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud". En el artículo 1 se menciona que dentro de su objeto se encuentra dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, estructurados bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema.

Circular externa 000012 de 2016, que imparte instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud y el sistema de información para la calidad.

Definiciones

5

Para efectos de la mayor comprensión del presente informe de investigación se presentan las siguientes definiciones:

Sistema de salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga, para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud (Congreso de la República Colombia, 2015).

Atención en salud. Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Calidad de la atención en salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Dominios de la calidad. Se refiere a la agregación de las cualidades o atributos de los procesos de atención en salud en conjunto (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Efectividad de la atención en salud. La efectividad como atributo fue definida por Donabedian de la siguiente manera: "La efectividad, a diferencia de la eficacia, es la mejora de salud alcanzada o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. En la definición y evaluación de la calidad, la efectividad puede especificarse de manera más precisa, como el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de la salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables" (Donabedian, 2001).

Seguridad en la atención del paciente. Se refiere al "conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias" (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Experiencia de atención del usuario. Una definición acertada de esta dimensión la ofrece la OMS (2000) en la que señala que "las formas de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la gente, no sólo se expresa en términos de resultados en salud, sino en relación con aspectos como la satisfacción de las expectativas con respecto al trato que debería recibir". También se entiende como un "amplio grupo de atributos a través de los cuales las personas valoran la calidad de los servicios que reciben y que en todos los casos son tan importantes para la gente, como el resultado clínico mismo" (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Calidad percibida. Se puede entender como el juicio de un consumidor a cerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. "Hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor" (Losada & Rodríguez, 2007, pág. 241).

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

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

Observatorio. "Sistema inteligente integrado por sistemas de información y acciones intersectoriales que facilitan y organizan la disponibilidad de fuentes de datos y la estabilización y estandarización de las salidas de información, de tal modo que permitan monitorear cambios en la salud de la población, seguir sus tendencias de la evolución y analizar los determinantes socioeconómicos que contribuyen con la ocurrencia de

desigualdades en salud, con el fin de incrementar la gestión del conocimiento para informar la formulación de políticas en salud y orientar intervenciones en la práctica" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a, pág. 40).

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Marco teórico

6

Conceptos básicos de calidad en los servicios de salud

El concepto de calidad en la atención médica más utilizado es el definido por Avedis Donabedian: "el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes". (Robledo, Meljem, Fajardo, & Olvera, 2012, pág. 173). Igualmente, propuso que se abordara la calidad de la atención en salud desde la atención médica individual, a través de dos aspectos; primero, la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología con el fin de obtener el máximo de los beneficios con un mínimo de riesgos, de acuerdo a las preferencias de cada usuario; segundo, el manejo de la relación personal con el usuario, que debe ser acorde a los principios éticos, a los convenios sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del usuario. Además, definió siete pilares de la calidad: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Se puede definir como calidad a determinadas características de un producto o servicio que satisfacen las necesidades y expectativas de un usuario y se relaciona con la práctica profesional que se debe caracterizar por (1) conocimientos científicos y tecnológicos disponibles ajustados al estado del arte, (2) mínimos riesgos para el paciente, de lesión o enfermedad, asociados al ejercicio clínico, (3) uso racional de los recursos, es decir, que no sean ni insignificantes ni exagerados, sino eficientes, eficaces y efectivos y (4) satisfacción de los usuarios, pacientes y familia con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención sanitaria (Herrera, y otros, 2001).

Otro concepto de la calidad es brindar atención médica al usuario, con oportunidad, capacidad profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, con el fin de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, en donde es fundamental la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica, que requiere de la monitoria y la evaluación de indicadores de calidad y eficiencia seleccionados (Aguirre, 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad como "el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad

de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento" (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2009).

La OCDE definió los atributos y dimensiones para su proyecto de Indicadores de Calidad de Atención en Salud (HCQI) y los clasificó en dos aspectos: los más frecuentes (efectividad, seguridad, capacidad de reacción centrada en el paciente –responsiveness–, acceso, equidad, eficiencia) y los menos frecuentes (aceptabilidad, idoneidad-aptitud –appropriateness–, competencia o capacidad, continuidad y oportunidad). Y seleccionó tres dimensiones, dentro de las cuales agrupó todas las demás: efectividad, seguridad y centrado en el paciente (Ministerio de la Protección Social, 2009).

En el Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud, INCAS 2009, se adaptaron las dimensiones establecidas por la OCDE de la siguiente manera: las que corresponden a la dimensión técnica de las atenciones (efectividad y seguridad) y a la dimensión interpersonal de las mismas (experiencia de atención del usuario). El concepto de efectividad se refiere "al grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se está realizando, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzables". (Ministerio de la Protección Social, 2009, pág. 86). La seguridad del paciente hace referencia al "conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias" (Ministerio de la Protección Social, 2006, pág. 88). La experiencia de atención de los usuarios comprende a un conjunto de atributos que se expresan durante todo el proceso de atención, desde que el usuario entra en contacto con el prestador, hasta que finaliza la atención. Esta experiencia se puede identificar por medio de "(i) mediciones de las expectativas y necesidades que los usuarios admiten de manera subjetiva como cualidades inherentes y deseables de la atención o de (ii) las mediciones objetivas que se instauran para captar datos sobre el comportamiento de algunas de ellas" (Ministerio de la Protección Social, 2009, pág. 88).

Las dimensiones de efectividad y seguridad están relacionadas con la aplicación de prácticas o procedimientos médicos conformes con los conocimientos científicos disponibles para las personas y comunidades que de alguna manera puedan beneficiarse de ellos. En cambio, la experiencia de atención está establecida por la manera como el usuario y su familia perciben el proceso de atención, de tal forma que pueda apreciar si la interacción entre el proveedor del servicio de salud y el usuario genera una experiencia satisfactoria que favorezca a su bienestar, lo que implica una serie de aspectos tanto objetivos como

de percepción subjetiva por parte del usuario. (Ministerio de la Protección Social, 2009).

El Ministerio de Salud y Protección social define la calidad en la atención en salud como: "Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" (2016b, pág. 13). Este concepto se centra en el usuario y comprende aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, como atributos inherentes de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

Una definición que aporta INCAS 2009 sobre la calidad de los servicios de atención en salud es la siguiente:

> La calidad de los servicios de atención en salud hace referencia a una valoración que resulta de la contrastación de: (i) las características de la atención deseadas por los usuarios y la sociedad (de acuerdo con sus expectativas y necesidades) y por los prestadores (de acuerdo con el conocimiento científico vigente), frente a (ii) las características finales de los servicios, las que a su vez son el resultado de las decisiones tomadas durante el proceso de producción de dichos servicios, en su finalidad de generar el mayor beneficio (efectividad), con el menor riesgo (seguridad) posibles, a un costo soportable, y que se concretan en un escenario de interrelaciones humanas, donde se espera que se brinde la más satisfactoria experiencia de atención y la expresión plena de los atributos macro del sistema, de acceso con equidad y eficiencia para los ciudadanos" (Ministerio de la Protección Social, 2009, pág. 90).

Evolución de la gestión de la calidad en Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) definido en la ley 100 de 1993, consideró la calidad como un atributo esencial de la atención integral en salud. Es fundamental dentro del SGSSS, la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y medir su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud para Colombia (SOGC), fue el resultado del trabajo articulado entre el Ministerio de Salud (actual Ministerio de Salud y de Protección Social) y el consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y

QUALIMED, en 1999, que definió los componentes del SOGC con el objetivo de fortalecer los pilares del sistema de seguridad social en salud colombiano. Los resultados de este trabajo fueron un insumo importante para la expedición del Decreto 2309 de 2002 y posteriormente el Decreto 1011 de 2006 (Kerguelén, 2008).

El Decreto 2309 de 2002 reglamentó por primera vez el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en materia de salud y definió a los prestadores del servicio de salud, la organización del SOGC, sus componentes, las responsabilidades de los actores del sistema de salud y brindó los lineamientos para la atención en salud y la calidad con que se presta este servicio.

Desde el 2006, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGCS) está reglamentado por el Decreto 1011 que define la calidad de la atención como: "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" (Ministerio de la Protección Social, 2006).

En el Decreto 780 de 2016 en los artículos 2.5.1.1.1 y subsiguientes, el Gobierno Nacional recoge lo mencionado en el Decreto 1011 de 2006 en donde establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos componentes según lo mencionado en el artículo 2.5.1.2.2 de dicho decreto, está constituido por el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema Único de Acreditación, los cuales se interrelacionan entre sí, en cuanto todos apuntan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.

Asimismo, en dicho Decreto se indica que, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con los siguientes atributos de Calidad:

1. *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.

2. *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.

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

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

5. *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 (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El Ministerio de Protección Social a través de la Resolución 1446 de 2006 estableció el Sistema de Información para la Calidad y adoptó los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es disponer de la información que permita: (i) Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. (ii) Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (iii) Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

En Colombia durante los últimos 20 años, el enfoque de la calidad en el Sistema de Salud ha venido evolucionando. En sus inicios partió de una visión de calidad sistémica centrados exclusivamente en los atributos presentes en los servicios, en la satisfacción de los usuarios, hasta llegar a todos los integrantes del SGSSS que intervengan en el logro de los resultados y generar modelos sostenibles de gestión de la calidad dirigidos a la excelencia de todo el sistema. Gracias a los diversos y valiosos aportes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) en el sector de la salud, especialmente del Sistema Único de Acreditación, se ha generado un aprendizaje importante en las instituciones prestadoras de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016f).

En 2013, Colombia realiza la inscripción para ser miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual es una organización intergubernamental cuya misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo, agrupa 34 países miembros comprometidos con gobiernos

democráticos y el mercado económico. En salud, contribuye a estandarizar el monitoreo de los indicadores de desempeño de Sistema de Salud en Colombia bajo criterios y esquemas de la OECD, con el fin de proporcionar datos, indicadores y análisis internacionalmente comparables que podrían utilizarse para mejorar los resultados de salud de la población, el acceso y calidad de la atención en salud y el rendimiento de los sistemas de salud.

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social aporta la hoja de ruta y proceso de adhesión a la OCDE y establece el sistema de monitoreo del progreso y cumplimiento de las políticas e intervenciones en salud adelantadas en el país, bajo los criterios de la OCDE, con el fin de garantizar políticas que mejoren el bienestar económico y social de las poblaciones y que favorezcan el intercambio de evidencia en análisis y comparaciones de datos para predecir tendencias, que sea comparable y sirva de consulta para los demás países miembros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016d).

La Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia), en su artículo 107, exige que se defina e implemente un plan nacional de mejoramiento de calidad y establece las condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema. Además, expidió la Resolución 256 de 2016 en cumplimiento con el artículo 108 de la Ley 1438 de 2011 que "estableció la necesidad de fortalecer el Sistema de Información para la Calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los agentes del SGSSS, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizarles su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios de salud y aseguradores". (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016g). Asimismo, en su artículo 3 indica la finalidad del monitoreo de la calidad en salud:

1. Fomentar un adecuado uso y aprovechamiento de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.

2. Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones y estrategias para el logro de los resultados en salud.

3. Contribuir con la medición del desempeño y resultados de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para facilitar la toma de decisiones y suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección.

4. Promover acciones de mejoramiento, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad, contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

5. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema.

El Ministerio de Salud y Protección Social publicó en diciembre de 2016 el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud (PNMCS) 2016-2021, este plan plantea las principales estrategias y acciones para que se promuevan modelos de gestión orientados a la excelencia y a la generación de valor social. Su objetivo principal es el fortalecimiento de la gestión y la articulación de los agentes para el mejoramiento continuo y el logro de los resultados en salud. Por tanto, se proyecta que el plan se utilice con un enfoque estratégico para el mejoramiento de la calidad y la recuperación de la confianza y legitimidad en el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016f).

Igualmente, el PNMCS 2016-2021 en sus objetivos específicos plantea promover ajustes normativos en materia de calidad que fomenten el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica, en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Política de Atención Integral y el Modelo Integral de Atención (MIAS) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016f).

El modelo conceptual del PNMCS parte de un enfoque sistémico centrado en las personas y se apoya en modelos de gestión alineados con la excelencia para dar valor a la sociedad y propone ocho dinámicas que impulsen y transformen la operación de cada agente del sistema de salud frente a sus procesos y objetivos misionales, e incita al buen desempeño y a la aplicación de las dinámicas en la gestión que facilitará a las entidades alcanzar los resultados en salud anhelados.

De igual forma, la evaluación y seguimiento de este plan se realizará centrado en dos aspectos fundamentales a saber: monitoreo y seguimiento a los indicadores definidos por la actualización del Sistema de Información para la Calidad y la participación efectiva de los actores involucrados en la ejecución del PNMCS.

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en diciembre de 2016 el primer documento técnico: Orientaciones Técnicas para la Gestión de los Resultados del Monitoreo de la Calidad, como parte del fortalecimiento del Sistema de Información para la Calidad (SIC).

Para desarrollar el nuevo enfoque del monitoreo para la calidad "en el cual los indicadores se orienten al logro de mejores resultados en salud, al fortalecimiento de la gestión del riesgo, a una atención más segura y a mejores experiencias en el proceso de atención",

requiere elementos de articulación entre los agentes del sistema de salud y promover escenarios de construcción colaborativa alrededor del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016f, pág. 11).

El Ministerio de Salud y Protección Social (2016f) brinda los lineamientos técnicos para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad denominado MOCA, que se deben desarrollar dentro de un enfoque integral de gestión de resultados, que plantea un ciclo de monitoreo de la calidad determinado a partir de una secuencia lógica de procedimientos que facultaran a las entidades, que se encuentran dentro del ámbito de aplicación de la Resolución 256 de 2016, avanzar de manera exitosa en alcanzar los mejores resultados dentro de la calidad de la atención en salud.

Observatorios en salud

Actualmente, los observatorios de salud han tenido una gran difusión a nivel mundial, especialmente en un contexto donde los recursos son escasos, la demanda de servicios cada vez es mayor y la calidad es un indicador más relevante para los usuarios de los servicios de salud; por tanto, este tipo de herramientas dan respuesta a la falta de información sobre el desempeño e impacto de los planes o programas de salud implementados, a la vez que integran una red de conocimiento de distintas fuentes y actores, para generar información útil, oportuna y de buena calidad que facilite la comunicación y la toma de decisiones informada.

Existen distintas definiciones de observatorios de salud, que obedecen al desarrollo multipolar que estos han tenido. Entre ellas encontramos las siguientes:

"El término 'observatorio' es usado para mirar en retrospectiva los fenómenos y eventos y ofrecer una descripción, análisis y predicción de patrones, interrelaciones, procesos y resultados" (Liverpool Public Health Observatory (LPHO), s.f.).

"Observatorios son investigadores proactivos que entregan potentes mensajes políticos para informar la puesta en marcha de políticas" (Hemmings & Wilkinson, 2003).

"Es un sistema para recoger, producir, diseminar información precisa, basada en evidencia, denominada inteligencia, sobre problemas y factores que afectan la vida de las personas" (Escuela de Salud Pública de Chile, 2017).

La Organización Panamericana de Salud define el observatorio como:

> Un centro nacional de base virtual, orientado hacia políticas, que tiene el propósito de realizar observación integral e informar en forma sistemática y continua sobre aspectos relevantes de la salud de la población y de los sistemas de salud para apoyar —de un modo eficaz y basado en evidencia— el desarrollo de políticas de salud y planes, la toma de decisiones y de acciones en salud pública y en sistemas de salud. El fin último es contribuir a la preservación y mejoramiento de la salud de la población, lo que incluye la reducción de desigualdades (Organización Panamericana de la Salud, 2009, pág. 3).

En el marco legislativo colombiano, en los artículos 8 y 9 de la Ley 1438 de 2011, se define y establecen las funciones del Observatorio Nacional de Salud como una dependencia del Instituto Nacional de Salud "responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento, y permitirá contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador y ente territorial. Los resultados y tendencias de impacto alcanzados serán divulgados semestralmente y base para la evaluación de impacto de gestión de resultados de todos los actores del Sistema" (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Por su parte, la dirección de epidemiología y demografía del Ministerio de Salud y Protección social define los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud (ROSS) como "instancias proactivas y efectivas en la planeación de la salud que se integran horizontal y verticalmente en todos los niveles estratégicos de la información: desde lo local hasta lo global e intersectorialmente" (Montaño, Rengifo, Rivillas, & Ospina, 2013).

Asimismo, el Observatorio Nacional de Salud en su marco de implementación explica que "el observatorio no es una entidad pasiva dedicada a 'observar' sino que propicia el trabajo proactivo para generar mensajes políticos que informen la toma de decisiones" (Instituto Nacional de Salud, 2013).

Dentro de la implementación de observatorios nacionales de salud, en Chile, se definió al observatorio como una herramienta orientada a las políticas, "el Observatorio está principalmente centrado en aportar una eficaz 'información para la decisión y acción en salud', y más específicamente en 'información y conocimiento para las políticas y toma de decisiones basadas en evidencia'" (Organización Panamericana de la Salud, 2009). De esta manera, se concibe dentro de los objetivos del Observatorio una serie de

acciones relacionadas con realizar observación y monitoreo, realizar vigilancia integral, proveer análisis descriptivo, estadístico y contextual y, proveer manejo y distribución de información y conocimiento; con ello el concepto de Observatorio sea entiende como una herramienta de gestión, operacional y de planificación en salud.

En 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social propuso el desarrollo y fortalecimiento de los Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud (ROSS), concebidos como instancias proactivas y efectivas para la planeación en salud pública, que cumplen un rol estratégico en la gestión del conocimiento en salud, informan y orientan las políticas e intervenciones en salud mediante datos e indicadores del sector salud, lideran el uso de métodos para medición y monitoreo de desigualdades en salud entre la población Colombiana y facilitan canales de acceso, consulta y difusión de la evidencia para todos los actores del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b).

En este contexto, el Grupo de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía del MSPS desarrolló, en 2013, la Guía Metodológica para los ROSS, que proporciona herramientas para su estructuración y funcionamiento en Colombia, con el fin de mejorar la disponibilidad, acceso y uso de la información sanitaria a nivel local, territorial y nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013b). A partir de la entrada en vigencia de la resolución 1281 de 2014, la mayoría de los observatorios se encuentran asociados a SISPRO mediante el Sistema de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud-ROSS.

En la Guía Metodológica se conceptúa el Observatorio como un "sistema inteligente que estructura, organiza y divulga la información y evidencia disponible sobre la calidad de la atención en salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016c). De igual forma, establece una serie de funciones dentro de las que cabe mencionar el monitoreo y evaluación constante a los diferentes actores del Sistema respecto al mejoramiento, oportunidad y acceso a los servicios de salud, la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y la reducción de desigualdades.

Método

7

Para la evaluación de la calidad en la atención en salud del departamento de Risaralda, se llevaron a cabo las siguientes etapas: 1. Identificación del conjunto de indicadores que permiten medir la calidad en la atención en salud. 2. Construcción del índice OCAS. 3. Aplicación de la encuesta de percepción de la calidad en la atención en salud. La implementación de estas etapas se describe a continuación:

Identificación de los indicadores de la calidad de la atención en salud

En esta etapa se realizó una revisión de la información disponible a nivel nacional e internacional sobre los indicadores que miden la calidad en la atención en salud en los tres dominios de calidad: efectividad de la atención en salud, seguridad en la atención del paciente y experiencia de atención del paciente.

Selección de indicadores para cada dominio de la calidad

Para la identificación de los indicadores que miden la calidad en la atención en salud, se realizó la revisión de ocho fuentes de información (INCAS 2009, INCAS 2015, Resolución 256 de 2016, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Rutas Integrales de Atención en Salud, Instituto Nacional de Salud, informes de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)), las cuales proponen la medición de algunos indicadores de calidad en salud. Durante este proceso se identificaron 630 indicadores distribuidos en:

Tabla 1. Indicadores de calidad por fuente de información

Fuente de indicadores	Efectividad	Seguridad	Experiencia de la atención	Total
INCAS 2009	110	76	63	249
INCAS 2015	23	3	19	45
Resolución 256 de 2016	51	35	24	110
Plan Decenal De Salud Pública	35	1	2	38
Rutas de Atención Integral	80	1	21	102
Instituto Nacional de Salud	20	0	0	20
Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ	16	27	0	43
Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE	14	6	3	23
TOTAL	349	149	132	630

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Debido a que varios indicadores pertenecen a la vez a distintas fuentes de información, se realizó un proceso de depuración que permitió identificar 311 indicadores, que se presentan en la Tabla 2 por los tres dominios de calidad.

Tabla 2. Indicadores identificados para medir la calidad en la atención en salud

Dominios	Conjunto general de indicadores	Sin datos	Con datos	Indicadores seleccionados
Efectividad	156	80	76	46
Seguridad	92	67	25	17
Experiencia	63	35	28	14
Total	311	182	129	77

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Para la selección de los indicadores se realizó previamente la priorización de las temáticas para la medición de la calidad, para cada dimensión, de acuerdo al perfil de salud, a la información disponible en el departamento de Risaralda, la Resolución 4505 de 2012, la Resolución 256 de 2016 y a los informes de la calidad de la atención en salud de la OCDE:

Dimensión de efectividad de la atención en salud:

- Salud materno-infantil.
- Enfermedades crónicas transmisibles.
- Enfermedades no transmisibles.
- Enfermedades transmitidas por vectores.
- Efectividad global de la atención.
- Admisiones evitables en hospitales.

Dimensión de seguridad en la atención del paciente:

- Infección asociada a atención en salud.
- Procesos y procedimientos clínicos.

- Reingresos institucionales.
- Cirugías programadas.
- Administración de medicamentos.

Dimensión experiencia de la atención centrada en el paciente o usuario

- Oportunidad en el tiempo de respuesta.
- Evaluación global de la experiencia de la atención.

Para la selección de las mediciones de los indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda, se tuvo en cuenta la factibilidad técnica, que depende de:

- Disponibilidad y oportunidad para la consecución de la información (en bases de datos).
- Confiabilidad y validez de la información.
- Relevancia, objetividad y sensibilidad de los indicadores.
- Pertinencia y coherencia con lo que se va a medir.
- Facilidad en la realimentación automática y periódica de la información para el proceso de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda.
- Necesidad de medición para el cumplimiento de metas de los programas que lidera la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda.

En total se seleccionaron setenta y siete (77) indicadores para los tres dominios de calidad orientados a medir algún aspecto de la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de los servicios de salud.

En el dominio de efectividad, se priorizaron (46), de los cuales (19) corresponden a atención materno infantil, (4) enfermedad crónica transmisible, (15) enfermedades no transmisibles, (3) enfermedades transmitidas por vectores, (1) efectividad global en la atención, (4) admisiones evitables en hospitales.

Para los indicadores relacionados con la seguridad del paciente, se priorizaron (17), de los cuales (9) corresponden a infección asociada a la atención en salud, (3) procesos y procedimientos clínicos, (2) reingresos institucionales, (1) cirugías programadas, y (2) administración de medicamentos.

En cuanto a la experiencia de la atención del paciente fueron priorizados (14) indicadores, donde (12) corresponden a la oportunidad en el tiempo de respuesta y (2) a la evaluación global de la experiencia de la atención.

Tabla 3. Indicadores de efectividad de la atención en salud (EF)

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador seleccionado
1. Materno infantil	1. Atención en el embarazo	EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal
		EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales
		EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis
		EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita
		EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término
		EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH
		EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes
		EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes
	2. Atención del parto	EF1.2.1 Proporción de recién nacidos vivos con parto institucional
		EF1.2.2 Proporción de recién nacidos vivos atendidos por cesárea
	3. Atención del recién nacido	EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita
		EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo
	4. Atención en la lactancia	EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador seleccionado
	5. Atención de niños menores de 10 años	EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo
		EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)
		EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)
	6.Indicadores globales materno infantil	EF1.6.1 Razón de morbilidad materna extrema
		EF1.6.2 Razón de mortalidad materna
		EF1.6.3 Tasa de mortalidad perinatal
2.Enfermedad crónica transmisible	1. Tuberculosis	EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas
		EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB
		EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH
		EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento
3. Enfermedades no transmisibles	1. HTA	EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)
		EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado (en el último año)
	2. Diabetes	EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año
		EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL
		EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria
		EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas
	3. Enfermedad isquémica coronaria	EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador seleccionado
	4. EPOC	EF3.4.1 Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría
	5. ACV	EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral
	6.Cáncer de cuello uterino	EF3.6.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina
		EF3.6.2 Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad
		EF3.6.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino
	7.Cáncer de mama	EF3.7.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía
		EF3.7.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama
	8. Cáncer de próstata	EF3.8.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año
4. Enfermedades transmitidas por vectores	1. Dengue	EF5.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave
		EF5.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave
	2. Malaria	EF5.2.1 Proporción de malaria complicada
5. Efectividad global de la atención	1. Mortalidad intrahospitalaria	EF6.1.1 Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
6. Admisiones evitables en hospitales	1. Asma	EF7.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma
	2.Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	EF7.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por EPOC
	3. Insuficiencia cardiaca congestiva	EF7.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva
	4. Diabetes	EF7.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 4. Indicadores de seguridad en la atención del paciente (SE)

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador seleccionado
1. Infección asociada a la atención en salud	1. Infección de línea central	SE1.1.1 Tasa de incidencia de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI adulto
		SE1.1.2 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) – UCI neonatal
		SE1.1.3 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) – UCI pediátrica
	2. Infección por neumonía	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI adulto
		SE1.2.2 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI neonatal
		SE1.2.3 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI pediátrica
	3. Infección de vías urinarias	SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) – UCI adulto
		SE1.3.2 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) – UCI pediátrica
	4. Úlceras por presión	SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria
2. Procesos o procedimientos clínicos	1. Obstétricas	SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado
		SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal
	2. Quirúrgicas	SE2.2.1 Proporción de apéndices perforados
3. Reingresos institucionales	1. Reingresos al servicio de hospitalización o de urgencias	SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
		SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días
4. Cirugías programadas	1. Cancelación de cirugía	SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía
5. Administración de medicamentos	1. Medicamentos	SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
		SE5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 5. Indicadores de experiencia de atención del usuario (AT)

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador seleccionado
1. Oportunidad en el tiempo de respuesta	1. Tiempos de espera para consulta	AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
		AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
		AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría
		AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología
		AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
		AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general
	2. Tiempos de espera para cirugía programada	AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general
		AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas
		AT1.2.3Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica
	3. Tiempos de espera para imágenes diagnósticas	AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía
		AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear
	4. Tiempos de espera para urgencias	AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias
2. Evaluación global de la experiencia de la atención	1. Satisfacción IPS	AT2.1.1 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS
		AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Las Fuentes de información para calcular el numerador y denominador se encuentran en:

a. Bases de datos de la Resolución 4505 de 2012 (información publicada por el Ministerio de Salud y protección Social) disponible en: http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/.

b. RUAF (Registro único de afiliados). Información de nacimientos y defunciones, bases SISPRO.

c. SIVIGILA. Sistema de vigilancia en salud pública, suministrada por el departamento de Risaralda.

d. Registro individual de prestación de servicios (RIPS). Los datos para el cálculo de los indicadores fueron exportados directamente del SISAP (Sistema de Información de Salud Pública) y aplica únicamente para prestadores de servicios de salud públicos.

e. Información de PISIS – SISPRO. Para los indicadores relacionados con la resolución 256 de 2016 (información publicada por el Ministerio de Salud y protección Social) disponible en: http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx.

f. Proyecciones de población del DANE.

g. Programa de Tuberculosis, los datos para el cálculo de los indicadores fueron exportados directamente del SISAP (Sistema de Información de Salud Pública) y aplica únicamente para prestadores de servicios de salud públicos.

Tabla 6. Indicadores seleccionados de acuerdo a la fuente de información

Dominio	Resolución 4505 de 2012	Resolución 256 de 2016	RIPS	SIGIVILA	Libro del programa de TB	RUAF
Efectividad	8		20	13	3	7
Seguridad		8	4			
Experiencia		14				

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Definición de metas, línea base o estándares de los indicadores para cada dominio de la calidad

Para la definición de metas, línea base o estándares de cada uno de los indicadores seleccionados para la evaluación de la calidad de la atención en salud, se tomaron como base algunas de las orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad planteadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento Gestión del Mejoramiento Continuo de la Calidad, según las cuales la línea como punto de partida para un proyecto o intervención orienta la toma de decisiones y reduce la selección adversa de políticas públicas. Asimismo, ahí se define una meta como "la expresión de un objetivo en términos cuantitativos y cualitativos" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b, pág. 15).

Para el establecimiento de los valores de referencia nacional e internacional de los indicadores priorizados para los tres (3) dominios de calidad, se realizó la revisión de las siguientes fuentes de información:

Tabla 7. Fuentes de información

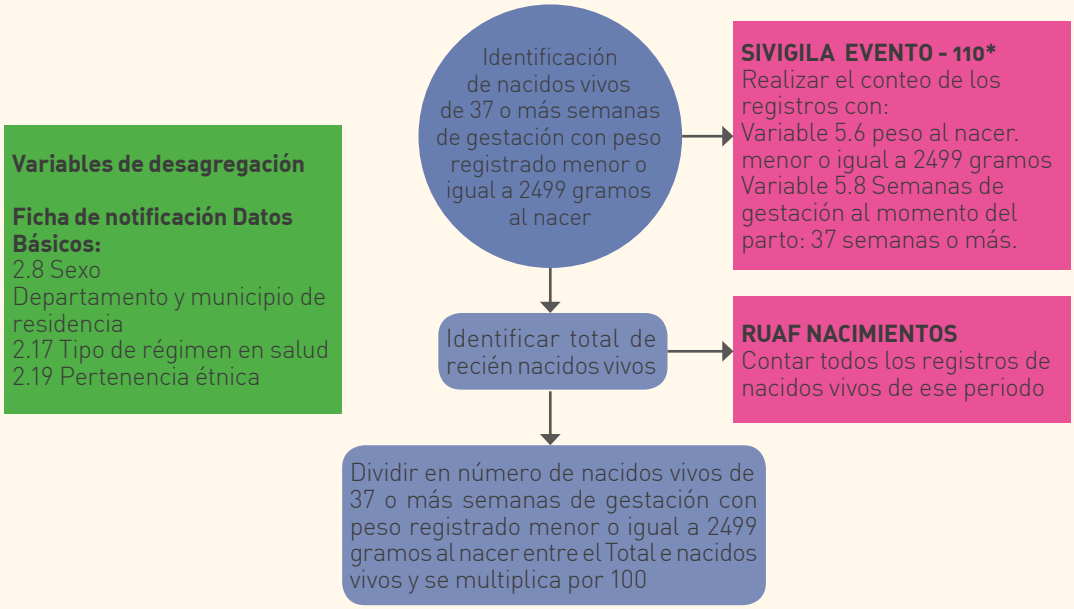
Fuentes de información a nivel nacional			Otras fuentes
Resolución 256 de 2016	Guías de Práctica Clínica (MSPS)	INCAS 2009	OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (
Circular 056 de 2009	Estrategia de Cero a Siempre	Ruta Integral de Atención en salud (RIAS)	AHQR (Agency for Healthcare Research and Quality)
PDSP 2012 – 2021 (Plan Decenal de Salud Pública)	Protocolos de vigilancia en salud pública – INS	ENDS 2015 (Encuesta Nacional de Demografía y Salud)	Artículos / estudios de investigación a nivel internacional
ASIS 2016	Plan Decenal para el Control del cáncer	Plan de Monitoreo y Evaluación: Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis	

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Elaboración y consolidación de los algoritmos para el cálculo de los indicadores

Teniendo en cuenta los setenta y siete (77) indicadores seleccionados se realizó la construcción y consolidación de los respectivos algoritmos, cuyo objetivo es describir y formular el cálculo ordenado de cada indicador en su numerador y denominador con las respectivas variables según la fuente de información (bases de datos de RIPS, SIVIGILA, Libro del programa de tuberculosis y RUAF ND/bases SISPRO), se expresa también la forma de medición y las desagregaciones de cada indicador en las Ilustraciones 1 y 2.

Ilustración 1. EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer

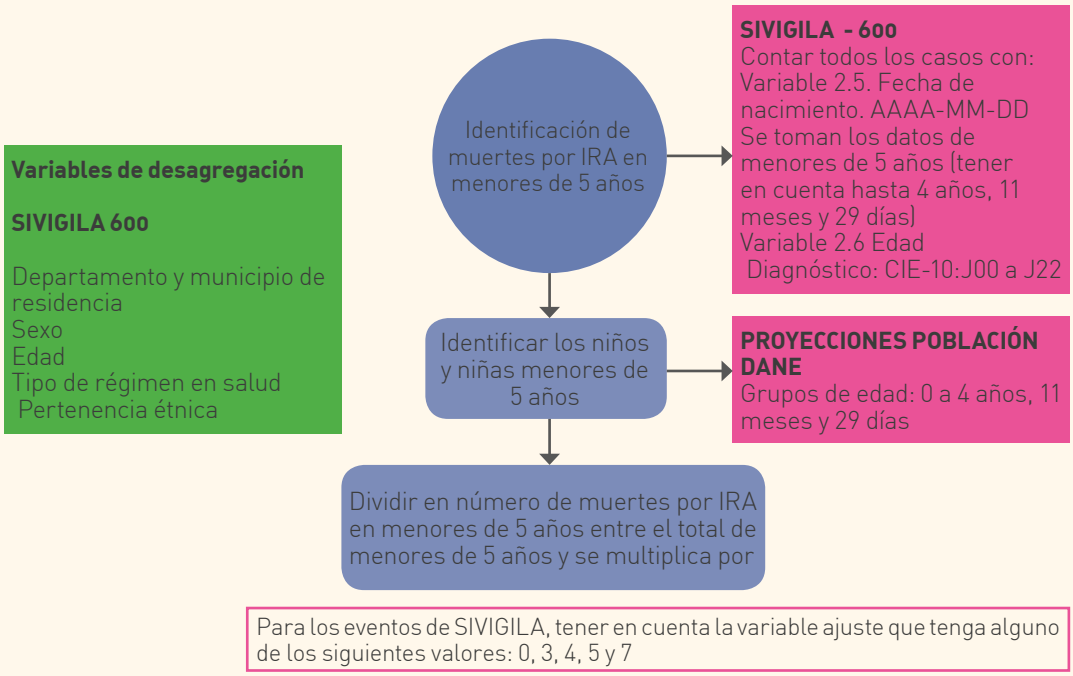


*Tener en cuenta el ajuste del Código del Evento según Protocolo de Vigilancia en Salud Pública bajo peso al nacer a término - Instituto Nacional de Salud 29/12/2017 y el ajuste a la Ficha de notificación: bajo peso al nacer a término código INS: 110

Para los eventos de SIVIGILA, tener en cuenta la variable ajuste que tenga alguno de los siguientes valores: 0, 3, 4, 5 y 7

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Ilustración 2. EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)



Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Cabe mencionar que para la consolidación de los algoritmos de los ocho indicadores de la Resolución 4505 de 2012 (PEDT) y los 22 indicadores de la Resolución 256 de 2016 (PISIS – SISPRO) se tomó como base los algoritmos de estos indicadores suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Elaboración de fichas de indicadores priorizados

Las fichas de los indicadores son una herramienta que resume la descripción de los datos generales que caracterizan a cada uno de los setenta y siete (77) indicadores seleccionados para la evaluación de la calidad de la atención en salud del departamento de Risaralda.

Dentro del contenido de las fichas de los indicadores se encuentra la siguiente información: definición general del indicador, definición asociada a la calidad de la atención, dominio (subdominio 1 y subdominio 2), nivel de desagregación, fórmula del indicador (numerador y denominador), periodicidad, unidad de medida, fuentes de información (numerador

y denominador), interpretación de los resultados, valores de referencia nacional e internacional y fuente metodológica del indicador.

Teniendo en cuenta que para los veintiún (21) indicadores cuya fuente de información está relacionada con RIPS, se realizó la siguiente aclaración en la ficha de cada indicador: "Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del dato. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud". Lo anterior con el fin advertir las limitaciones para el cálculo de dichos indicadores. A continuación, se presentan algunos ejemplos de fichas de indicadores priorizados:

Ilustración 3. EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Validación de las fuentes de información para el cálculo de los indicadores

La validación consiste en un proceso de revisión detallada de los datos (microdatos) y variables inmersas en las diferentes bases de datos de las fuentes de información para cada uno de los indicadores seleccionados, cuya finalidad es verificar y comprobar las variables de los algoritmos previamente construidos, corroborar resultados para la identificación de posibles errores y así ajustar variables o fuentes de información. Esta validación busca garantizar calidad del dato y validez en las salidas de información de cada uno de los indicadores que miden la calidad en la atención en salud del departamento de Risaralda.

A lo largo del proceso y posterior a la realización de cada uno de los ejercicios de validación, se realizó:

Exclusión de dieciocho (18) indicadores previamente seleccionados.

Tabla 8. Indicadores excluidos de acuerdo a los resultados de validación

Exclusión de indicadores	Observaciones
EF1.1.2 Promedio de controles prenatales por mujeres gestantes	No se encuentra información desagregada para el numerador y denominador de acuerdo a las variables definidas en la construcción del algoritmo respectivo.
EF1.1.4 Porcentaje de cobertura de tratamiento de sífilis gestacional	El indicador en mención fue sustituido por el indicador EF1.1.4 Razón de prevalencia de sífilis gestacional, dado su mayor impacto en el dominio de efectividad de la atención.
EF2.1.1 Porcentaje de fracasos en casos de TB MDR	Los resultados del indicador en el proceso de validación para los tres años de monitoreo no fueron consistentes en comparación con el valor de referencia nacional.
EF2.1.2 Porcentaje de fracasos en casos de TB RR	Los resultados del indicador en el proceso de validación para los tres años de monitoreo no fueron consistentes en comparación con el valor de referencia nacional.
EF3.1.3 Proporción de personas con hipertensión arterial (CIE 10: I10x) a las que se les realizó medición de albuminuria o creatinuria en un periodo determinado (en el último año)	Según fuente de información de RIPS, para los tres años objeto de monitoreo se obtuvieron resultados entre 0,002 %, 0,007 y 0,09% respectivamente.
EF3.1.4 Captación de hipertensión arterial de personas de 18 a 69 años	De acuerdo a la Resolución 256 de 2016, no requiere reporte por parte de la EAPB. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en SISPRO y de la información suministrada por el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.

Exclusión de indicadores	Observaciones
EF3.2.3 Captación de diabetes mellitus tipo II (CIE 10: E11) de personas de 18 a 69 años	De acuerdo a lo referido en la Resolución 256 de 2016: No requiere reporte por parte de la EAPB. El cálculo de este indicador lo realizará el Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de fuentes integradas en SISPRO y de la información suministrada por el Organismo Técnico de Administración de la Cuenta de Alto Costo.
EF3.3.1 Promedio de días de estancia hospitalaria por infarto agudo de miocardio	Aunque en el proceso de validación el promedio de días de estancia hospitalaria fue de 6,39 días, se considera que el presente indicador no está relacionado con el dominio de efectividad de la atención en salud, razón por la cual fue sustituido por el indicador de mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM.
EF3.3.2 Tasa de mortalidad intrahospitalaria posangioplastia coronaria	Para dos, de los tres, años de monitoreo (2015 y 2016) el resultado del numerador se mantuvo en cero (0).
EF5.1.2 Letalidad por dengue grave	En el proceso de validación de las fuentes de información, se obtuvo como resultado para los dos años evaluados cero (0) casos fatales confirmados por dengue grave
SE1.5.1 Proporción de endometritis puerperal asociada a parto vaginal	Indicador que corresponde al dominio de seguridad, en el proceso de validación no se obtuvo información ni para el numerador ni para el denominador. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud este indicador empieza a medirse como pilotaje en el año 2018.
SE1.5.2 Proporción de endometritis puerperal asociada a parto por cesárea	Indicador que corresponde al dominio de seguridad, en el proceso de validación no se obtuvo información ni para el numerador ni para el denominador. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud este indicador empieza a medirse como pilotaje en el año 2018.
SE1.3.1 Tasa de incidencia infecciones asociadas a procedimientos médicoquirúrgicos	Según la fuente de información de SIVIGILA, para los dos años evaluados en el numerador se obtuvo como resultado cero (0) y uno (1) respectivamente.
SE2.1.1 Tasa de trauma del recién nacido	Según la fuente de información para el numerador relacionada con RIPS, para los dos años evaluados se obtuvo como resultado cero (0).
SE2.1.2 Tasa de trauma obstétrico en parto por cesárea	Según la fuente de información para el numerador relacionada con RIPS, para los dos años evaluados se obtuvo como resultado cero (0). Indicador reemplazado por: tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado
SE2.1.2 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado	Según la fuente de información de RIPS, los resultados para los dos años evaluados se reportan en cero (0), razón por la cual se omite el indicador.
SE2.1.2 Proporción de casos de shock hipovolémico posparto	Según la fuente de información de RIPS, los resultados para los dos años evaluados 2015 y 2016 se reportan en 0,02% y cero (0) por ciento respectivamente, razón por la cual se omite el indicador.

Exclusión de indicadores	Observaciones
EF2.1.2 Oportunidad en el inicio de tratamiento de TB pulmonar confirmada bacteriológicamente	Teniendo en cuenta el ajuste realizado por parte del Instituto Nacional de Salu, referente a los Protocolos de Vigilancia en Salud Pública y las respectivas fichas de notificación, no se cuenta con información en la base de datos (código INS: 813) para el numerador: fecha de inicio de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar. Por tal razón se omite el indicador.

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

2. Inclusión de quince (15) indicadores para los siguientes dominios:

Tabla 9. Indicadores incluidos de acuerdo al proceso de validación

Dominio	Inclusión de indicadores
Efectividad de la atención en salud	EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita
	EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes
	EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes
	EF1.6.4 Tasa de mortalidad perinatal
	EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas
	EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB
	EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH
	EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar
	EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL
	EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM
	EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral
	EF5.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave
	EF5.2.1 Tasa de malaria complicada
Seguridad de la atención de los pacientes	SE3.1.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.
	SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Propuesta e inclusión de cuatro (4) indicadores que miden la capacidad resolutiva de los prestadores de servicios de salud en cuanto a la racionalidad técnica-científica y el desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales, denominándose así el subdominio 1.

Tabla 10. Inclusión de indicadores que se miden en la OCDE

Dominio	Inclusión de indicadores
Efectividad de la atención en salud	EF7.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma
	EF7.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por EPOC
	EF7.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por Insuficiencia cardiaca congestiva
	EF7.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Asimismo, para el dominio de seguridad del paciente y dada su importancia como componente fundamental de la atención en salud desde la gestión del riesgo y la gestión de los eventos adve

rsos, se incluyeron seis (6) nuevos indicadores con su respectivo subdominio (Tabla 11).

Tabla 11. Indicadores incluidos en el dominio de seguridad del paciente

Subdominio 1	Subdominio 2	Inclusión de indicadores
Infección asociada a la atención en salud	Úlceras por presión	SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria
Procesos / procedimientos clínicos	Obstétricas	SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal
	Quirúrgicas	SE2.2.1 Proporción de apéndices perforadas
Cirugías programadas	Cancelación de cirugía	SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía
Administración de medicamentos	Medicamentos	SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización
		SE5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Metodología para la construcción del índice OCAS

El índice OCAS está compuesto por 77 indicadores, el cual resume en un solo número la medición de estos indicadores,que fueron seleccionados para evaluar la calidad en la atención en salud del departamento de Risaralda.

Este índice permite comparar los diferentes dominios de calidad y sus respectivos subdominios. Igualmente, provee una visión global de la calidad en la atención en salud, y puede ser interpretado más fácilmente que los resultados de muchos indicadores por separado. En general, un índice compuesto es mejor entendido y más atractivo para el público en general, al proporcionar cifras que permiten comparar cada dominio de calidad. Por tanto, el índice OCAS es una herramienta importante para ayudar a la toma de decisiones en políticas públicas relacionadas con la calidad en la atención de los servicios de salud.

Una vez realizado el proceso de identificación de indicadores para la evaluación de la calidad de la atención en salud, descrito anteriormente en la sección 7.1, se procedió a la construcción del índice OCAS, como se describe a continuación.

1. Seleccionar y priorizar los indicadores (como se explicó en el apartado anterior).
2. Valorar la disponibilidad y calidad de los datos para la medición de los subindicadores seleccionados.
3. Valorar la relación existente entre los indicadores, este proceso se ve reflejado en la selección de los indicadores por dominio, subdominio 1 y subdominio 2.
4. Normalizar los indicadores seleccionados
5. Ponderar los indicadores

El paso 4, normalizar los indicadores, fue fundamental en el proceso de construcción del índice OCAS, debido a que al agregar varios indicadores en uno solo puede que no tengan la misma unidad de medida; por ejemplo, algunos están expresados en tasas, porcentajes y razones (Saturno, 2004). Igualmente, los indicadores tienen diferentes rangos de valores máximos y mínimos, que dependen de la meta y de los respectivos valores de referencia. Por tanto, es necesario reconvertir las escalas de medida por medio de la normalización para que puedan ser comparables (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009).

Paranormalizar los 77 indicadores seleccionados, para la evaluación de la calidad en la atención en salud, se utilizó la técnica de escalamiento o transformación lineal (o LST por sus iniciales en inglés, Linear Scaling Technique), esta técnica fue definida por Drewnowski y Scott (1966) y es una de las más utilizadas en la construcción de numerosos índices sintéticos sociales y económicos (Actis di Pasquale & Balsa, 2017). Esta técnica se diferencia de las anteriores dado que utiliza los valores máximos (Xmáx) y mínimos (Xmín) de los indicadores y el rango en lugar de la media y/o desviación estándar. Estos valores pueden ser empíricos, históricos o bien ideales, dependiendo del objetivo de la medición.

El índicador normalizado se calcula como el cociente de la diferencia entre el valor del indicador Xi y el valor mínimo $Xmín$ dividido por el rango absoluto $(Xmáx - Xmín)$.

$$Ii=\frac{(Xi-Xmín)}{(Xi-Xmín)}$$

En el caso de que exista una relación inversa entre el indicador y el constructo teórico, el cálculo será el siguiente, que incluye un cambio direccional:

$$Ii=\frac{(Xmáx-Xi)}{(Xmáx-Xmín)}$$

En los dos casos, el resultado queda comprendido entre cero y uno, siendo cero la peor situación y uno la mejor. De esta forma, la estandarización se realiza con base en la distancia al valor mínimo —o máximo— en relación al recorrido total, sin importar la dispersión de los datos. Esta se puede considerar como una estandarización en términos de la distancia respecto al valor objetivo de cada indicador. Este indicador tiene la ventaja de ser robusto, permite el análisis de series temporales a través de la fijación de máximos y mínimos históricos o ideales y cumple con la propiedad de invariancia (una propiedad que considera que el indicador estandarizado debe ser invariante respecto a un cambio de origen o de escala en las unidades en que vengan expresados los valores de los componentes) (Actis di Pasquale & Balsa, 2017).

Al definirse valores adecuados de máximo y mínimo, "la LST surge como el único método que satisface la mayor parte de las características deseadas: invariancia, robustez y análisis de series temporales sin mayores complicaciones" (Actis di Pasquale & Balsa, 2017, pág. 177).

Para la mayoría de los indicadores, el nivel de cumplimiento se traduce en un número de puntos que van desde 0 a un máximo preestablecido según el valor de referencia, que para este caso es 1; sin embargo, en aquellos indicadores cuyo resultado sobrepasa el valor de referencia y si está muy por debajo del valor mínimo (0) se le otorga el valor máximo (1) (Saturno, 2004). Los valores de los indicadores fueron normalizados en una escala entre 0 y 1, donde 0 es el peor valor y 1 es el mejor valor.

La Tabla 12 presenta el resultado de la normalización para la meta y los rangos de cada indicador.

Tabla 12. Normalización de la meta y de los rangos de los indicadores con relación directa con el constructo teórico

No	INDICADOR	Valor máximo	Valor mínimo	lím. inf.	Lím. sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
1	EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	80	0	34,1	79,9	1	0,426	0,999
2	EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales	95	0	86,5	94,9	1	0,911	0,999
3	EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	100	0	58,8	99,9	1	0,588	0,999
4	EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	100	0	35,3	99,9	1	0,353	0,999
5	EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes	10	0	6,8	9,9	1	0,680	0,990
6	EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes	7	0	6,1	6,9	1	0,871	0,986
7	EF1.2.1 Proporción de recién nacidos vivos con parto institucional	95	0	86,5	94,9	1	0,911	0,999
8	EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	100	0	80	99,9	1	0,800	0,999
9	EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	100	0	44,9	99,9	1	0,449	0,999
10	EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	100	0	51,7	99,9	1	0,517	0,999
11	EF1.6.2 Relación morbilidad materna extrema / mortalidad materna	24	0	15	23	1	0,625	0,958
12	EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados)	90	0	58,6	89,9	1	0,651	0,999
13	EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial (CIE 10: I10x) a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)	60	0	32,9	59,9	1	0,548	0,998

No	INDICADOR	Valor máximo	Valor mínimo	lím. inf.	Lím. sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
14	EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial (CIE 10: I10x) a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado (en el último año)	70	0	32,9	69,9	1	0,470	0,999
15	EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II (CIE 10: E11) a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año	90	0	32,3	89,9	1	0,359	0,999
16	EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus (CIE10: E109, E119, E149) a quienes se les realizó medición de LDL	60	0	37,6	59,9	1	0,627	0,998
17	EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II (CIE 10: E11) en quienes se realizó una medición anual de micro-albuminuria	90	0	37,6	89,9	1	0,418	0,999
18	EF3.4.2 Porcentaje de pacientes con EPOC (Código CIE-10 J44) con confirmación por espirometría	90	0	51,7	89,9	1	0,574	0,999
19	EF4.1.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvicou-terina	80	0	37,9	79,9	1	0,474	0,999
20	EF4.1.2 Proporción de mujeres con citología cérvicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia	90	0	51,7	89,9	1	0,574	0,999
21	EF4.2.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía	70	0	48,2	69,9	1	0,689	0,999
22	EF4.3.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año	44,6	0	22,3	44,5	1	0,500	0,998
23	EF5.1.2 Proporción de hospitali-zaciones por dengue grave	100	0	50	99,9	1	0,500	0,999
24	AT2.1.1 Proporción de satisfac-ción global de usuarios de IPS	80	0	60	79,9	1	0,750	0,999
25	AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	88	0	60	87,9	1	0,682	0,999

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 13. Normalización de la meta y de los rangos de los indicadores con relación inversa con el constructo teórico

No	INDICADOR	Valor mínimo	Valor máximo	lím. Inf.	lím sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
1	EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita	10,6	32,6	10,7	32,6	1	0,995	0,000
2	EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término	3,1	4,1	3,2	4,1	1	0,900	0,000
3	EF1.2.2 Proporción de recién nacidos vivos atendidos por cesárea	15	29,8	16	29,8	1	0,932	0,000
4	EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita	0,94	2,04	0,95	2,04	1	0,991	0,000
5	EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	8,9	12,5	9	12,5	1	0,972	0,000
6	EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	3,5	7	3,6	7	1	0,971	0,000
7	EF1.6.2 Razón de mortalidad materna	45	73,5	46	73,5	1	0,965	0,000
8	EF1.6.3 Tasa de mortalidad perinatal	13	17	14	17	1	0,750	0,000
9	EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas	12,3	45,1	12,4	45,1	1	0,997	0,000
10	EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB	0,51	5,8	0,52	5,8	1	0,998	0,000
11	EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH	11	21,2	11,1	21,2	1	0,990	0,000
12	EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas	67	101	68	101	1	0,971	0,000
13	EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM	6,4	12,7	6,5	12,7	1	0,984	0,000
14	EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral	11,6	17,3	11,7	17,3	1	0,982	0,000
15	EF4.1.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino	30	45	31	45	1	0,933	0,000

No	INDICADOR	Valor mínimo	Valor máximo	lím. Inf.	lím sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
16	EF4.2.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama	30	45	31	45	1	0,933	0,000
17	EF5.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave	6,9	13,5	7	13,5	1	0,985	0,000
18	EF5.2.1 Proporción de malaria complicada	1,6	3	1,7	3	1	0,929	0,000
19	EF6.1.1 Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	13,1	17,4	13,2	17,4	1	0,977	0,000
20	EF7.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma	47	92	48	92	1	0,978	0,000
21	EF7.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por EPOC	190	354	191	354	1	0,994	0,000
22	EF7.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva	228	450	229	450	1	0,995	0,000
23	EF7.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes	137	270	138	270	1	0,992	0,000
24	SE1.1.1 Tasa de incidencia de Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en adultos	3	3,5	3,1	3,5	1	0,800	0,000
25	SE1.1.2 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en pediatría	3	3,4	3,1	3,4	1	0,750	0,000
26	SE1.1.3 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en neonatos	3	3,7	3,1	3,7	1	0,857	0,000
27	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en adultos	4,1	6,4	4,2	6,4	1	0,957	0,000
28	SE1.2.2 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en pediatría	4,1	6,4	4,2	6,4	1	0,957	0,000
29	SE1.2.3 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en neonatos	4,1	6,4	4,2	6,4	1	0,957	0,000

No	INDICADOR	Valor mínimo	Valor máximo	lím. Inf.	lím sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
30	SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) en adultos	3,4	4	3,5	4	1	0,833	0,000
31	SE1.3.2Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) en pediatría	3,4	4	3,5	4	1	0,833	0,000
32	SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	1,06	2	1,07	2	1	0,989	0,000
33	SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado	1,5	2,9	1,6	2,9	1	0,929	0,000
34	SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal	5	9,8	6	9,8	1	0,792	0,000
35	SE2.2.1 Proporción de apéndices perforada	6,1	12	6,2	12	1	0,983	0,000
36	SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	6	11,8	6,1	11,8	1	0,983	0,000
37	SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	1,3	2,2	1,31	2,2	1	0,989	0,000
38	SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía	6,1	10	6,2	10	1	0,974	0,000
39	SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	13,4	15	13,5	15	1	0,938	0,000
40	SE 5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	0,1	0,15	0,11	0,15	1	0,800	0,000
41	AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	3	3,6	3,1	3,6	1	0,833	0,000
42	AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	20	30	21	30	1	0,900	0,000
43	AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	5	9,8	5,1	9,8	1	0,979	0,000

No	INDICADOR	Valor mínimo	Valor máximo	lím. Inf.	lím sup.	Rango 1	Rango 2	Rango 3
44	AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	15	20	16	20	1	0,800	0,000
45	AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	5	9,4	5,1	9,4	1	0,977	0,000
46	AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	3	4,7	3,1	4,7	1	0,941	0,000
47	AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	20	30	21	30	1	0,900	0,000
48	AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	28	35	29	35	1	0,857	0,000
49	AT1.2.3Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica	16	20	17	20	1	0,750	0,000
50	AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	3	5,9	4	5,9	1	0,655	0,000
51	AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	15	20	16	20	1	0,800	0,000
52	AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias	30	59	31	59	1	0,966	0,000

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

El último paso es la ponderación de los subindicadores por los subdominios 1 y 2 y del dominio, para esto se utilizó el "establecimiento de pesos equiproporcionales", que consiste en asignar pesos a las variables de manera equipropocional, este "criterio facilita el cálculo y funciona bien cuando todas las dimensiones del tema bajo análisis son igualmente prioritarias y están equilibradas, es decir, que son representadas con una cantidad similar de sub-indicadores". (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, pág. 62). Por lo anterior, se le asignó un valor de 1 a cada dominio y subdominio 1 y 2, valor que se divide por el número de subindicadores de cada categoría. A continuación, se presentan los resultados del proceso de construcción del índice OCAS en sus diferentes dominios.

- Efectividad - Subdimensión 1. Maternoinfantil

Tabla 14. Ponderación del subdominio 2. Atención del embarazo

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Atención en el embarazo 1,00	EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	Verde: ≥ 80% Amarillo: 34,1% - 79,9% Rojo: ← 34,1%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,426-0,999 Rojo: ←0,425	0,13
	EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales	Verde: ≥ 95% Amarillo: 86,5% - 94,9% Rojo: ← 86,5%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,911-0,999 Rojo: ← 0,911	0,13
	EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	Verde: = 100% Amarillo: 58,8% - 99,9% Rojo: ← 58,8%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,588 - 0,999 Rojo: ← 0,5888	0,13
	EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita	Verde: ← 10,6% Alerta: 10,7% - 32,6 % Rojo: → 32,6%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,995-0,000 Rojo: ← 0,000	0,13
	EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término	Verde: ≤ 10% Amarillo: 11% - 14% Rojo: → 15%	Verde:≥ 1,000 Amarillo: 0,750 -0,000 Rojo: ← 0,000	0,13
	EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	Verde: = 100% Amarillo: 35,3% - 99,9% Rojo: ← 3,5,3%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,353-0,999 Rojo: ← 0,353	0,13
	EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes	Verde: → 10 citas Alerta: 6,8 - 9,9 Rojo: ← 6,8	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,680-0,990 Rojo: ← 0,680	0,13
	EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes	Verde: → 7 citas Alerta: 6,1 - 6,9 citas Rojo: ← 6,1 citas	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,871-0,986 Rojo: ← 0,871	0,13

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 15. Ponderación del subdominio 2. Atención del parto

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Atención del parto 1,00	EF1.2.1 Proporción de recién nacidos vivos con parto institucional	Verde: ≥ 95% Amarillo: 86,5% - 94,9% Rojo: ← 86,5%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,911-1,000 Rojo: ← 0,911	0,50
	EF1.2.2 Proporción de recién nacidos vivos atendidos por cesárea	Verde: ≤ 15% Amarillo: 16% - 46,3% Rojo: → 46,3%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,932-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 16. Ponderación del subdominio 2. Atención del recién nacido

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
3. Atención del recién nacido 1,00	EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita	Verde: ← 0,94 casos Alerta: 0,95 - 1,88 Rojo → 2,04	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,980-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	Verde: = 100% Amarillo: 80% - 99,9% Rojo: ← 80%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800 - 1,000 Rojo: ← 0,800	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 17. Ponderación del subdominio 2. Atención en la lactancia

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
4. Atención en la lactancia 1,00	EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	Verde: = 100% Amarillo: 44,9% - 99,9% Rojo: ← 44,4%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,449 - 0,999 Rojo: ← 0,449	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 18. Ponderación del subdominio 2. Atención de niños menores de 10 años

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
5. Atención de niños menores de 10 años 1,00	EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	Verde: = 100% Amarillo: 51,7% - 99,9% Rojo: ← 51,7%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,517 -1,000 Rojo: ← 0,517	0,33
	EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) CIE-10: J00 a J22	Verde: ≤ 8,9 casos Amarillo: 9,0 - 12,46 casos Rojo: →12,46 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,972-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) CIE 10: A00 a A09	Verde: ≤ 3,5 casos Amarillo: 3,6 - 7,3 casos Rojo: → 7,3 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,971-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 19. Ponderación del subdominio 2. Indicadores globales maternoinfantil

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
6. Indicadores globales materno infantil 1,00	EF1.6.1 Razón de morbilidad materna extrema	Verde: ≤ 5,8 casos Amarillo: 5,9 - 7 casos Rojo: → 7 casos	Verde: ≥1,000 Amarillo: 0,917-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	EF1.6.2 Razón de mortalidad materna	Verde: ≤ 45 casos Amarillo: 46 - 73,5 casos Rojo: → 73,5 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,965 -0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	EF1.63 Tasa de mortalidad perinatal	Verde: ≤ 13 casos Amarillo: 14 - 17 casos Rojo: → 17 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,750-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 20. Ponderación del subdominio 1. Maternoinfantil

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
1. Materno infantil	19	0,053

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Efectividad - Subdimensión 1. Enfermedad crónica transmisible

Tabla 21. Ponderación del subdominio 2. Tuberculosis

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Tuberculosis	EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas	Verde: ← 12,3 casos Alerta: 12,4 a 45,1 casos Rojo: → 45,1 casos	Verde: → 1,000 Amarillo: 0,997 - 0,000 Rojo: ← 0,000	0,25
	EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB	Verde: ← 0,51 casos Alerta: 0,52 a 5,8 casos Rojo: → 5,8 casos	Verde: → 1,000 Amarillo: 0,998 - 0,000 Rojo: ← 0,000	0,25
	EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH	Verde: ← 11% Alerta: 11,1% - 21,2% Rojo: → 21,2%	Verde: → 1,000 Amarillo: 0,990 - 0,000 Rojo: ← 0,000	0,25
	EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar	Verde: → 90% Alerta: 58,6% - 89,9% Rojo: ← 58,6%	Verde: → 1,000 Amarillo: 0,651 - 0,999 Rojo: ← 0,000	0,25

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 22. Ponderación del subdominio 1. Enfermedad crónica transmisible

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
2. Enfermedad crónica transmisible	4	0,25

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Efectividad - Subdimensión 1. Enfermedades no transmisibles

Tabla 23. Ponderación del subdominio 2. HTA

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. HTA 1,00	EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial (CIE 10: I10x) a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)	Verde: ≥ 60% Amarillo: 32,9- 59,9% Rojo: ← 32,9%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,548-0,948 Rojo: ← 0,548	0,50
	EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial (CIE 10: I10x) a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado (en el último año)	Verde: ≥ 70% Amarillo: 32,9- 69,9% Rojo: ← 32,9%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,470 - 0,999 Rojo: ← 0,470	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 24. Ponderación del subdominio 2. Diabetes

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Diabetes 1,00	EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II (CIE 10: E11) a quienes se les realiza al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año	Verde: ≥ 90% Amarillo: 32,3- 89.9% Rojo: ← 32,3%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,359 - 0,999 Rojo: ← 0,359	0,25
	EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus (CIE10: E109, E119, E149) a quienes se les realiza medición de LDL	Verde: ≥ 60% Amarillo: 37,6- 59,9% Rojo: ← 37,6%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,627 - 0,998 Rojo: ← 0,627	0,25
	EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II (CIE 10: E11) en quienes se realiza una medición anual de microalbuminuria	Verde: ≥ 90% Amarillo: 37,6- 89,9% Rojo: ← 37,6%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,418 - 0,999 Rojo: ← 0,418	0,25

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Diabetes 1,00	EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas Tener en cuenta todos los diagnósticos relacionados con diabetes mellitus: CIE 10: E100 a E149 Excepto: E120 a E129	Verde: ← 67 casos Amarillo: 67 - 101 casos Rojo: → 101 casos	Verde: → 1,000 Amarillo: 0,971-0,000 Rojo: ← 0,000	0,25

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 25. Ponderación del subdominio 2. Enfermedad isquémica coronaria

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
3. Enfermedad Isquémica coronaria 1,00	EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM Tener en cuenta códigos CIE10:I21 - I22	Verde: ≤ 6,4 casos Amarillo: 6,5 - 15,9 casos Rojo: → 15,9 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,984 -0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 26. Ponderación del subdominio 2. EPOC

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
4. EPOC 1,00	EF3.4.2 Porcentaje de pacientes con EPOC (Código CIE-10 J44) con confirmación por espirometría	Verde: ≥ 90% Amarillo: 51,7% - 89,9% Rojo: ← 51,7%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,574 - 0,999 Rojo: ← 0,574	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 27. Ponderación del subdominio 2. ACV

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
5. ACV 1,00	EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral Tener en cuenta códigos CIE10: I60-I64	Verde: ≤ 11,6 casos Amarillo: 11,7 - 17,3 casos Rojo: → 17,3 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,982-0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 28. Ponderación del subdominio 2. Cáncer de cuello uterino

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
6.Cáncer de cuello uterino 1,00	EF3.6.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina	Verde: ≥ 80% Amarillo: 37,6- 79,9% Rojo: ← 37,6% casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,474 - 0,999 Rojo: ← 0,474	0,33
	EF3.6.2 Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	Verde: ≥ 90% Amarillo: 51,7% - 89,9% Rojo: ← 51,7%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,574 -0,999 Rojo: ← 0,574	0,33
	EF3.6.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino	Verde: ← 30 días Amarillo: 31 a 45 días Rojo: → 45 días	Verde: →1,000 Amarillo: 0,933-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 29. Ponderación del subdominio 2. Cáncer de mama

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
7.Cáncer de mama 1,00	EF3.7.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía	Verde: ≥ 70% Amarillo: 48,2% - 69,9% Rojo: ← 48,2%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,689 -0,999 Rojo: ← 0,689	0,50
	EF3.7.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama	Verde: ≤ 30 días Amarillo: 31 a 45 días Rojo: → 45 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,933-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 30. Ponderación del subdominio 2. Cáncer de próstata

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
8. Cáncer de próstata 1,00	EF3.8.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año	Verde: ≥ 44,6% Amarillo: 22,3% - 44,5% Rojo: ← 22,3%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,500 - 0,998 Rojo: ← 0,500	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 31. Ponderación del subdominio 1. Enfermedades no transmisibles

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
3. Enfermedades no transmisibles	15	0,067

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Efectividad - Subdimensión 1. Enfermedades transmitidas por vectores

Tabla 32. Ponderación del subdominio 2. Dengue

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Dengue 1,00	EF4.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave	Verde: ≤ 6,9 casos Amarillo: 7 a 49 casos Rojo: → 49 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,985-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	EF4.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave	Verde: 100% Amarillo: 50% - 99,9% Rojo: ← 50%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,689 - 0,999 Rojo: ← 0,689	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 33. Ponderación del subdominio 2. Malaria

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Malaria 1,00	EF4.2.1 Proporción de malaria complicada	Verde: ≤ 1,6 casos Amarillo: 1,67 a 3 casos Rojo: → 3 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,929-0,000 Rojo: ← 0,929	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 34. Ponderación del subdominio 1. Enfermedades transmitidas por vectores

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
5. Enfermedades transmitidas por vectores	3	0,333

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Subdimensión 1. Efectividad global de la atención

Tabla 35. Ponderación del subdominio 2. Mortalidad intrahospitalaria

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Mortalidad intrahospitalaria 1,00	EF5.1.1 Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	Verde: ≤ 13,1 casos Amarillo: 13,2 a 17,4 casos Rojo: → 17,4 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,977 -0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 36. Ponderación del subdominio 1. Efectividad global de la atención

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
6. Efectividad global de la atención	1	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Efectividad - Subdimensión 1. Admisiones evitables en hospitales

Tabla 37. Ponderación del subdominio 2. Asma

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Asma 1,00	EF6.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma	Verde: ≤ 47 casos Amarillo: 48 a 94 casos Rojo: → 94 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,978 -0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 38. Ponderación del subdominio 2. Enfermedad obstructiva crónica

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Enfermedad obstructiva crónica EPOC 1,00	EF6.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por EPOC	Verde: ≤ 190 casos Amarillo: 191 a 354 casos Rojo: → 354 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,994 - 0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 39. Ponderación del subdominio 2. Insuficiencia cardiaca congestiva

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
3. Insuficiencia cardiaca congestiva 1,00	EF6.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva	Verde: ≤ 228 casos Amarillo: 229 a 576 casos Rojo: → 576 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,995 -0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 40. Ponderación del subdominio 2. Diabetes

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
4. Diabetes 1,00	EF6.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes	Verde: ≤ 137 casos Amarillo: 138 a 291 casos Rojo: → 291 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,992-0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 41. Ponderación del subdominio 1. Efectividad global de la atención

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
7. Admisiones evitables en hospitales	4	0.25

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Seguridad - Subdimensión 1. Infección asociada a atención en salud

Tabla 42. Ponderación del subdominio 2. Infección línea central

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Infección línea central 1,00	SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en adultos	Verde: ≤ 3 días Amarillo: 3.1 a 3,5 días Rojo: → 3,5 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en pediatría	Verde: ≤ 3 días Amarillo: 3.1 a 3,4 días Rojo: → 3,4 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) en neonatos	Verde: ≤ 3 días Amarillo: 3.1 a 3,7 días Rojo: → 3,7 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 43. Ponderación del subdominio 2. Infección neumonía

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Infección neumonía 1,00	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en adultos	Verde: ≤ 4,1 días Amarillo: 4,2 a 6,4días Rojo: → 6,4 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,957-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en pediatría	Verde: ≤ 4,1 días Amarillo: 4,2 a 6,4días Rojo: → 6,4 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,957-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) en neonatos	Verde: ≤ 4,1 días Amarillo: 4,2 a 6,4días Rojo: → 6,4 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,957-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 44. Ponderación del subdominio 2. Infección vías urinarias

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
3. Infección vías urinarias 1,00	SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) en adultos	Verde: ≤ 3,4 días Amarillo:3,5 a 4,0 días Rojo: → 4,0 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,833 -0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) en pediatría	Verde: ≤ 3,4 días Amarillo:3,5 a 4,0 días Rojo: → 4,0 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,833 -0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 45. Ponderación del subdominio 2. Úlceras por presión

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
4. Úlceras por presión 1,00	SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	Verde: ≤ 1,06 casos Amarillo:1,07 a 2,0 casos Rojo: → 2,0 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,989 - 0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 46. Ponderación del subdominio 1. Infección asociada a atención en salud

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
1. Infección asociada a atención en salud 1,00	9	0.111

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Seguridad - Subdimensión 1. Procesos o procedimientos clínicos

Tabla 47. Ponderación del subdominio 2. Obstétricas

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Obstétricas 1,00	SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado	Verde: ≤ 1,5 casos Amarillo:1,6 a 3,1casos Rojo: → 3,1 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,929 -0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal	Verde: ≤ 5 casos Amarillo: 6 a 10 casos Rojo: → 10 casos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,792 - 0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 48. Ponderación del subdominio 2. Complicaciones graves

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Complicaciones graves 1,0	SE2.2.1 Proporción de apéndices perforados	Verde: ≤ 6,1% Amarillo: 6,2 a 12% Rojo: → 12%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,983 -0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 49. Ponderación del subdominio 1. Procesos o procedimientos clínicos

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
2. Procesos o procedimientos clínicos 1,00	3	0,333

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Seguridad - Subdimensión 1. Reingresos institucionales

Tabla 50. Ponderación del subdominio 2. Reingresos al servicio de hospitalización o urgencias

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Reingresos al servicio de hospitalización o urgencias 1,00	SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de Urgencias en menos de 72 horas.	Verde: ≤ 6% Amarillo: 6,1 a 12% Rojo: → 12%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,983-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	Verde: ≤1,30% Amarillo: 1,31 a 2,8% Rojo: → 2,8%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,989-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 51. Ponderación del subdominio 1. Reingresos institucionales

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
3. Reingresos institucionales 1,00	2	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Seguridad - Subdimensión 1. Cirugías programadas

Tabla 52. Ponderación del subdominio 2. Cancelación de cirugía

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Cancelación de cirugía 1,00	SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía	Verde: ≤ 6,1% Amarillo: 6,2 a 10% Rojo: → 10%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,974-0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 53. Ponderación del subdominio 1. Cirugías programadas

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
4. Cirugías programadas 1,00	1	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Seguridad - Subdimensión 1. Administración de medicamentos

Tabla 54. Ponderación del subdominio 2. Medicamentos

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Medicamentos 1,00	SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	Verde: ≤13,4% Amarillo: 13,5 a 15% Rojo: → 15%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,938-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	SE 5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	Verde: ≤ 0,10% Amarillo: 0,11 a 0,15% Rojo: → 0,15%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 55. Ponderación del subdominio 1. Administración de medicamentos

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
5. Administración de medicamentos 1,00	2	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Experiencia - Subdimensión 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta

Tabla 56. Ponderación del subdominio 2. Tiempos de espera consulta

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Tiempos de espera consulta 1,00	AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	Verde: ≤ 3 días Amarillo: 3,1 a 3,6 días Rojo: → 3,6 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,833-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17
	AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	Verde: ≤ 20 días Amarillo: 21 a 30 días Rojo: → 30 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,900-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17
	AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	Verde: ≤ 5 días Amarillo: 5,1 a 11 días Rojo: → 11 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,979-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Tiempos de espera consulta 1,00	AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	Verde: ← 15 días Amarillo: 16 a 20 días Rojo: → 20 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17
	AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	Verde: ← 5 días Amarillo: 5,1 a 9,4 días Rojo: → 9,4 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,977-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17
	AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	Verde: ← 3 días Amarillo: 3,1 a 4,7 días Rojo: → 4,7 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,941-0,000 Rojo: ← 0,000	0,17

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 57. Ponderación del subdominio 2. Tiempos de espera cirugía programada

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
2. Tiempos de espera cirugía programada 1,00	AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	Verde: ← 20 días Amarillo: 21 a 30 días Rojo: → 30 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,900-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	Verde: ← 28 días Amarillo: 29 a 35días Rojo: → 35 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,857-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33
	AT1.2.3Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica	Verde: ← 16 días Amarillo: 17 a 20 días Rojo: → 20 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,750-0,000 Rojo: ← 0,000	0,33

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 58. Ponderación del subdominio 2. Tiempos de espera imágenes

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
3. Tiempos de espera imágenes 1,00	AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	Verde: ← 3 días Amarillo: 4 a 15 días Rojo: →15 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,655-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50
	AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	Verde: ← 15 días Amarillo: 16 a 20 días Rojo: → 20 días	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,800-0,000 Rojo: ← 0,000	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 59. Ponderación del subdominio 2. Tiempos de espera urgencias

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
4. Tiempos de espera urgencias 1,00	AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias	Verde: ← 30 minutos Amarillo: 31 a 60 minutos Rojo: → 60 minutos	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,966-0,000 Rojo: ← 0,000	1,00

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 60. Ponderación del subdominio 1. Oportunidad en el tiempo de respuesta

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
1. Oportunidad en el tiempo de respuesta 1,00	12	0,083

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Experiencia - Subdimensión 1. Evaluación global de la experiencia de la atención

Tabla 61. Ponderación del subdominio 2. Satisfacción IPS

Subdominio 2	Indicador priorizado	Meta	meta normalizada	Ponderación
1. Satisfacción IPS 1,00	AT2.1.1 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Verde: → 80% Amarillo: 60% - 79,9% Rojo: ← 60%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,750 - 0,999 Rojo: ← 0,750	0,50
	AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Verde: → 88% Amarillo: 60% -87,9% Rojo: ← 60%	Verde: ≥ 1,000 Amarillo: 0,682 - 0,999 Rojo: ← 0682	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 62. Ponderación del subdominio 1. Evaluación global de la experiencia de la atención

Subdominio 1	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
2. Evaluación global de la experiencia de la atención 1,00	2	0,50

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Dominios de calidad

Tabla 63. Ponderación Dominios de calidad

Dominios de calidad	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
Efectividad de la atención en salud 1,00	46	0,022
Seguridad en la atención del paciente 1,00	17	0,059
Experiencia de atención del paciente 1,00	14	0,071

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

- Índice OCAS

Tabla 64. Ponderación Índice OCAS

Índice	Número de subindicadores	Ponderación por cada subindicador
Índice OCAS 1,00	77	0,013

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Metodología de la encuesta de percepción de la calidad de la atención en salud

De manera creciente se ha visto la necesidad de evaluar la calidad de los servicios de salud, con la finalidad de mejorar y ofrecer un servicio de salud cada vez más humanizado. En ese sentido, desde hace más de tres décadas diferentes modelos se han planteado para medir la percepción de los usuarios tanto desde una dimensión objetiva como subjetiv; por ejemplo el modelo nórdico, SERVQUAL, entre otros.

Las necesidades y percepciones de la gente, en la organización y en la provisión de los servicios de salud, usualmente están subordinadas con respecto a la prioridad otorgada

a los aspectos técnicos y científicos; sin embargo, "nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente" (Pedersen, 1988).

Para atender a estas necesidades de los usuarios, recientemente se ha hecho énfasis en el desarrollo de diferentes métodos aplicados y validados en poblaciones y organizaciones como encuestas y escalas para evaluar la percepción de la calidad de atención y de la mejoría en su salud después de la atención médica (Reyes, y otros, 2013).

La calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o de la superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor o comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, más que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente a la satisfacción y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor, por lo que la evaluación de la calidad debe hacerse a través de observaciones y mediciones de la realidad. La principal forma de evaluación es a través de una colección de las percepciones que tienen las personas sobre los resultados de la atención recibida o de las expectativas previas a la atención (Ministerio de la Protección Social, 2009).

En esta investigación se realizó una encuesta con el objetivo de conocer la percepción de los usuarios del sistema de salud, sobre la calidad de la atención de los servicios de salud que se ofrecen en el departamento de Risaralda, con el fin de hacer las recomendaciones necesarias a la Secretaria de Salud Departamental, para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Tipo de investigación y forma de cálculo

El tipo de diseño es un estudio corte transversal descriptivo con muestreo probabilístico estratificado bietápico con selección aleatoria de IPS y conglomerado de usuarios atendidos. La encuesta tiene como objeto evaluar la percepción de calidad de los usuarios que asisten a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) del departamento. Para la recolección de la información se diseñó un cuestionario basado en las dimensiones de la calidad de la atención en los servicios de salud del 1er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, INCAS 2009 (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Universo de estudio

El universo de estudio corresponde a usuarios de cualquier edad, sexo, condición social, procedencia y afiliación al SGSSS que en el tiempo de recolección de datos recibieron servicios de consulta, hospitalización o de urgencias en las IPS del departamento de Risaralda.

Unidad de observación

Usuarios atendidos en las IPS privadas y públicas del departamento de Risaralda.

Marco estadístico

Para la construcción del marco muestral de las IPS se consultó la base de datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, REPS, del Ministerio de Salud y Protección Social, para el 16 de enero de 2018. En total, el departamento de Risaralda tiene registrado en el REPS un total de 224 IPS (16 IPS públicas y 208 IPS privadas).

Se realizó la depuración del marco muestral de IPS teniendo en cuenta los criterios de inclusión por servicios; es decir, la IPS debe tener alguno de los siguientes servicios que se muestran en la Tabla 65 para ser incluidos en el marco muestral.

Tabla 65. Criterios de inclusión por servicios

Servicio	Criterios de inclusión
Internación	101- General adulto 112- Obstetricia
Urgencias	501- Servicios de urgencias
Consulta externa	302- Cardiología 308- Dermatología 310- Endocrinología 316- Gastroenterología 320- Ginecoobstetricia 321- Hematología 323- Infectología 324- Inmunología 325- Medicina familiar 326- Medicina física y del deporte

Servicio	Criterios de inclusión
Consulta externa	327- Medicina física y rehabilitación 328- Medicina general 329- Medicina interna 330- Nefrología 331- Neumología 332- Neurología 335- Oftalmología 339- Ortopedia o traumatología 340- Otorrinolaringología 348- Reumatología 355- Urología 356- Otras consultas de especialidad 359- Consulta prioritaria 398- Medicinas alternativas - Homeopatía 400- Medicinas alternativas - Medicina tradicional china

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

En total 135 IPS cumplieron con los criterios de inclusión, de las cuales 119 son IPS privadas. Después se incluyó el número de atenciones de las 135 IPS por los servicios de urgencias, internación y consulta externa de acuerdo a la base de datos de RIPS 2016 y 2017. Luego, se aplicó como criterio de exclusión las IPS que no hayan reportado ninguna atención en RIPS durante el periodo 2016 a 2017, en total se excluyeron 66 IPS privadas. En la Tabla 66 se presentan las 69 IPS (16 IPS públicas y 53 IPS privadas) seleccionadas.

Tabla 66. IPS seleccionadas con criterios de inclusión y exclusión

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016	Consultas 2017	Urgencias 2017	Hospitalizaciones 2017
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APÍA	9553	246	28	5741	185	6
E.S.E. HOSPITAL CRISTO REY	7036	218	205	3985	86	81
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ	25797	787	280	15228	339	93
AAA MÉDICAL S.A.S.	0	0	0	1017	0	0
CARDIOLOGÍA S.A.S.	1945	0	0	1910	0	0
E.S.E. HOSPITAL SANTA MÓNICA	58791	671	407	36218	435	99

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016	Consultas 2017	Urgencias 2017	Hospitalizaciones 2017
E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA	12372	861	41	6118	512	23
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ LA CEILA	6399	86	25	3233	58	14
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	30681	802	319	16068	687	125
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	9120	225	22	5093	59	10
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	8168	30	11	4757	25	3
ALERGOSALUD S.A.S.	88	0	0	68	0	0
ÁNGELES AL LLAMADO ATENCIÓN PREHOSPITALARIA S.A.S.	94	0	84	95	1	90
ART MÉDICA S.A.S.	1013	0	0	0	0	1
ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA PROFAMILIA	1113	0	0	166	0	0
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA COMFAMILIAR RISARALDA	19753	2612	2260	11653	2876	1120
CALCULÁSER S.A.	821	1	6	1144	0	2
CARDIOSALUD EJE CAFETERO S.A.S.	3876	0	0	2184	0	0
CISI CENTRO INTEGRAL DE SALUD IPS S.A.S.	191	0	0	235	0	0
CLÍNICA DE DOLOR DEL EJE CAFETERO S.A.S.	472	0	0	594	0	0
CLÍNICA DE FRACTURAS S.A.S.	1142	92	52	1344	105	32
CLÍNICA LOS ROSALES S.A.	5683	1848	693	4867	2553	1043
CLÍNICA VER BIEN S.A.	251	0	12	125	0	0
CORPORACIÓN MÉDICA SALUD PARA LOS COLOMBIANOS - CMS COLOMBIA LTDA.	3516	1789	211	2039	716	120

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016	Consultas 2017	Urgencias 2017	Hospitalizaciones 2017
CORPORACIÓN MI IPS EJE CAFETERO	115895	0	0	34032	0	0
COSMITET LTDA, CORPORACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS INTERNACIONALES THEM Y COMPAÑÍA LTDA.	595	0	0	162	0	0
CUIDARTE TU SALUD S.A.S.	9	0	0	112	0	0
DIAGNÓSTICO OFTALMOLÓGICO S.A.S.	1441	0	37	13204	0	30
DIAGNÓSTICO VASCULAR S.A.S.	80	0	0	47	0	0
DIALY SER S.A.S.	536	0	0	294	0	0
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	24988	1711	1820	22167	1266	756
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA	107926	3204	826	61444	1161	220
ENDODIGESTIVOS S.A.S.	1953	0	0	1627	0	0
E.S.E. HOSPITAL MENTAL UNIVERSITARIO DE RISARALDA	5046	263	255	2238	64	78
ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A. ESIMED S.A.	61142	15757	1819	25896	4845	66
FRACTURAS Y FRACTURAS S.A.S.	2948	8	14	1900	14	12
FRESENIUS MEDICAL CARE COLOMBIA S.A.	1587	0	0	998	0	0
FUNDACIÓN PARA EL SERVICIO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA - FUNDACIÓN SIAM	369	0	0	426	0	0
GASTROKIDS S.A.S.	127	0	0	452	0	0
GRUPO VIHDA S.A.S.	2228	0	0	1006	0	0
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS S.A.	190	0	0	16	0	0
INSTITUTO DE AUDIOLOGÍA INTEGRAL	389	0	0	402	0	0

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016	Consultas 2017	Urgencias 2017	Hospitalizaciones 2017
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.	99804	0	0	94870	0	0
INSTITUTO DE EPILEPSIA Y PARKINSON DEL EJE CAFETERO S.A.	1206	0	1	166	0	0
IPS FAMIPARAISO S.A.S.	4127	0	0	1768	0	10
IPS MEDIFARMA S.A.S.	9111	0	7	6996	0	25
IPS SAN SEBASTIAN LTDA.	49613	0	0	46705	0	0
LIGA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL RISARALDA	6228	1	185	3352	0	225
MEDICINA INTEGRAL IPS S.A.	2884	0	0	3213	0	0
ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.	8809	3	263	6877	3	153
PRERENAL S.A.S.	2965	0	0	2060	0	0
RADIÓLOGOS ASOCIADOS S.A.S.	1425	0	3	1009	0	1
RESPIREMOS UNIDAD DE NEUMOLOGÍA Y ENDOSCOPIA RESPIRATORIA DEL EJE CAFETERO S.A.S.	985	0	0	2	0	0
RESTREPO Y MEJÍA CIMDER S.A.S.	475	0	0	447	0	0
RTS S.A.S.	524	0	0	1247	0	0
SALUD TOTAL EPS-S S.A.	204794	48022	0	185496	39253	0
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.	49070	0	0	49507	0	0
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.	77147	0	0	99278	0	0
SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.	9641	0	14	4722	83	397
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD S.A.S.	3704	0	0	2204	0	0
UNIDAD MÉDICA Y DE DIAGNÓSTICO S.A.	2097	0	0	1251	0	0

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016	Consultas 2017	Urgencias 2017	Hospitalizaciones 2017
UNIDAD OFTALMOLÓGICA LÁSER S.A.	8405	0	0	1771	0	2
UROGIN S.A.S. IPS	327	0	0	346	0	0
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAÉL	9039	267	137	4774	66	18
E.S.E. HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA	21329	626	200	8731	421	84
CLÍNICA SANTA CLARA LTDA.	6400	128	39	3627	236	14
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	31771	137	191	19626	147	93
JAIBANA IPS S.A.S.	7968	0	0	15628	0	0
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	7377	108	34	4398	81	11

Fuente: Elaboración Fundación Salutia a partir de los RIPS de 2016 y 2017

Se usó un tercer criterio para la depuración del marco muestral el cual consistió en incluir las IPS que contaran con un número de atenciones promedio diario de consulta externa mayores a 12 de acuerdo a los RIPS 2016, adicionalmente se excluyó el ESE Hospital Mental Universitario. En total fueron 37 IPS (15 IPS públicas y 22 IPS privadas) las cuales cumplieron con todos los criterios del marco muestral (Tabla 67).

Tabla 67. IPS que conforman el marco muestral

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016
E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL APÍA	9553	246	28
E.S.E. HOSPITAL CRISTO REY	7036	218	205
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ	25797	787	280
E.S.E. HOSPITAL SANTA MÓNICA	58791	671	407
E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA	12372	861	41
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ LA CEILA	6399	86	25
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO	30681	802	319
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA	9120	225	22
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	8168	30	11
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA COMFAMILIAR RISARALDA	19753	2612	2260

NOMBRE PRESTADOR	Consultas 2016	Urgencias 2016	Hospitalizaciones 2016
CARDIOSALUD EJE CAFETERO S.A.S.	3876	0	0
CLÍNICA LOS ROSALES S.A.	5683	1848	693
CORPORACIÓN MÉDICA SALUD PARA LOS COLOMBIANOS - CMS COLOMBIA LTDA.	3516	1789	211
CORPORACIÓN MI IPS EJE CAFETERO	115895	0	0
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE	24988	1711	1820
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA	107926	3204	826
ESTUDIOS E INVERSIONES MÉDICAS S.A. ESIMED S.A.	61142	15757	1819
FRACTURAS Y FRACTURAS S.A.S.	2948	8	14
INSTITUTO DE DIAGNÓSTICO MÉDICO S.A.	99804	0	0
IPS FAMIPARAISO S.A.S.	4127	0	0
IPS SAN SEBASTIAN LTDA.	49613	0	0
LIGA CONTRA EL CÁNCER SECCIONAL RISARALDA	6228	1	185
MEDICINA INTEGRAL IPS S.A.	2884	0	0
ONCÓLOGOS DEL OCCIDENTE S.A.S.	8809	3	263
PRERENAL S.A.S.	2965	0	0
SALUD TOTAL EPS – S.S.A.	204794	48022	0
SERVICIOS DE SALUD IPS SURAMERICANA S.A.	49070	0	0
SINERGIA GLOBAL EN SALUD S.A.S.	77147	0	0
SOCIEDAD COMERCIALIZADORA DE INSUMOS Y SERVICIOS MÉDICOS S.A.S.	9641	0	14
SOCIEDAD INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD S.A.S.	3704	0	0
UNIDAD OFTALMOLÓGICA LÁSER S.A.	8405	0	0
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAÉL	9039	267	137
E.S.E. HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA	21329	626	200
CLÍNICA SANTA CLARA LTDA.	6400	128	39
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	31771	137	191
JAIBANA IPS S.A.S.	7968	0	0
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	7377	108	34

Fuente: Elaboración Fundación Salutia a partir de los RIPS 2016 y 2017

La Tabla 68 presenta la distribución por municipio del departamento de Risaralda y por tipo de IPS que se consideraron para el estudio.

Tabla 68. Distribución de las IPS del marco muestral por municipio

Municipio	Pública	Privada	Total
APÍA	1		1
BALBOA	1		1
BELÉN DE UMBRÍA	1		1
DOSQUEBRADAS	1		1
GUÁTICA	1		1
LA CELIA	1		1
LA VIRGINIA	1		1
MARSELLA	1		1
MISTRATÓ	1		1
PEREIRA	2	20	22
PUEBLO RICO	1		1
QUINCHÍA	1		1
SANTA ROSA DE CABAL	1	2	3
SANTUARIO	1		1
Total	15	22	37

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Teniendo en cuenta la información de las 37 IPS se procedió a realizar el cálculo del número de atenciones por mes, teniendo como fuente RIPS, y se promedió para el año 2016. De esta manera se obtuvo el universo por mes de la totalidad de las IPS (Tabla 69).

Tabla 69. Promedio por mes de los usuarios atendidos en 2016, IPS Risaralda

Municipio	Pública	Privada	Total
APÍA	319		319
BALBOA	221		221
BELÉN DE UMBRÍA	909		909
DOSQUEBRADAS	2072		2072
GUÁTICA	402		402
LA CELIA	189		189
LA VIRGINIA	1048		1048
MARSELLA	262		262
MISTRATÓ	200		200
PEREIRA	4780	33495	38275
PUEBLO RICO	267		267
QUINCHÍA	629		629
SANTA ROSA DE CABAL	1041	797	1838
SANTUARIO	256		256
Total, general	12595	34292	46887

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Nivel de estimación

Se entiende por nivel de estimación a aquellas desagregaciones geográficas o características sociodemográficas, para las cuales se desean obtener estimaciones con márgenes de error adecuados y buena cobertura geográfica.

Para este estudio el nivel de estimación fue el cruce de región (o agrupación de municipios) y tipo de IPS. Se establecieron dos agrupaciones de región para los cálculos de la muestra (Tabla 70).

Tabla 70. Total IPS Risaralda agrupadas en dos regiones

Región	Pública	Privada	Total
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	5	22	27
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUATICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	10		10
Total Risaralda	15	22	37

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tamaño y cálculo de muestra

El tamaño de la muestra se calculó teniendo en cuenta que debía ser representativo por cada desagregación. El escenario que se propuso fue la desagregación de dos regiones y dos tipos de IPS, total 3 desagregaciones con una muestra de 964 usuarios.

Tabla 71. Escenario propuesto para la muestra de usuarios

Muestra usuarios			
Región	Pública	Privada	Total
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	322	322	642
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUÁTICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	320		320
Total	642	322	964

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Dada la gran cantidad de IPS en cada desagregación, no se llevó a cabo una selección de muestra, se incluyeron todas por inclusión forzosa. La muestra de usuarios que se realizó por IPS se describe en la Tabla 72.

Tabla 72. Muestra de usuarios para cada IPS por región

Región	Pública	Privada consulta externa	Privada los tres servicios
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	64	13	18
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUÁTICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	32		

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

La siguiente ecuación muestra los parámetros tenidos en cuenta para el cálculo de muestra.

$$n=\frac{Z^2_{a/2}NP(1-P)}{\mathcal{E}^2(N-1)+Z^2_{a/2}P(1-P)}$$

Donde:

n: tamaño de muestra

N: tamaño de la población

P: proporción estimada

Z: nivel de confianza

$\mathcal{E}$: error máximo

Para el cálculo, la proporción estimada fue un 70% usuarios satisfechos o muy satisfechos con los servicios de las IPS de acuerdo al informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. El nivel de confianza que se tuvo en cuenta para el estudio fue del 95% y un error del 5%. Debido a los costos del estudio, se seleccionó la segunda opción; por tanto, se realizaron 964 encuestas.

Asignación de muestra por tipo de servicio

En la Tabla 73 se muestran las IPS, del total de la muestra (37), que ofrecen la totalidad de los tres servicios (consulta, hospitalización y urgencias).

Tabla 73. Número de IPS por tipo de servicio

Región	Tipo	Consulta, hospitalización y urgencias
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	Pública	5
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	Privada	5
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUÁTICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	Pública	10
Total general		20

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Tabla 74. Cantidad de usuarios al año por tipo de servicio en 2016

Región	Tipo	Consultas	Urgencias	Hospitalizaciones	Total usuarios al año
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	Pública	98344	5770	3188	107302
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	Privada	43011	14791	3850	61652
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUÁTICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	Pública	40248	2783	805	43836
Total		181603	23344	7843	212790

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Teniendo en cuenta la cantidad de usuarios por cada uno de los servicios, como se muestra en la Tabla 74, se realizó una muestra desproporcional para tener representatividad en cada uno de estos para el total de Risaralda. En la Tabla 75 se muestra la distribución de muestra para las 20 IPS que presentan a la vez los tres servicios (Consulta externa, urgencias y hospitalización).

Tabla 75. Distribución de la muestra por servicios

Región	Muestra x IPS	Asignación por servicio		
		Consulta	Urgencias	Hospitalización
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	64	42	10	12
PEREIRA, DOSQUEBRADAS, SANTA ROSA, LA VIRGINIA	18	2	6	10
APÍA, BALBOA, BELÉN DE UMBRÍA, GUÁTICA, LA CELIA, MARSELLA, MISTRATÓ, PUEBLO RICO, QUINCHÍA, SANTUARIO	32	25	5	2

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Es importante resaltar que con esta asignación de muestra para las 15 IPS públicas, como se observa en la Tabla 75, y para las 22 IPS privadas tendrán un total de 13 encuestas cada una. En la Tabla 76 se listan las IPS en las que se realizó la asignación de muestra, en las restantes se realizó la muestra solo en consulta externa.

Tabla 76. IPS en la que se debe tener en cuenta la muestra asignada por servicio

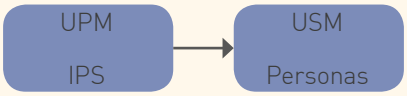
NOMBRE DE IPS
E.S.E. HOSPITAL SANTA MÓNICA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN PEDRO Y SAN PABLO
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE APIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA
E.S.E. HOSPITAL CRISTO REY
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ
E.S.E. HOSPITAL SANTA ANA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ LA CEILA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSÉ DE MARSELLA
E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE SANTUARIO
E.S.E. HOSPITAL NAZARETH DE QUINCHÍA
E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE RISARALDA COMFAMILIAR RISARALDA
CLÍNICA LOS ROSALES S.A.
CORPORACIÓN MÉDICA SALUD PARA LOS COLOMBIANOS - CMS COLOMBIA LTDA.
ESTUDIOS E INVERSIONES MEDICAS S A ESIMED S A
CLÍNICA SANTA CLARA LTDA.

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Con esta asignación de muestra se estima que los servicios de urgencias y hospitalización tienen un error en la estimación del 8% del total de Risaralda, lo que garantiza que los resultados de la encuesta fueran más exactos.

Diseño y selección de la muestra

Diseño de muestra:



Para la selección de la muestra se definió como unidad primaria de muestreo (UPM) a las IPS de Risaralda y como unidad secundaria de muestreo USM) al conglomerado de los usuarios atendidos.

Debido a la cantidad de IPS, en la UPM se decidió incluir la totalidad de IPS (69); por tanto, estas tendrán probabilidad uno de selección y en la USM se incluyó la totalidad de personas atendidas en el conglomerado (212.790).

Factor de expansión

- Probabilidades de selección

La probabilidad de selección de un individuo es igual al producto de las probabilidades de selección de las unidades primarias ysecundarias, como se muestra a continuación para las IPS.

P1 = de la UPM: $\frac{\text{Total de UPM seleccionada}}{\text{Total de estrato del cual fue seleccionada}}$

en este caso todas las IPS tenían la probabilidad de 1 para ser seleccionadas.

P2 = de la USM en la UPM $\frac{\text{Personas de la UPM seleccionada}}{\text{Total de personas de la UPM seleccionada}}$

Pf = probabilidad final = P1 * P2

- Factores de expansión y ajuste

Para la estimación de los factores de expansión que permitieron proyectar los resultados de la encuesta al universo de la población adulta del departamento de Risaralda se siguió el siguiente proceso:

F1 = Factor básico de expansión: recíproco de probabilidad final Pf

F2 = Ajuste por la población en cada estrato teniendo en cuenta servicios consultados al año (consulta, urgencia y hospitalización)

El factor final de expansión se expresa como: Ff = F1 * F2

Por tanto, el factor de expansión varía en cada IPS y representa un número por el cual se multiplica la población de cada uno de estos.

Alcances y limitaciones

Los resultados de las estimaciones que se realizaron por medio de la encuesta fueron aproximados de los universos investigados, pues son generadas a partir de una muestra de dicho universo. El carácter probabilístico del muestreo, con selección aleatoria de personas, garantizó su representatividad con niveles de precisión previsible en el diseño y calculables para los resultados obtenidos. Dicha precisión varía en función del grado de desagregación de los resultados.

- Posibilidades de desagregación

La muestra se diseñó para reportar información precisa a nivel del total del departamento de Risaralda, en dos regiones, región 1: Pereira, Dosquebradas, Santa Rosa, La Virginia; y región 2: Apía, Balboa, Belén de Umbría, Guática, La Celia, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía, Santuario; y por tipo (privado o pública); adicionalmente se desagregó por tipo de servicio.

- Precisión de los resultados

El indicador de precisión de los resultados obtenidos por muestreo probabilístico es el error estándar (ES), o error de muestreo, que mide la variabilidad del azar. Una de las maneras de medir el error muestral se hace a través del coeficiente de variación estimado (cve), el cual mide la magnitud de la variabilidad de la distribución muestral

del estimador; es decir, es el indicador del grado de aproximación con que se estiman las características del universo y está dado por:

$$cve = \frac{V(\theta)}{\theta} * 100,$$

Donde $\hat{V}(\hat{\theta})$ es la varianza muestral de la estimación del parámetro y $\hat{\theta}$ es el parámetro estimado; en otras palabras, se define como la variación porcentual del error estándar con respecto a su estimación; es decir, es el cociente entre el error estándar del estimador y el estimador multiplicado por 100.

Para realizar una adecuada interpretación de los coeficientes de variación para las estimaciones de indicadores seleccionados, se establecieron los valores que estos pueden indicar:

Hasta el 7%, estimación precisa

Entre el 8 y el 14%, precisión aceptable

Entre el 15% y 20%, precisión regular; por tanto, se utiliza con precaución

Mayor del 20%, estimación poco precisa; por tanto, se recomienda utilizarla solo con fines descriptivos (tendencias no niveles).

Instrumento de encuesta

Para la aplicación de la encuesta se utilizó el aplicativo desarrollado por la Fundación Salutia1 que está enmarcado en el "Modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios (pacientes, consumidores) perciben como calidad en la atención en salud", referido en el 1er Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud (INCAS) (Ministerio de la Protección Social, 2009).

Para medir la percepción de los usuarios se estableció la escala de Likert pictórico de 9 caras modificada con el método diferencial semántico. Esta escala refleja la percepción

1 La fundación Salutia tiene los derechos intelectuales y materiales sobre el aplicativo para medir la percepción de la calidad en la atención en salud, en el cual se contemplan las tres dimensiones para establecer la percepción de los usuarios de la calidad en la prestación del servicio: efectividad de la atención en salud, seguridad en la atención del paciente y experiencia de atención del usuario.

negativa calificación (1) hacia la percepción positiva que es la calificación (9) positiva y un punto central (número 5, cara 5) de neutralidad de la percepción.

El instrumento contó con un total de 42 preguntas distribuidas de la siguiente manera: 2 preguntas generales, 3 preguntas sobre efectividad de la atención en salud, 11 sobre seguridad en la atención del paciente y 26 sobre experiencia de atención del usuario.

Las dimensiones y subdimensiones de calidad que se midieron en la encuesta están conceptualizadas en el informe de INCAS 2009, en el modelo para clasificar e interpretar los atributos que los usuarios perciben como 'calidad en la atención en salud'.

Resultados de la medición de los indicadores priorizados

8

Indicadores de efectividad de la atención en salud

Este grupo de mediciones evaluó si los servicios de salud que brindan los prestadores cuentan con la calidad necesaria y requerida para que se logren mejores resultados en el estado de salud de las personas y comunidades en el departamento de Risaralda. Esta dimensión compila un total de 46 indicadores integrados en seis subdominios 1.

- Materno infantil
- Enfermedad crónica transmisible
- Enfermedades no transmisibles
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Efectividad global de la atención
- Admisiones evitables en hospitales

Los indicadores de efectividad de la atención que se agruparon para el departamento de Risaralda se muestran en la Tabla 77.

Tabla 77. Indicadores del dominio de efectividad de la atención en salud

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador priorizado	No.
1. Maternoinfantil	1. Atención en el embarazo	EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal	1
		EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen cuatro o más controles prenatales	2
		EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis	3
		EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita	4
		EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer	5

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador priorizado	No.
1. Maternoinfantil	1. Atención en el embarazo	EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH	6
		EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes	7
		EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes	8
	2. Atención del parto	EF1.2.1 Proporción de recién nacidos por parto institucional	9
		EF1.2.2 Proporción de nacidos vivos por cesárea	10
	3. Atención del recién nacido	EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita	11
		EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo	12
	4. Atención en la lactancia	EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna	13
	5. Atención de niños menores de 10 años	EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo	14
		EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)	15
		EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)	16
	6. Indicadores globales maternoinfantil	EF1.6.1 Razón de morbilidad materna extrema	17
		EF1.6.2 Razón de mortalidad materna temprana	18
		EF1.6.3 Tasa de mortalidad perinatal	19
2. Enfermedad crónica transmisible	1. Tuberculosis (TB)	EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas	20
		EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB	21
		EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH	22
		EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados)	23
3. Enfermedades no transmisibles	1. HTA	EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)	24
		EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado (en el último año)	25
	2. Diabetes	EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año	26
		EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL	27

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador priorizado	No.
3. Enfermedades no transmisibles	2. Diabetes	EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria	28
		EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas	29
	3. Enfermedad Isquémica coronaria	EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM	30
	4. EPOC	EF3.4.1 Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría	32
	5. ACV	EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral	33
	6. Cáncer de cuello uterino	EF3.6.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvicouterina	34
		EF3.6.2 Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad	35
		EF3.6.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino	36
	7.Cáncer de mama	EF3.7.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía	37
		EF3.7.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama	38
	8. Cáncer de próstata	EF3.8.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año	39
4. Enfermedades transmitidas por vectores	1. Dengue grave	EF4.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave	40
		EF4.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave	41
	2. Malaria	EF4.2.1 Proporción de malaria complicada	42
5. Efectividad global de la atención	1. Mortalidad intrahospitalaria	EF5.1.1 Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	43
6. Admisiones evitables en hospitales	1. Asma	EF6.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma	44
	2. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	EF6.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por EPOC	45
	3. Insuficiencia cardiaca congestiva	EF6.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva	46
	4. Diabetes	EF6.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes	47

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Subdominio 1 Maternoinfantil

Indicadores de carácter cuantitativo relacionados con el monitoreo de la calidad de la atención en salud para la población maternoinfantil desde las actividades de protección específica, detección y captación temprana e identificación de factores de riesgo, que garanticen la prestación de servicios de salud enfocados en la maternidad segura y la salud infantil.

Subdominio 2. Atención en el embarazo

Subdominio conformado por seis (6) indicadores:

EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal

EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales

EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis

EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita

EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer a término

EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH

EF1.1.1 Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud para la población gestante relacionada con la Detección y captación temprana, que garanticen la prestación de servicios de salud enfocados en la maternidad segura.

Resultados

- El porcentaje de mujeres en embarazo en el territorio nacional que ingresaron al control prenatal antes de la semana 12 de gestación en 2014 corresponde al 26,74%. Se observó una tendencia a la mejora en 2015 y 2016 con 26,92% y 34,13% respectivamente; tendencia: incremento sostenido; sin embargo, no se alcanzó el criterio de referencia del 80% definido en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

- Respecto a la comparación del indicador para el departamento de Risaralda frente al resultado del nivel nacional, se observó que para los tres períodos objeto de medición

el indicador se encontró por debajo de los resultados del país con 23,98% (2014), 10,12% (2015) y 22,51% (2016).

- Para los catorce (14) municipios que integran el departamento de Risaralda se observó que Belén de Umbría para dos (2) de los tres (3) períodos medidos, 2014 y 2016, el resultado del indicador se ubicó por encima del nivel nacional y del nivel departamental con 36,15% y 39,58% respectivamente. Para el 2015, el municipio con mejor resultado para el indicador fue Dosquebradas con 15,82% seguido del municipio de Belén de Umbría con 12,84%; sin embargo, los dos municipios en comento se encuentraron por debajo del total nacional (26,92%).

- Pereira en 2014 se ubicó por encima del nivel nacional con 27,40% evidenciándose en 2015 un descenso del indicador a menos de la mitad de este resultado con 12%, mejorando el mismo en 2016 con 26,41%.

- El municipio de La Celia presentó los resultados más bajos del indicador respecto al resto de municipios del departamento con 0,00% en 2014 y 2,63% en 2016.

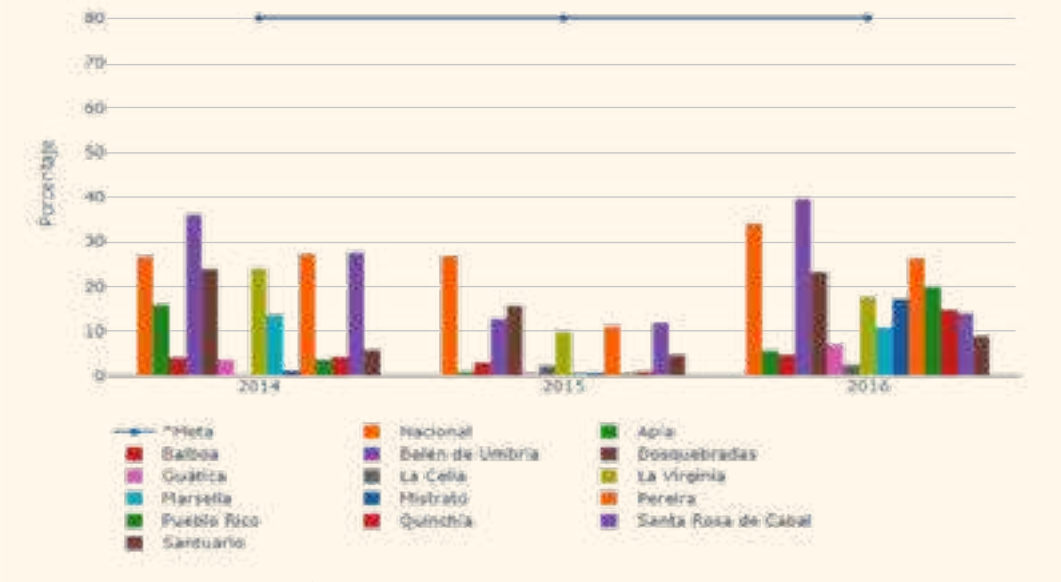
Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

Gráfico 1. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal – nivel nacional y departamento de Risaralda

Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 2. Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Resolución 256 de 2010

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.2 Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud para la población gestante relacionada con la accesibilidad y el uso de la asistencia sanitaria servicios ligados a la salud maternoinfantil.

Resultados

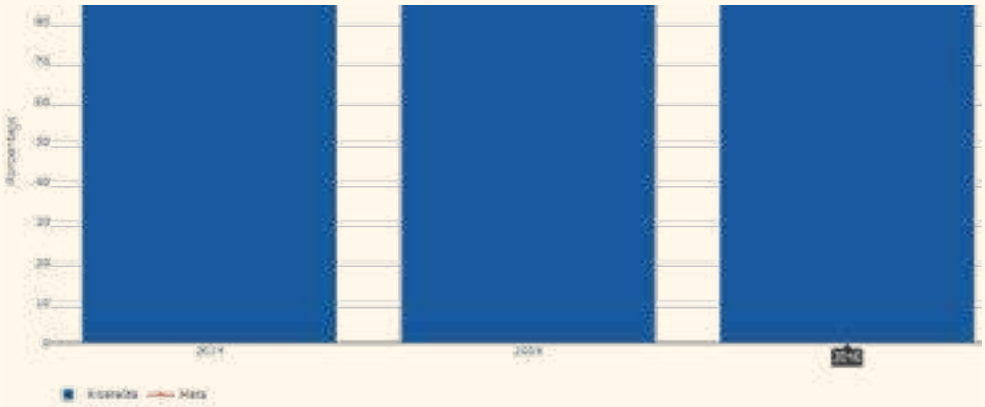
Teniendo en cuenta la disponibilidad de la información, para el departamento de Risaralda en los años de medición 2014, 2015 y 2016 se observó un incremento sostenido del indicador con 88,92%, 89,82% y 90,88% respectivamente, ubicándose en 2016 dentro del criterio de referencia definido en el Plan de Desarrollo 2016-2019 "Risaralda Verde y Emprendedora" el cual corresponde al 90%.

En la desagregación municipal (Gráfico 4), en 2014 se evidenció que diez (10) de los catorce (14) municipios presentaron resultados con valor máximo de 95,60% (La Virginia) y mínimo de 90,78% (Marsella), encontrándose dentro del criterio de referencia departamental. Santuario y Balboa distaron en menos de cinco (5) puntos porcentuales del criterio de referencia. En Mistrató y Pueblo Rico se encontraron resultados por debajo del 50% con 42,44% y 36%, respectivamente, es importante aclarar que en estos dos (2) municipios hay una gran representatividad de población con pertenencia étnica indígena.

Para el período de monitoreo 2015 (Gráfico 5), se encontró que en once (11) de los catorce (14) municipios el resultado del indicador estuvo dentro del criterio de referencia, sumándose a este listado Balboa con 91,94%. Marsella, respecto al período anterior, tuvo un descenso en el indicador con menos 2,01 puntos porcentuales. Pueblo Rico y Mistrató mejoraron en el desempeño del indicador con porcentajes 45,57% y 44,52%; sin embargo, continuaron muy por debajo del criterio de referencia contemplado en el Plan de Desarrollo departamental.

En el Gráfico 6 se expone el comportamiento del indicador en 2016, los municipios de La Virginia, Guática, Santa Rosa de Cabal, Dosquebradas, Guática, Pereira y Apía ubicaron su indicador por encima del 90%; para el resto de municipios a excepción de Mistrató y Pueblo Rico, el indicador se encontró con porcentajes que oscilaron entre un valor máximo del 89,44% (Santuario) y mínimo 81,94% (Balboa). Mistrató (51,69%) y Pueblo Rico (56,50%) continuaron con mejoras en el desempeño del indicador con tendencia al incremento.

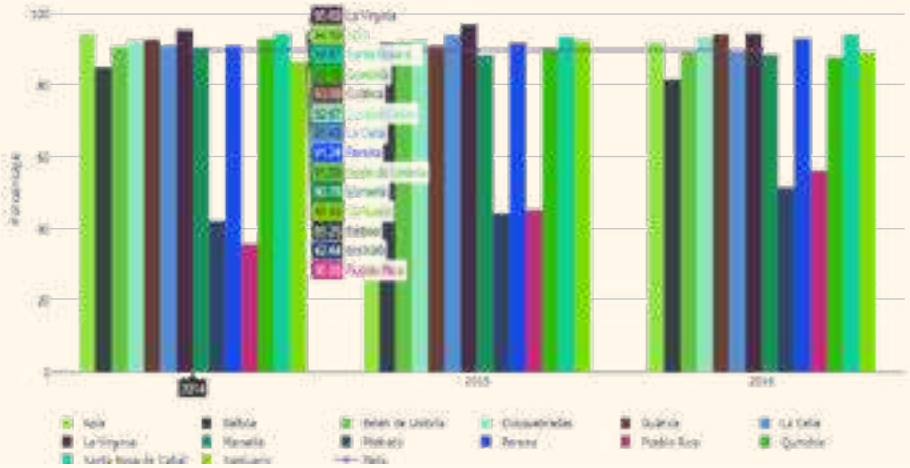
Gráfico 3. Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales – departamento de Risaralda



Fuente: Base RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

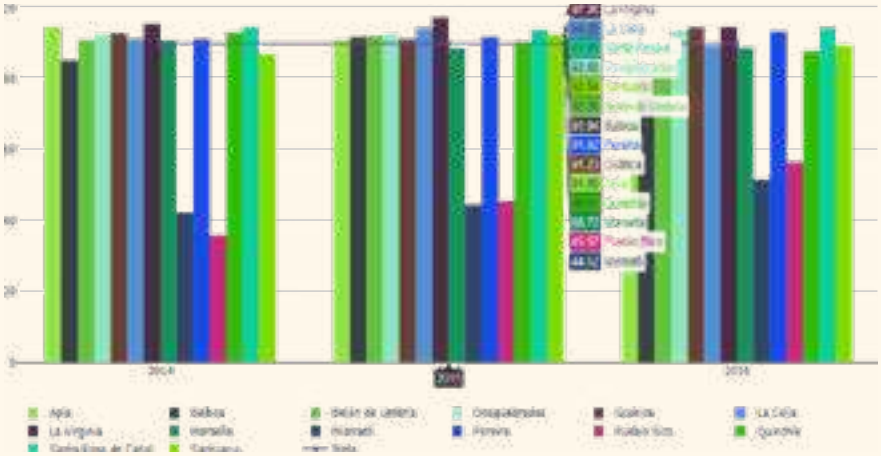
Gráfico 4. Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

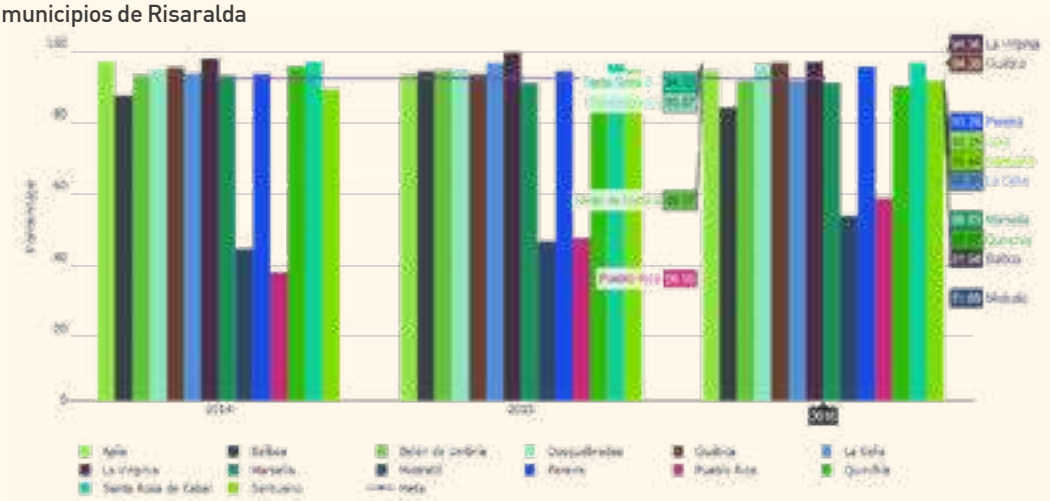
Gráfico 5. Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres con un nacimiento vivo que tienen 4 o más controles prenatales 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.3 Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud de las actividades de protección específica, detección temprana e identificación oportuna de factores de riesgo, que garanticen la prestación de servicios de salud enfocados en la maternidad segura y la salud infantil.

Resultados

- Del total de gestantes en control prenatal a nivel nacional, según la fuente de información de Gestión del Riesgo individual (Indicadores PEDT) del Ministerio de Salud y la Protección Social, con tamizaje para sífilis gestacional durante el control prenatal, las reportadas para los tres (3) períodos objeto de medición corresponden al 32,24% (2014), 40,71% (2015) y 58,85% (2016). Tendencia: incremento sostenido; valor o criterio de referencia Ruta Integral de Atención en salud Materno Perinatal – RIAS: 100%.

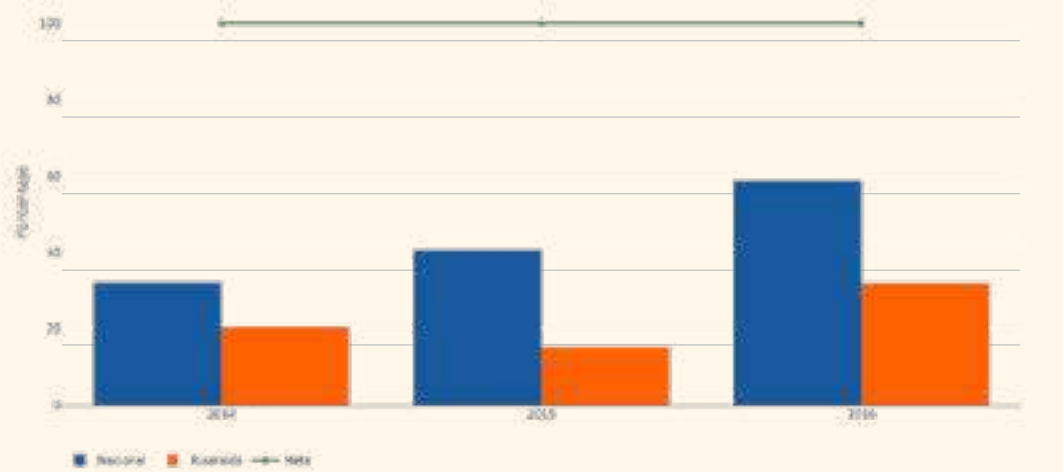
- Para el departamento de Risaralda y respecto al total nacional, se evidenciaron resultados que se encuentran, para los tres períodos objeto de monitoreo, por debajo de la media nacional con 20,66% (2014), 15,24% (2015) y 32,14% (2016).

Referente al comportamiento de los catorce (14) municipios que conforman el departamento de Risaralda, se observó que para dos (2) de los tres (3) años de seguimiento, 2014 y 2016, el municipio de Belén de Umbría se ubicó por encima de la media nacional 66,52% y 61,63%; en 2015 se ubicó en el segundo lugar con 23,84%, por debajo del municipio de La Virginia con 39,12%. Cabe mencionar que este último municipio presentó para 2014, 2015 y 2016 un incremento sostenido con resultados de 23,64%, 39,12% y 50,78%, respectivamente.

Once (11) de los catorce (14) en 2015, presentaron una considerable disminución del resultado del indicador, frente a lo reportado en 2014, llegando algunos municipios a resultados que no alcanzaron ni a la mitad de los puntos porcentuales obtenidos en el primer período en comento; ejemplo de ello son municipios como Apía (2,75%), Balboa (3,82%), Belén de Umbría (23,84%), Guática (3,52%), La Celia (2,31%), Marsella (14,54%), Pueblo Rico (1,61%), Quinchía (2,45%) y Santuario (4,76%).

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

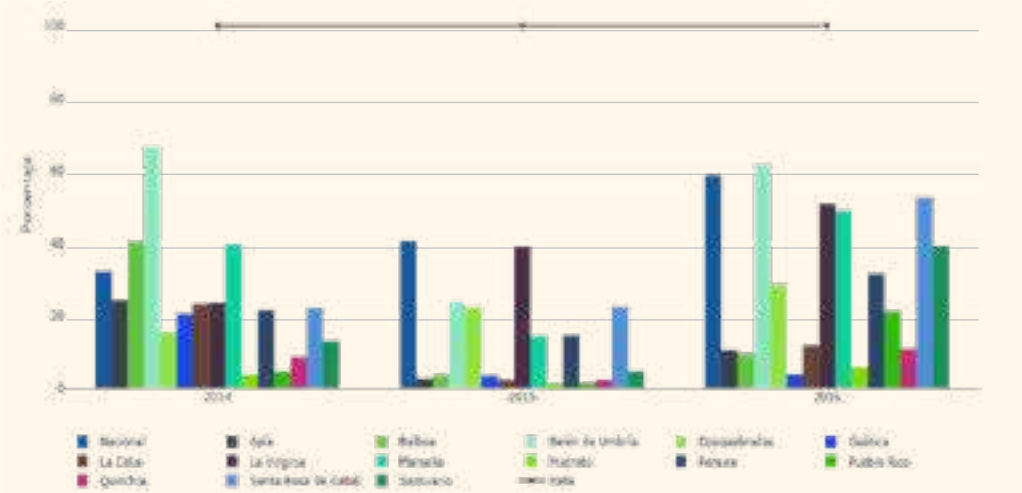
Gráfico 7. Proporción de gestantes con tamizaje para sífilis – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Base RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 8. Proporción de gestantes con con tamizaje para sífilis – municipios de Risaralda



Fuente: Base RUAF (Nacimientos) - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS - Informe Nacional de Calidad de la atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.4 Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en las actividades e intervenciones de Demanda inducida para el control prenatal, estrategias de detección temprana de casos de sífilis gestacional, oportunidad y accesibilidad en el tratamiento y procesos de seguimiento y evaluación enfocados en la maternidad segura y la salud infantil.

Resultados

- Este indicador se define como el número de casos de sífilis congénita notificados en el período entre el número de casos de sífilis gestacional notificados en el mismo período multiplicado por 100, se cuenta con fuente de información de la Bodega de Datos SISPRO (Cubo SIVIGILA). En los tres (3) años de medición se observó para el departamento de Risaralda una variación del indicador pasando de 28,92% (2014) a 8,89% (2015) y posterior a 15,29% (2016). Indicador con fluctuación entre período y período, con un marcado descenso entre 2014 y 2015 y un ascenso en 2016.

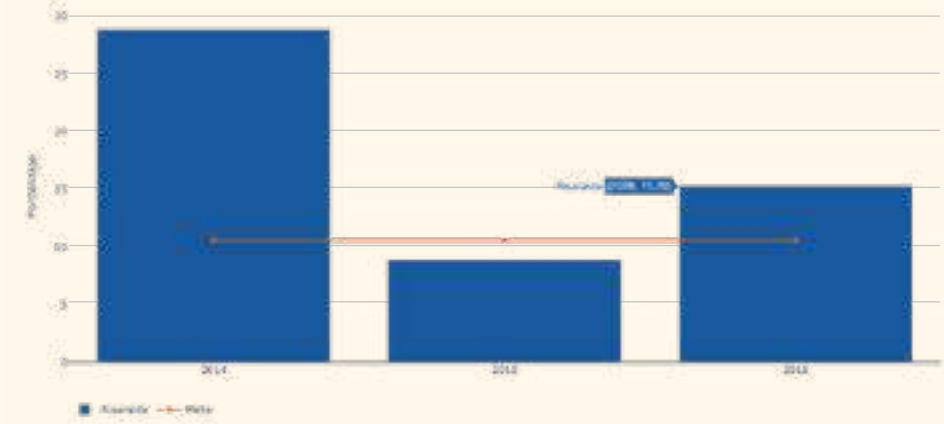
- Criterio de referencia: línea base Igual o menor a 10,6%, Secretaría Departamental de Salud de Risaralda.

- Para 2014, los eventos notificados que alimentaron el indicador pertenecen al reporte de diez (10) de los catorce (14) municipios del departamento, se evidenciaron resultados para Apía, Balboa, La Virginia, Quinchía, Marsella, Mistrató y Quinchía que corresponden al 0%. El porcentaje del resto de municipios osciló entre el 25% y el 56,25%; cabe mencionar que por fuera de este rango se encontró el municipio de Pueblo Rico con el 100% correspondiendo, a un (1) caso en el numerador y en el denominador.

- En 2015, la información presentada atañe a nueve (9) municipios del departamento, se registró mejora en el comportamiento del indicador con una tendencia al descenso en los municipios que para el primer período habían presentado porcentajes por encima del criterio de referencia, subrayándose para 2016: Dosquebradas (4,35%), Pueblo Rico (0%) y Santa Rosa de Cabal (0%), el resto de municipios como Apía, La Virginia, Marsella, Quinchía y Santuario presentaron el indicador en el 0%; Pereira se encontró por encima del criterio de referencia con 14,58%.

- En 2016, se contó con la notificación de los eventos en comento por parte del 50% de los municipios del departamento, con proporción de casos del 0% en Belén de Umbría, Santa Rosa de Cabal y Pueblo Rico, mientras que Mistrató, La Virginia y Dosquebradas mostraron un repunte del indicador respecto al período anterior de monitoreo con porcentajes de 33,33%, 25% y 20% respectivamente. El indicador en Pereira expresó una tendencia al descenso en el tiempo con una diferencia en los dos (2) últimos períodos de 2,34 puntos porcentuales.

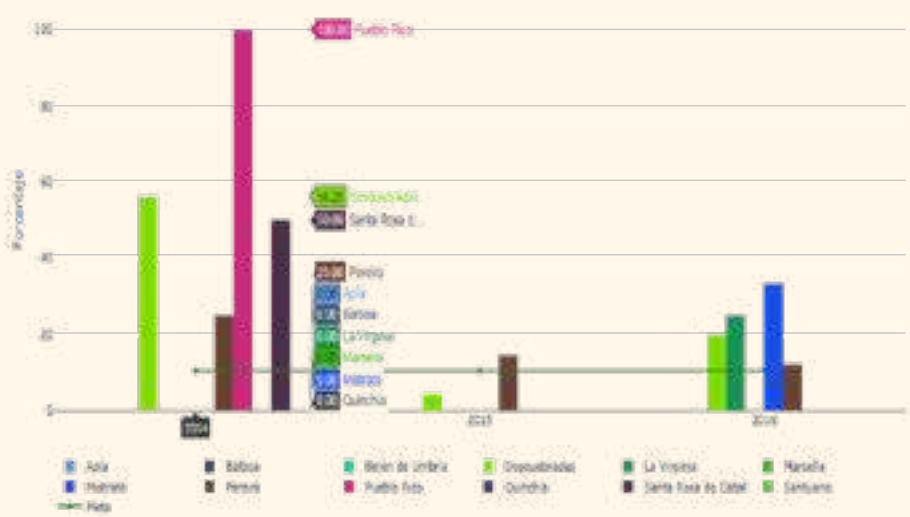
Gráfico 9. Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita – Departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO: Cubo SIVIGILA
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

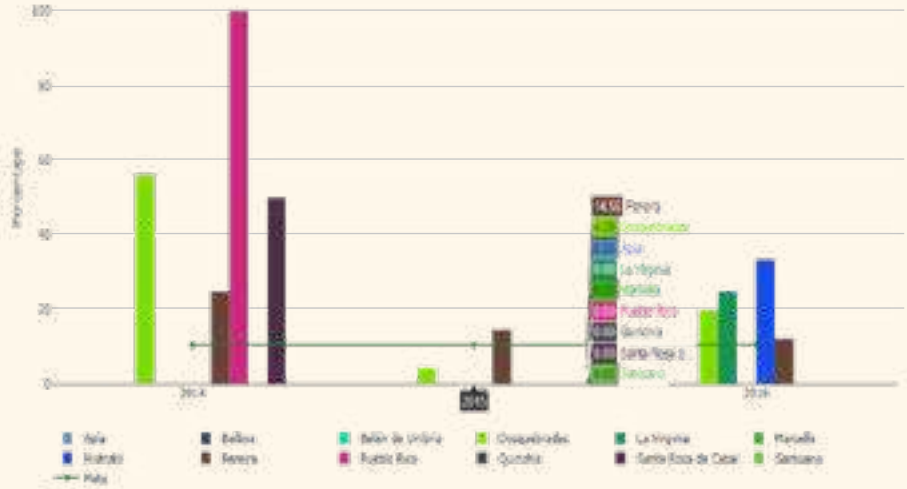
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 10. Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO: Cubo SIVIGILA
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

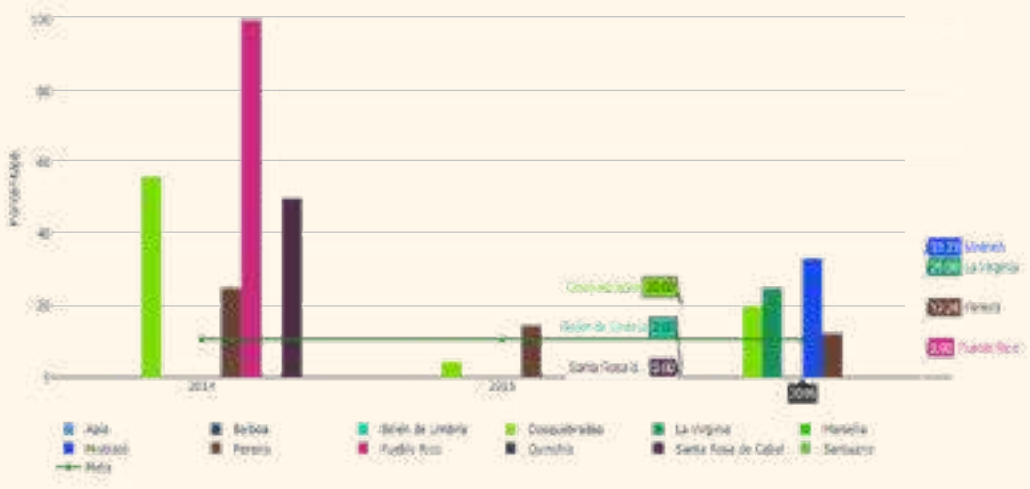
Gráfico 11. Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO: Cubo SIVIGILA
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 12. Proporción de casos con sífilis gestacional que terminan en sífilis congénita 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO: Cubo SIVIGILA
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.5 Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en términos de la detección y captación temprana de la gestante a los controles prenatales y la capacidad resolutiva del prestador para identificar, intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo durante la etapa prenatal.

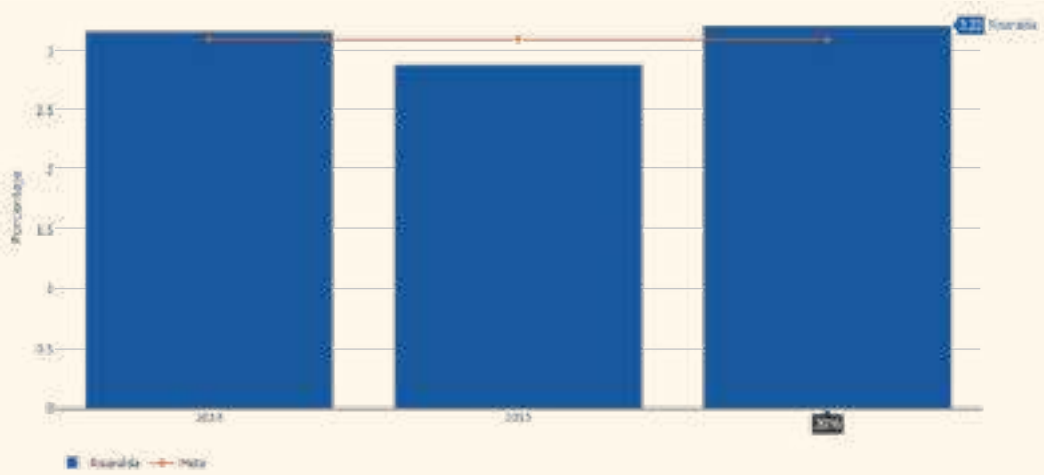
Resultados

- Este indicador expresa el número de nacidos vivos de 37 semanas o más semanas de gestación con peso registrado menor o igual a 2499 gramos al nacer divido entre el total de nacidos vivos a término en el mismo período multiplicado por 100. En el departamento de Risaralda el porcentaje para el indicador varió de 3,17% en 2014 a 2,89% en 2015 y se ubicó dentro de la meta departamental referida en el Plan de Desarrollo; para 2016 el indicador tuvo un incremento con una leve diferencia respecto al período anterior en 0,33 puntos porcentuales. Criterio de referencia: Igual o menor a 3,1% - Plan de Desarrollo 2016 - 2019 "Risaralda Verde y Emprendedora".
- En la desagregación por municipio, para 2014 Balboa, Apía, Belén de Umbría, La Virginia, Santuario, Dosquebradas y Marsella presentaron el porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer dentro de la meta departamental del 3,1%; el

resto de municipios presentó resultados para el indicador que osciló entre 3,28% (La Celia) y 4,74% (Pueblo Rico), llama la atención el municipio de Mistrató con 9,03%, casi tres (3) veces el criterio de referencia departamental.

- En 2015, los municipios que continuaron dentro del criterio de referencia departamental respecto al período anterior son Quinchía, Santuario, Belén de Umbría y La Virginia, se sumaron a este listado Pereira, Pueblo Rico y Santa Rosa de Cabal; para este período de medición los municipios que se encontraron por encima de la meta departamental respecto a los resultados del indicador con un aumento importante fueron Balboa con 5,17%, y Marsella con 5,11%, el resto de municipios tuvieron resultados que oscilaron entre 3,33% (Apía) y 4,63% (Guática). Cabe mencionar que el municipio de Mistrató tuvo un descenso muy importante en el resultado del indicador en comparación con 2015, con una diferencia de 5,66 puntos porcentuales.
- Para 2016, Mistrató tomó el repunte del indicador con 5,52% seguido de Marsella y Guática con 5% y 4,90% respectivamente. Los municipios que tuvieron una tendencia a la disminución progresiva del indicador para los tres períodos de medición fueron Pereira y Pueblo Rico que presentaron para 2016 resultado de 2,92% y 1,67%.

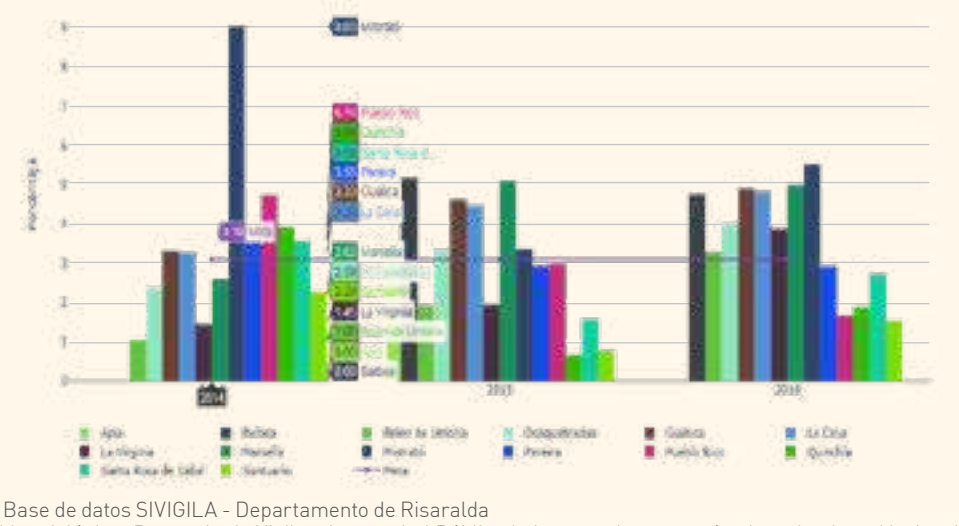
Gráfico 13. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer – departamento de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud Pública bajo peso al nacer a término - Instituto Nacional de Salud 2017 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

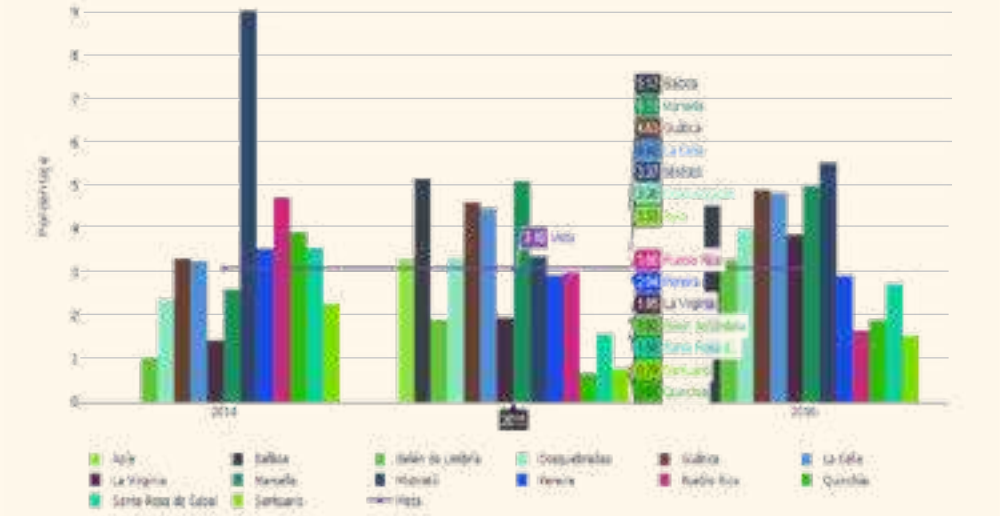
Gráfico 14. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud Pública bajo peso al nacer a término - Instituto Nacional de Salud 2017 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

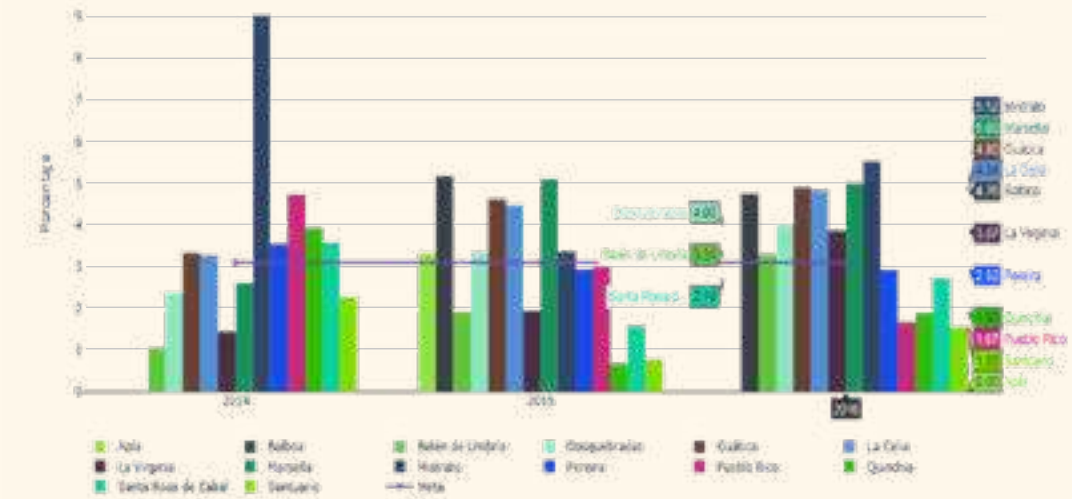
Gráfico 15. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud Pública bajo peso al nacer a término - Instituto Nacional de Salud 2017 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 16. Porcentaje de nacidos vivos a término con bajo peso al nacer 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud Pública bajo peso al nacer a término - Instituto Nacional de Salud 2017 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.6 Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud de las actividades de protección específica, detección temprana e identificación oportuna de factores de riesgo, que garanticen la prestación de servicios de salud enfocados en la maternidad segura y la salud infantil.

Resultados

- Teniendo en cuenta la información publicada por el Ministerio de Salud la Protección Social a través de los Indicadores PEDT (Gestión del Riesgo individual) para los tres períodos observados 2014, 2015 y 2016, se evidenció a nivel nacional que el número de gestantes con asesoría, toma y resultado de prueba de Elisa para VIH durante el control prenatal frente al número de gestantes en control prenatal reportadas correspondió al 19,87%, 23,27% y 35,26%, respectivamente; aunque el indicador tuvo una tendencia al incremento sostenido para los tres años, se encontró muy por debajo del valor o criterio de referencia del 95% definido en la Ruta Integral de Atención en salud Maternoperinatal – RIAS.

- En el Gráfico 17., se observa el comportamiento del indicador en el departamento de Risaralda con los siguientes resultados 11,75% (2014), 6,46% (2015) y 18,60% (2016), encontrándose muy por debajo de la línea media nacional para los tres períodos evaluados. Para 2016, se observó el menor porcentaje de cumplimiento, dado ello por el aumento en el denominador con 18.256 gestantes en control prenatal reportadas frente a 1.179 gestantes con asesoría, toma y resultado de la prueba.

- Con la media nacional para 2014, que corresponde al 19,87%, se realizó una comparación del comportamiento del indicador para los 14 municipios del departamento de Risaralda, hallándose que para nueve (9) de ellos, el indicador en comento se encontró por debajo de la media nacional con porcentajes entre el 5,80% (Pueblo Rico) y el 19,23% (Balboa); municipios como Belén de Umbría, Guática, La Celia, Quinchía y Santuario se ubicaron por encima tanto de la línea media nacional como del total del departamento.

- En 2015, el indicador para todos los municipios tuvo un descenso significativo, a excepción de Dos Quebradas y La Virginia, principalmente en municipios como Apía (0,46%), Balboa (1,53%), Belén de Umbría (2,20%), Marsella (0,30%), Mistrató (0,39%), Pueblo Rico (0,29%), Quinchía (0,38%), Santa Rosa de Cabal (1,80%) y Santuario (2,38%), afectando con ello el indicador para el nivel departamental.

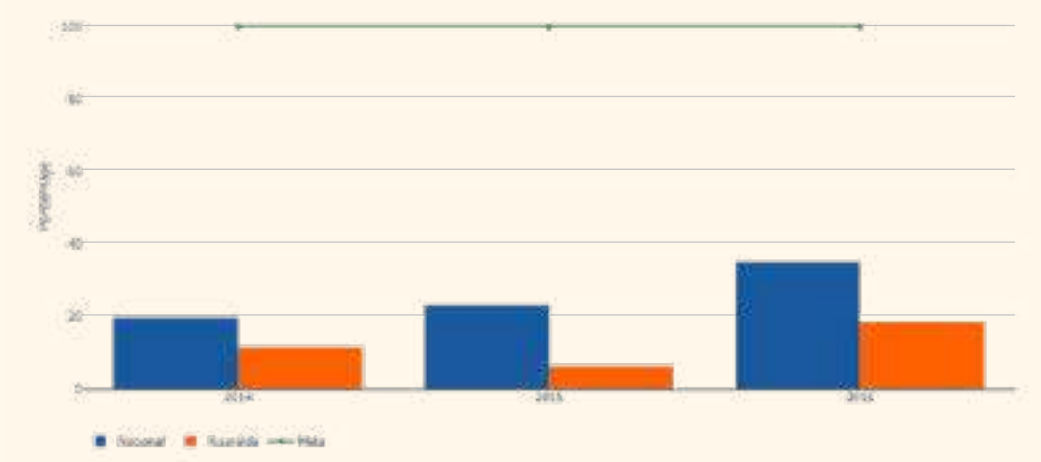
- Los municipios de Guática y La Celia en 2014 tuvieron un porcentaje para el indicador de 46,43% y 30,23%; sin embargo, en 2015, presentaron un descenso marcado con menos 45,55 y 30,23 puntos porcentuales, respectivamente, algo similar ocurrió con los municipios de Quinchía y Santuario.

- En 2016, el indicador a nivel nacional se encontró con un peso porcentual de 35,26, ello frente a porcentajes de trece (13) municipios de Risaralda que no superan dicho valor con porcentajes mínimos y máximos que oscilaron entre 2,44% (Apía) y 21,66% (Mistrató); el único municipio que superó la media nacional fue Pueblo Rico con 63,30%.

- Pueblo Rico ha tenido para los tres (3) períodos de medición una gran variación en sus resultados con 5,80% para 2014, para 2015 un porcentaje de 0,29% y un repunte en 2016 con más de 63,01 puntos porcentuales respecto al período inmediatamente anterior para 63,30%.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

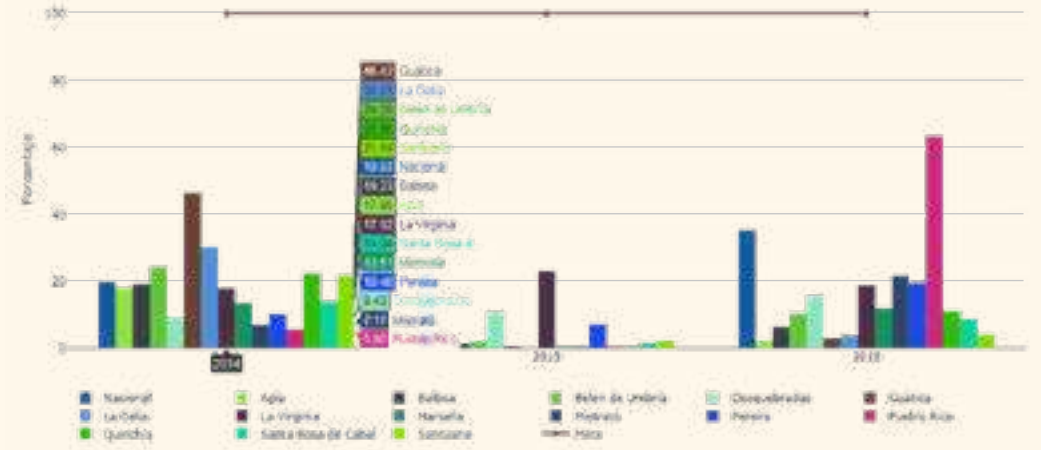
Gráfico 17. Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

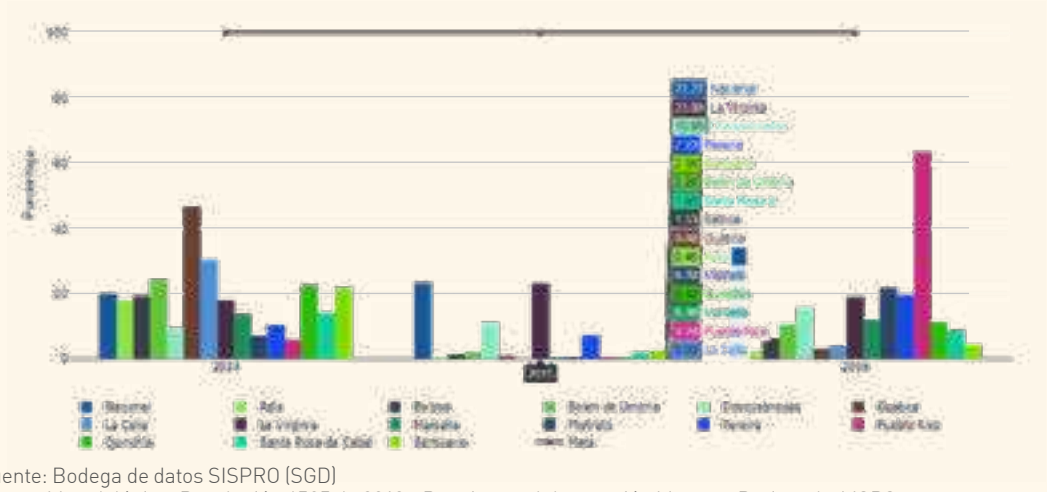
Gráfico 18. Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

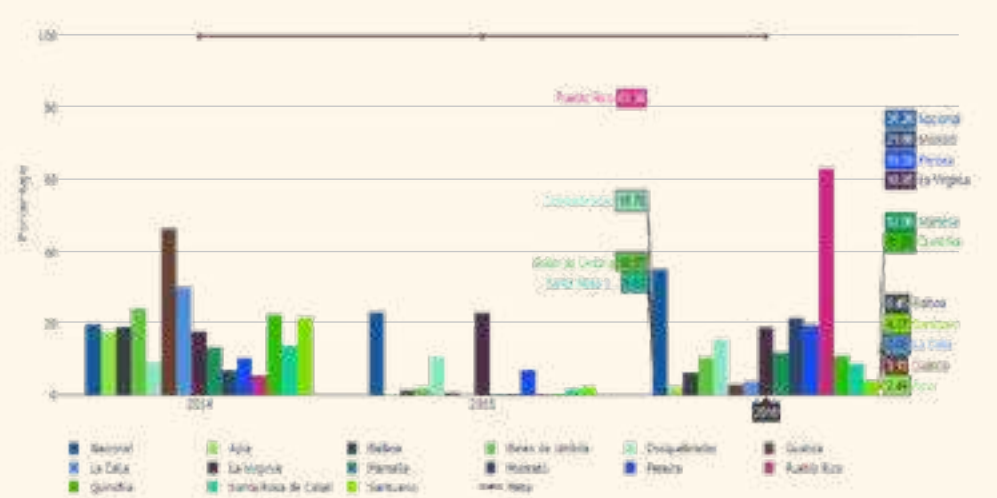
Gráfico 19. Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 20. Proporción de gestantes con asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.7 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud para la población gestante relacionada con la captación temprana, oportunidad, periodicidad y accesibilidad a los servicios de salud ligados a la salud maternoinfantil.

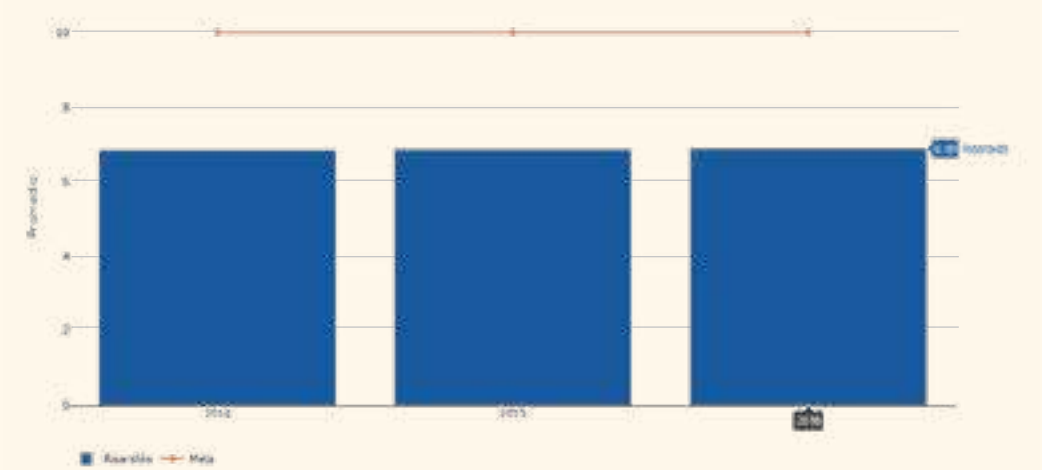
Resultados

- Se propuso para este indicador la relación entre el número de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes y el número de nacidos vivos de primigestantes en el mismo período de tiempo, el resultado del indicador en el departamento de Risaralda para los tres (3) períodos de monitoreo tuvo una tendencia al incremento sostenido con un promedio para 2014 de 6,84 controles prenatales, en 2015 de 6,86 controles y 6,89 controles en 2016. Criterio de referencia: programa de 10 citas - Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (MSPS).

- De acuerdo con los datos disponibles de 2014-2016, a nivel municipal se observó que Mistrató y Pueblo Rico mostraron valores con una tendencia al incremento sostenido del indicador pasando en el caso de Mistrató de 3,84 controles (2014) a 4,10 controles (2015) y posteriormente a 4,78 controles (2016); para Pueblo Rico se presentaron resultados de 2,68 controles (2014), 3,69 controles (2015) y 4,48 controles (2016); sin embargo, los dos municipios se encontraron por debajo del promedio de cinco (5) controles prenatales.

- En los demás municipios se aprecian promedios que oscilaron entre 6,76 controles (La Celia) y 7,85 controles (La Virginia) en 2014; en el siguiente período de medición, el promedio osciló entre 6,57 controles (Belén de Umbría) y 7,97 controles (Santuario) y en 2016 los valores oscilaron entre 6,60 controles (Balboa) y 7,24 controles (Guática).

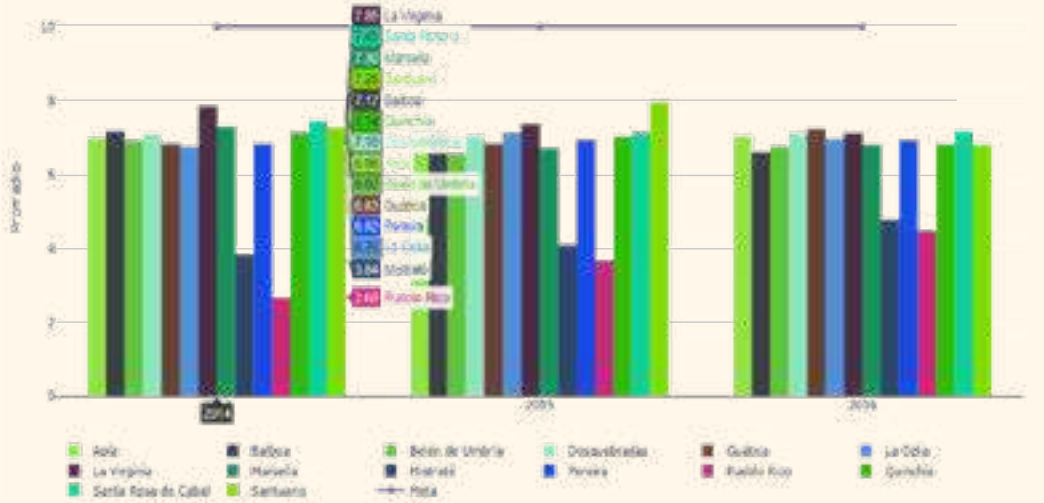
Gráfico 21. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes – departamento de Risaralda



Fuente: RUAF Nacimientos - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

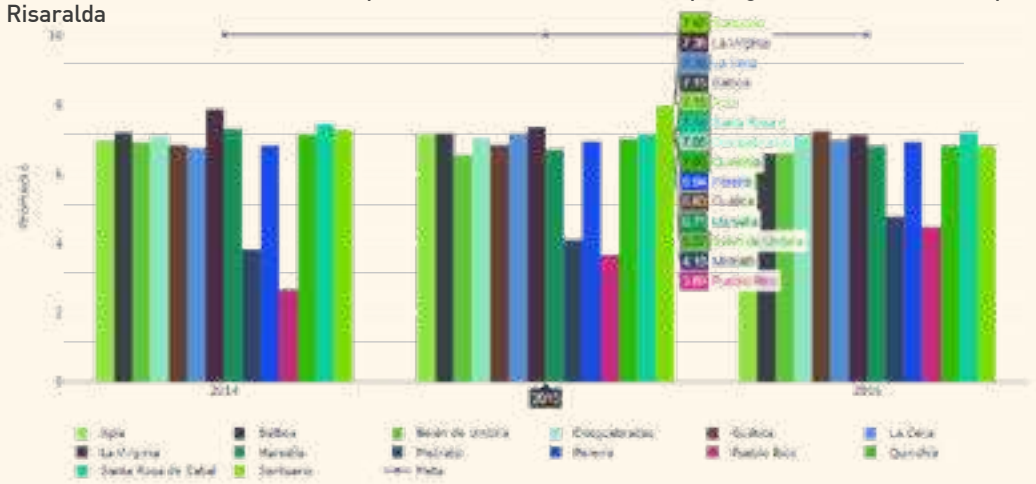
Gráfico 22. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: RUAF Nacimientos - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

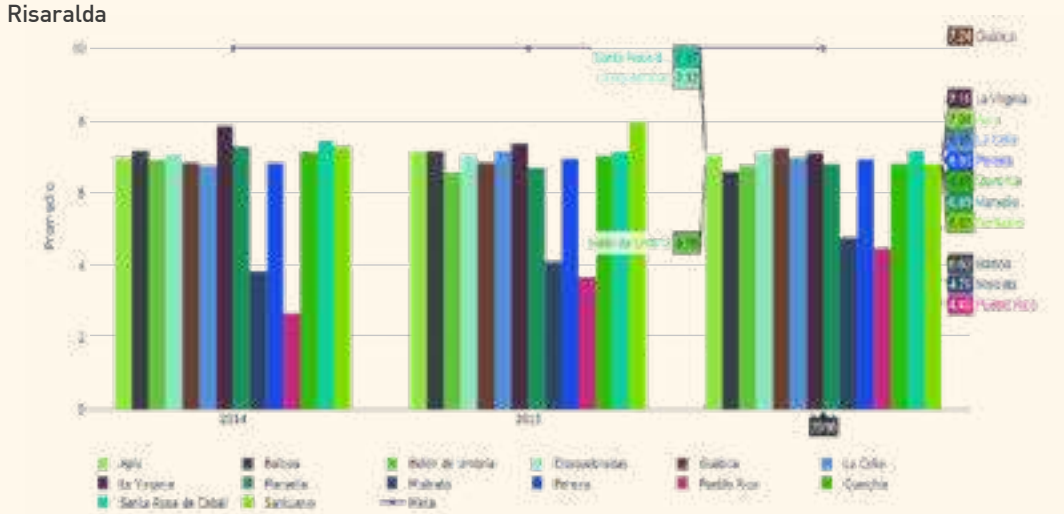
Gráfico 23. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: RUAF Nacimientos - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 24. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de primigestantes 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: RUAF Nacimientos - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Secretaria Departamental de Salud de Risaralda - Programa SSR

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.1.8 Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud para la población gestante relacionada con la captación temprana, oportunidad, periodicidad y accesibilidad a los servicios de salud ligados a la salud maternoinfantil.

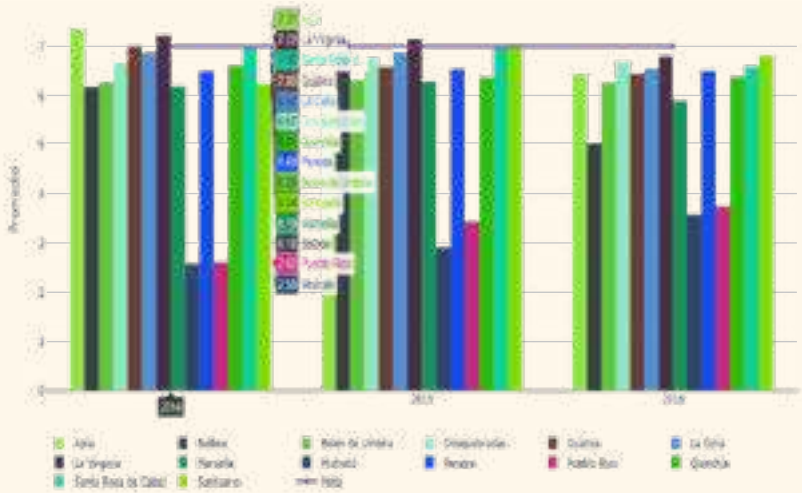
Resultados

- Expresa la relación entre el número de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes y el número de nacidos vivos de multigestantes en el mismo período de tiempo, el promedio del indicador en el departamento de Risaralda se encontró en 2014 en 6,20 controles, en 2015 en 6,36 controles y 6,24 controles en 2016. Tendencia: fluctuación del indicador entre período y período. Criterio de referencia: Programa de 7 citas - Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (MSPS).

- El promedio de controles prenatales en los municipios del departamento tiene una variación significativa especialmente en Mistrató y Pueblo Rico, municipios que presentaron en 2014 promedio de 2,58 controles y 2,62 controles respectivamente; cabe mencionar que para estos dos municipios en los tres (3) años de medición, el indicador tuvo una tendencia al incremento sostenido con mejoras en su desempeño en 2016 con un promedio de 3,58 y 3,75 controles.

- Los demás municipios, para los tres años de medición, tuvieron un comportamiento del indicador por encima de 6 controles prenatales, con un mejor desempeño en 2015 que se ve reflejado en el promedio departamental.

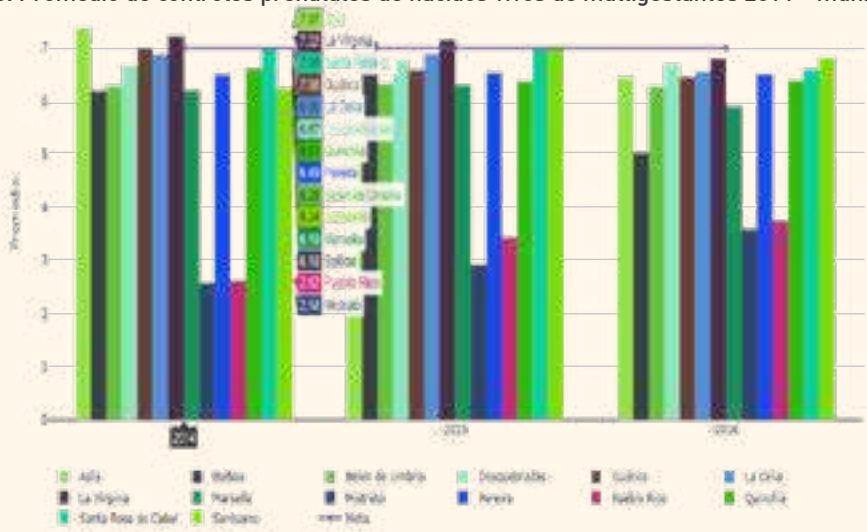
Gráfico 25. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes – departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

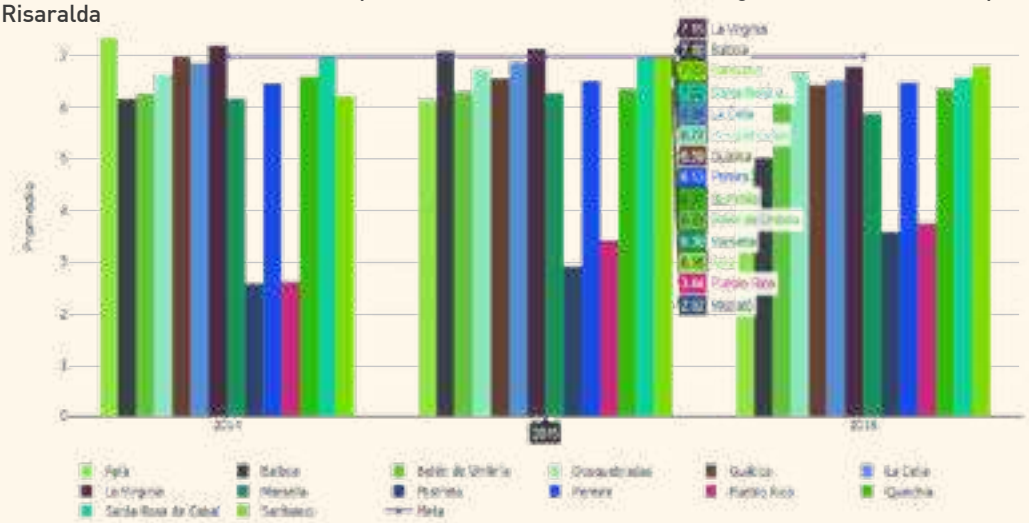
Gráfico 26. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

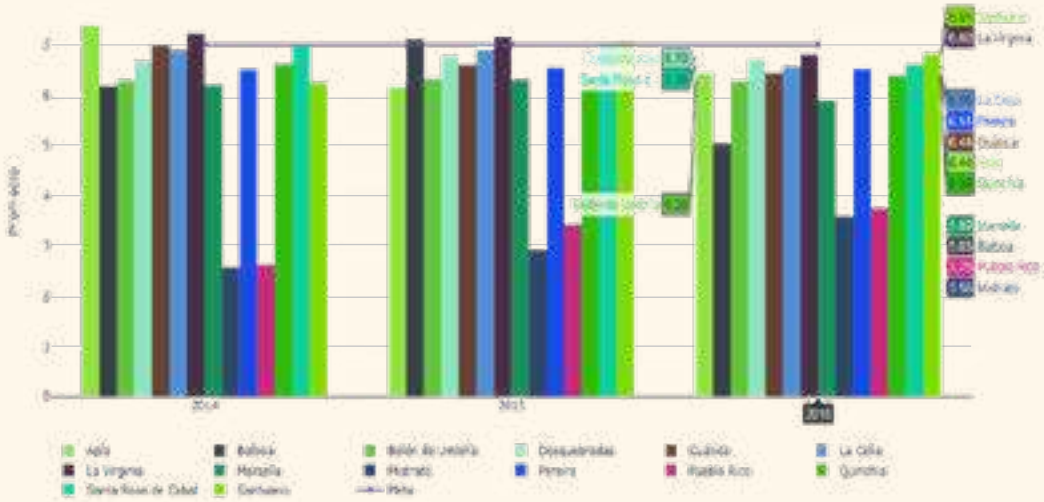
Gráfico 27. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 28. Promedio de controles prenatales de nacidos vivos de multigestantes 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Atención del parto

Subdominio integrado por dos (2) indicadores:

EF1.2.1 Proporción de recién nacidos por parto institucional

EF1.2.2 Proporción de nacidos vivos por cesárea

EF1.2.1 Proporción de recién nacidos por parto institucional

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la accesibilidad de los servicios de salud de la gestante y su familia, y la racionalidad científica del prestador durante la atención del parto y del puerperio inmediato, dentro del componente de maternidad segura.

Resultados

- La proporción se obtiene de la relación del número de nacimientos (nacidos vivos) que son atendidos en una institución de salud y el total de nacidos vivos en el mismo período de referencia multiplicado por 100. La media departamental para los tres (3) períodos de medición tuvo un comportamiento estable con variaciones leves dentro de un rango de fluctuaciones que oscilaron entre 0,68 y 0,29 puntos porcentuales entre período y período. Criterio de referencia: Igual o mayor al 95% - Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015).

- En la desagregación municipal, en 2014 se observó que cinco (5) de los 14 (catorce) municipios del departamento se encontraron con porcentajes que oscilaron entre el 96,23% (La Virginia) y el 100% (Guática y La Celia) estando dentro del criterio de referencia mencionado anteriormente, los demás siete (7) municipios presentan porcentajes por encima del 85%. Los nacidos vivos de Mistrató y Pueblo Rico, que fueron atendidos por parto institucional, correspondieron al 67,35% y 62,86% respectivamente; es importante referir que en estos dos (2) municipios hay una gran representatividad de población con pertenencia étnica indígena.

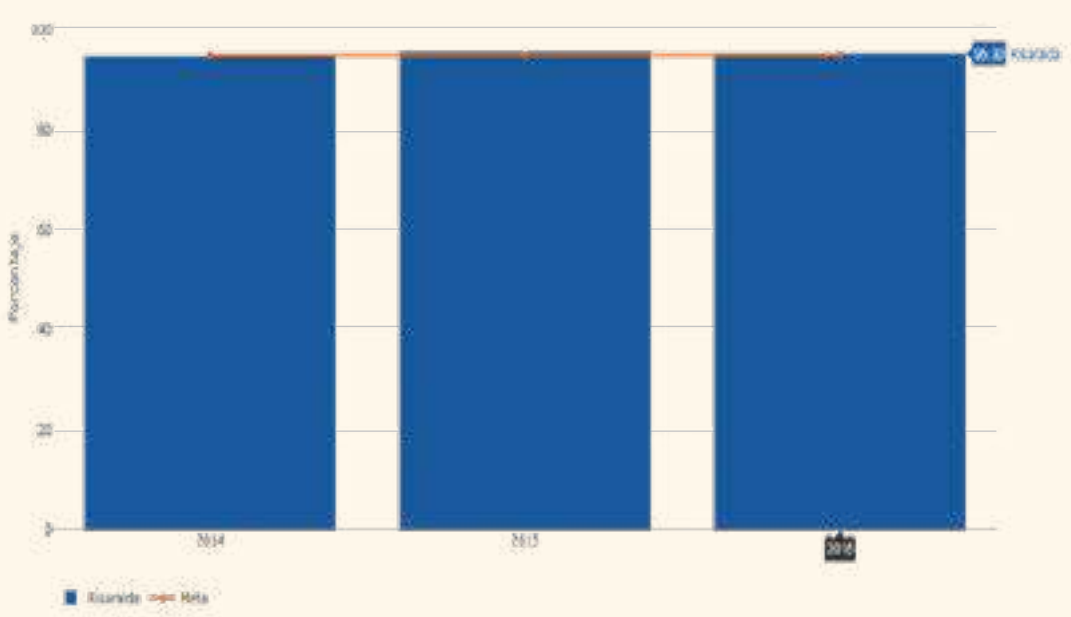
- En 2015, se sumaron al listado de los municipios con porcentaje por encima del 95%: Balboa (100%) y Dosquebradas (97,89%); Santa Rosa de Cabal (91,36%). presentó un descenso del porcentaje y, por tanto, salió de este listado. Municipios como Belén de

Umbría, Pereira y Quinchía, respecto al período anterior, mostraron una disminución del indicador con una diferencia no menor a 3 puntos porcentuales.

- Mistrató y Pueblo Rico también mostraron un descenso del indicador con resultados del 60% y 60,29%, alejándose del criterio de referencia mencionado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

- En 2016, en ocho (8) de los catorce (14) municipios del departamento se evidenciaron resultados por encima del 95%, Mistrató y Pueblo Rico continuaron con una tendencia decreciente, estando inclusive por debajo del 60% para el período en comento.

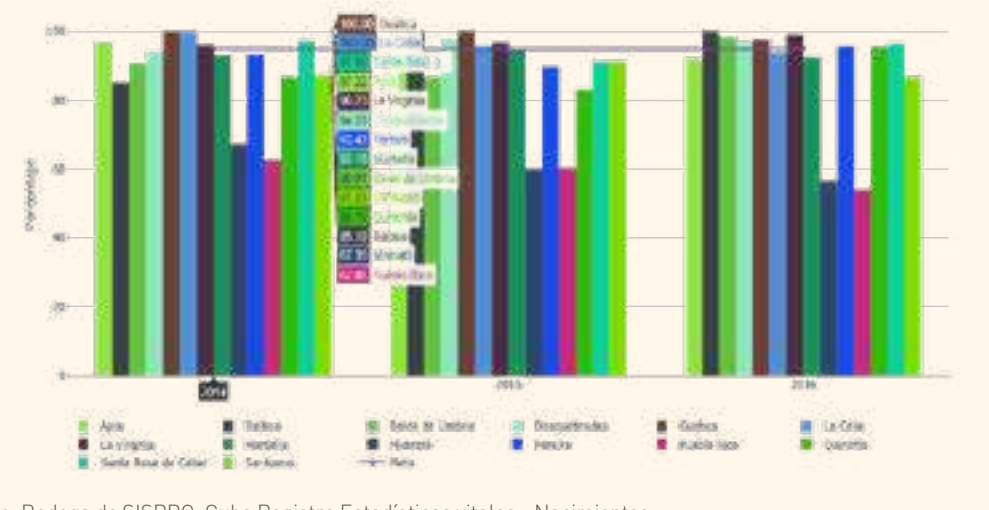
Gráfico 29. Proporción de recién nacidos por parto institucional – departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

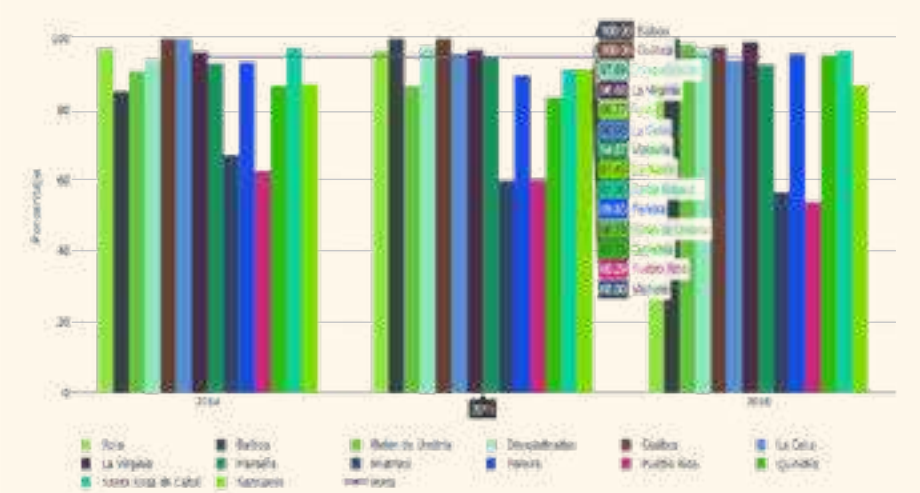
Gráfico 30. Proporción de recién nacidos por parto institucional 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

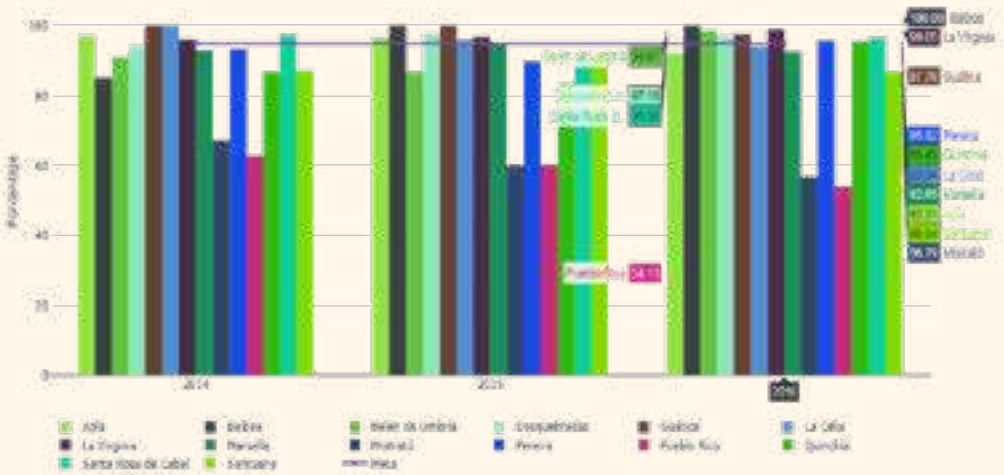
Gráfico 31. Proporción de recién nacidos por parto institucional 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 32. Proporción de recién nacidos por parto institucional 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.2.2 Proporción de nacidos vivos por cesárea

Indicador orientado a medir la calidad de la asistencia sanitaria en el proceso de la atención médica obstétrica y la práctica adecuada en la atención de los partos por parte del prestador.

Resultados

- Relaciona el número de nacidos vivos atendidos por cesárea entre el total de nacidos vivos en el período multiplicado por 100 en un período de tiempo definido. De acuerdo con los datos de los años objeto de medición, el indicador en el departamento varió de 27,59% a 27,78% entre el 2014 y 2015 y, de 27,78% a 26,85% entre el 2015 y 2016, con un comportamiento muy similar para los tres (3) períodos de medición. Criterio de referencia: menor al 15% - Organización Mundial de la Salud (OMS).

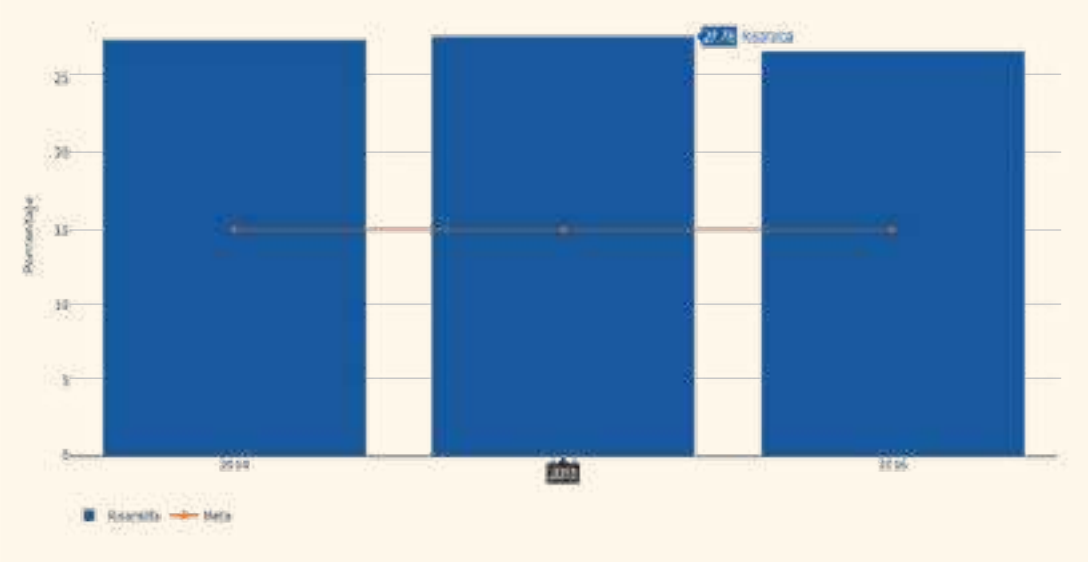
- Respecto a los municipios del departamento, se presenta información para los años 2014, 2015 y 2016 para los municipios que por el nivel de atención de sus IPS prestan el método quirúrgico de la cesárea: Pereira, Dosquebradas y La Virginia. Se muestra

información 2015 para Pereira (30,44%), Dosquebradas (22,37%) y La Virginia (10,29%), encontrándose este último municipio dentro del criterio de referencia planteado por la OMS.

- En 2015 y 2016, los municipios de Pereira y La Virginia tuvieron en su indicador una tendencia al descenso en comparación con el 2014 mejorando con ello su desempeño; sin embargo, Pereira (29,71%) continuó por fuera del criterio de referencia menor al 15%.

- El indicador para Dosquebradas pasó de 25,34% en 2015 a 26,42% en 2016, presentando una tendencia de incremento sostenido para los tres (3) años de medición.

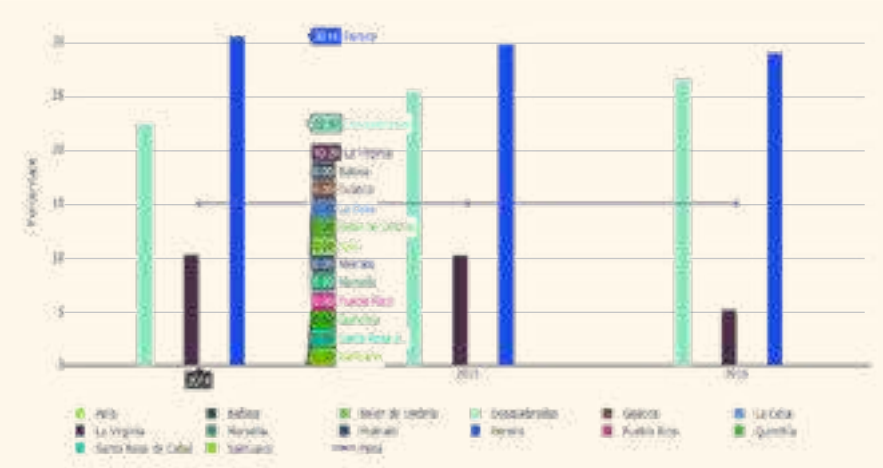
Gráfico 33. Proporción de nacidos vivos por cesárea – departamento de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - Resolución 256 de 2016 - Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 34. Proporción de nacidos vivos por cesárea 2014 – municipios de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - Resolución 256 de 2016 - Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

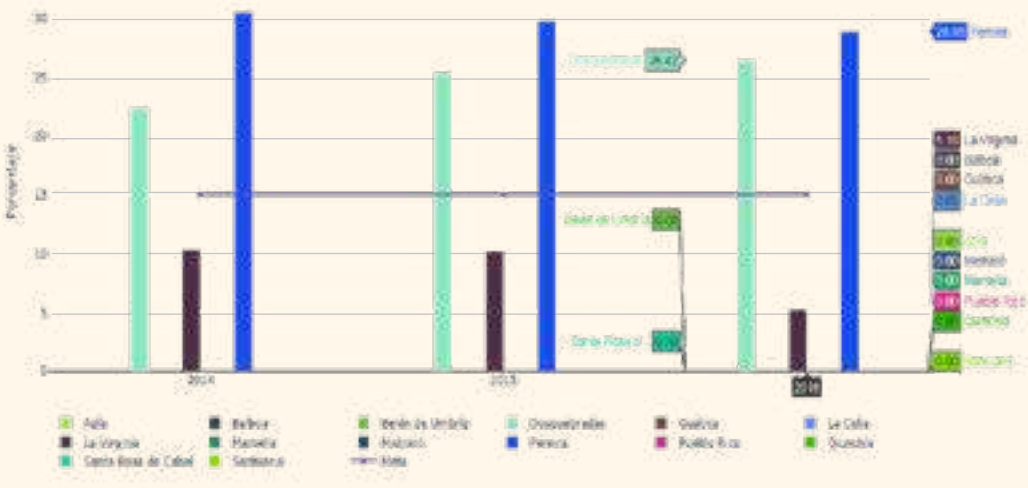
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 35. Proporción de nacidos vivos por cesárea 2015 – municipios de Risaralda

Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - Resolución 256 de 2016 - Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 36. Proporción de nacidos vivos por cesárea 2016 – municipios de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - Resolución 256 de 2016 - Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Atención del Recién nacido

Subdominio en donde se coleccionaron los siguientes dos (2) indicadores:

EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita

EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo

EF1.3.1 Tasa de incidencia de sífilis congénita

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en las actividades e intervenciones de Detección temprana y protección específica en la etapa prenatal, así como la oportunidad y accesibilidad en el tratamiento para sífilis gestacional, enfocados en la maternidad segura y la salud infantil.

Resultados

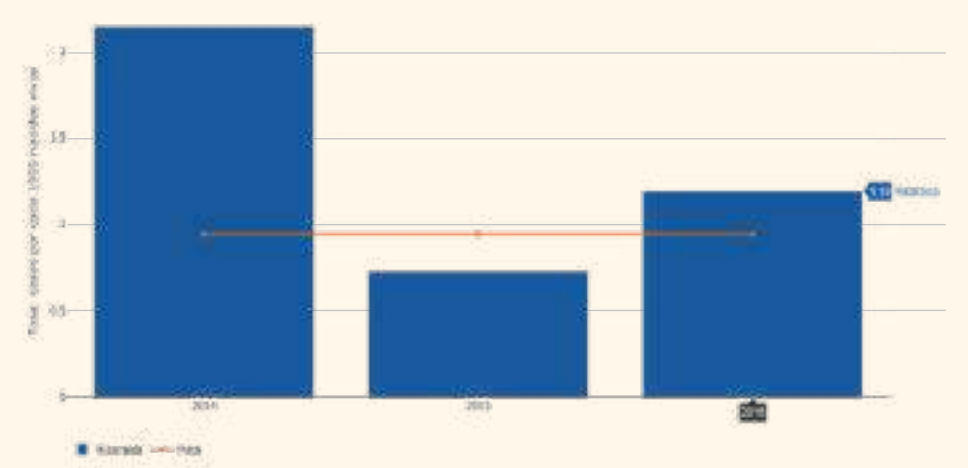
- La tasa de incidencia de sífilis congénita relaciona el número de casos nuevos de sífilis congénita notificados en el período y el total de nacimientos (nacidos vivos más mortinatos) en el mismo período de tiempo, multiplicado por 1000 nacidos vivos. En el departamento de Risaralda y de acuerdo a los datos disponibles en Bodega de Datos SISPRO (cubo SIVIGILA) y Estadísticas Vitales (RUAF Nacimientos), se evidenció una fluctuación del indicador pasando de 2,14 casos por 1000 nacidos vivos en 2014 a un valor de 0,73 casos por 1000 nacidos vivos en 2015 y luego en 2016 a 1,19 casos por 1000 nacidos vivos; ubicándose el indicador en el segundo período de medición dentro del criterio de referencia descrito en el Plan de Desarrollo 2016 - 2019 "Risaralda Verde y Emprendedora": Menor o igual a 0,94 casos por 1.000 nacidos vivos.

- En la desagregación por municipio, el Gráfico 38 muestra que en 2014 diez (10) de los catorce (14) municipios presentaron cero (0) casos de sífilis congénita por 1000 nacidos vivos, mientras que Dosquebradas, Santa Rosa de Cabal, Pereira y Pueblo Rico se encontraron por encima de la meta departamental con valores que oscilaron entre un máximo de 3,73 casos por 1000 nacidos vivos y 1,98 casos por 1000 nacidos vivos.

- En 2015, mejoró el desempeño del indicador en los municipios de Risaralda, pasando de diez (10) municipios con reporte de cero (0) casos de sífilis congénita a doce (12) municipios, asimismo, el indicador para los municipios de Pereira y Dosquebradas tuvo una tendencia decreciente permitiendo que este último se ubicara dentro del criterio de referencia departamental.

- En 2016, desmejoró el desempeño del indicador en comparación con el 2015 en el número de municipios que reportan el evento en cero (0) casos por 1000 nacidos vivos, se observa, de igual forma, un aumento del indicador en municipios que venían con notificación de cero (casos) en los dos períodos anteriores como La Virginia y Mistrató con 2,80 casos por 1000 nacidos vivos y Mistrató con 2,72 casos por 1000 nacidos vivos, respectivamente; Pereira tuvo con una tendencia de disminución progresiva del indicador para los tres (3) períodos de monitoreo.

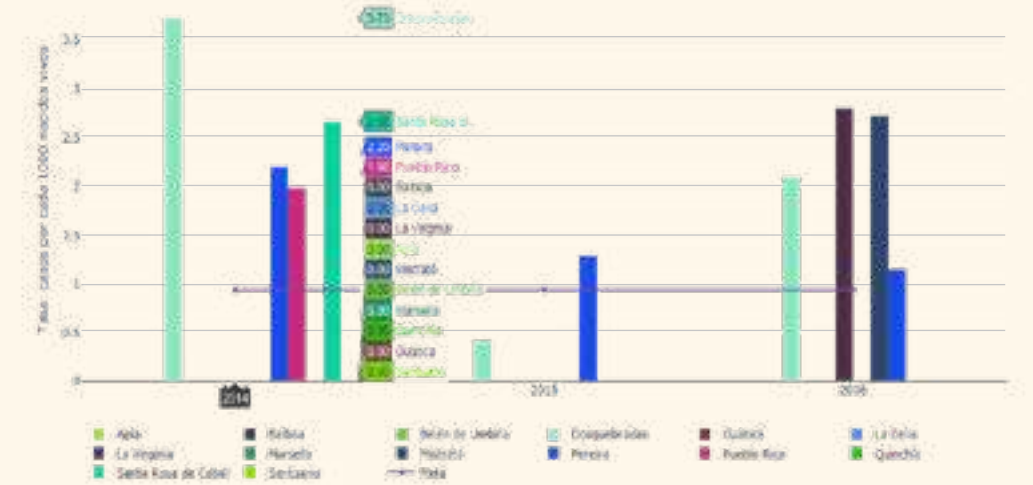
Gráfico 37. Tasa de incidencia de sífilis congénita – departamento de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - protocolo de la Vigencia en Salud Pública Sífilis gestacional y congénita - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

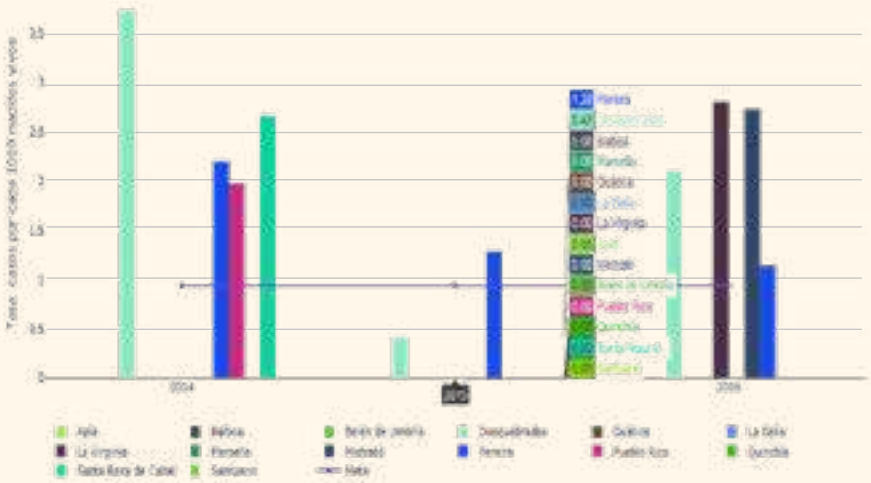
Gráfico 38 Tasa de incidencia de sífilis congénita 2014 – municipios de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - protocolo de la Vigencia en Salud Pública Sífilis gestacional y congénita - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

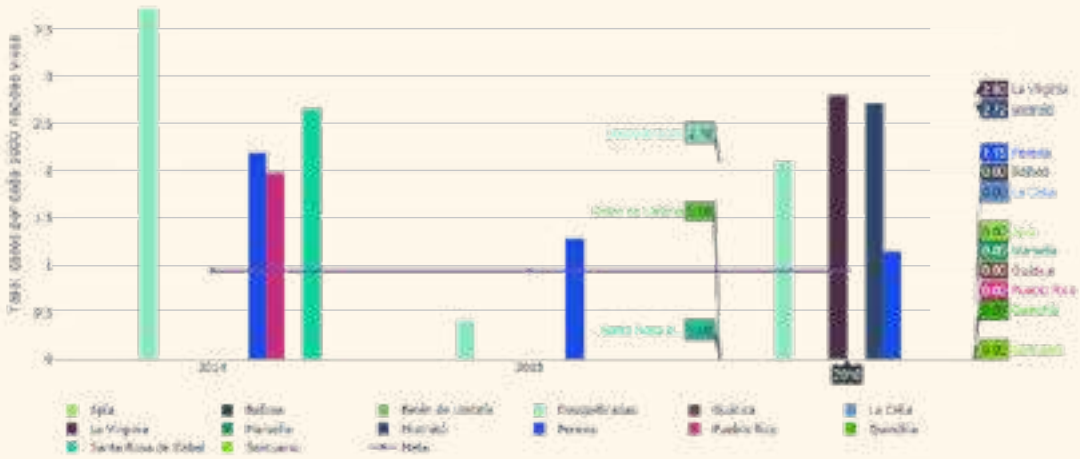
Gráfico 39. Tasa de incidencia de sífilis congénita 2015 – municipios de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - protocolo de la Vigencia en Salud Pública Sífilis gestacional y congénita - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 40. Tasa de incidencia de sífilis congénita 2016 – municipios de Risaralda



Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - protocolo de la Vigencia en Salud Pública Sífilis gestacional y congénita - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.3.2 Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a las actividades e intervenciones de detección temprana del hipotiroidismo congénito en la población neonatal mediante la aplicación de pruebas de tamizaje para la identificación de la población en riesgo y la oportunidad en el inicio del tratamiento.

Resultados

- Este indicador se obtiene de dividir el número de recién nacidos a quienes se les realizó tamizaje de hipotiroidismo entre el total de recién nacidos reportados en un período determinado, multiplicado por 100. El indicador en el departamento de Risaralda para los tres (3) años de monitoreo 2014, 2015 y 2016 tuvo un comportamiento diferente entre período y período con un descenso importante entre 2014 y 2016 de 30,25 puntos porcentuales, aumentando su distancia de la línea base referida en la Resolución 256 de 2016 que corresponde al 100%.

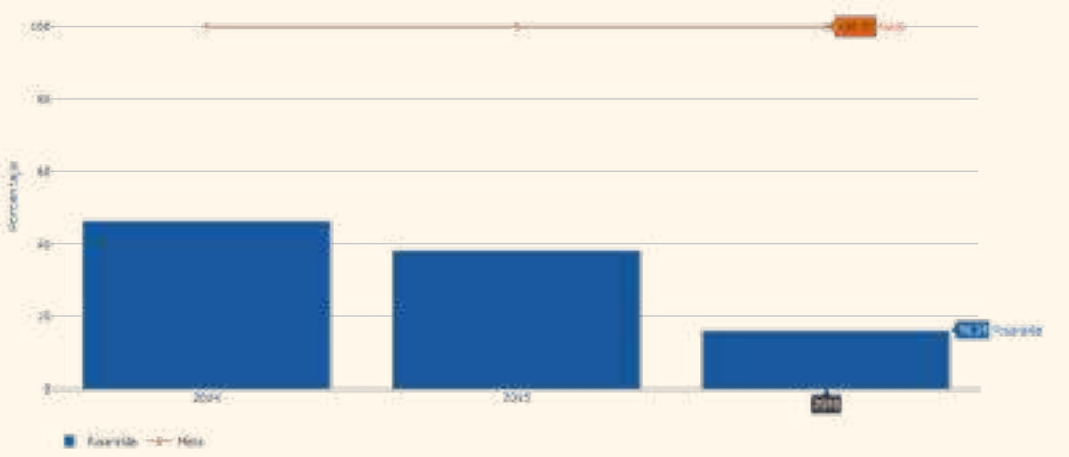
- Entre 2014 y 2015, los municipios de Apía, Belén de Umbría, Dosquebradas, Guática y Pereira tuvieron un descenso en el porcentaje del indicador, cuyas diferencias importantes se encuentran en Dosquebradas y Guática con 25,79 y 9,5 puntos porcentuales. La Celia, La Virginia (35,48%), Mistrató (82,08%), Quinchía (79,79%) y Santuario (95,35%) presentaron un mejor desempeño en el indicador para el segundo período de monitoreo con tendencia al crecimiento y, por tanto, disminución de la brecha de calidad en relación con la línea base.

- Se observó que en 2016 para trece (13) de los catorce (14) municipios de Risaralda en comparación con los períodos anteriores existieron descensos marcados en el indicador con porcentajes que oscilaron entre un máximo de 47,17% (Santuario) y un valor mínimo del 5,70% (La Virginia), afectando con ello, la media departamental para el año en comento.

- Llama la atención que el municipio de Balboa presenta para los tres años proporciones del 0% para el resultado del indicador.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

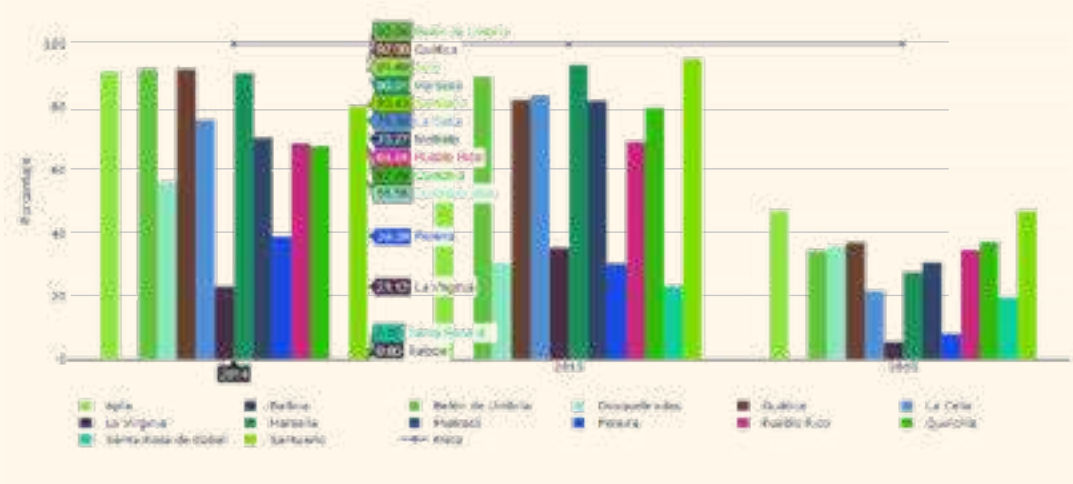
Gráfico 41. Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

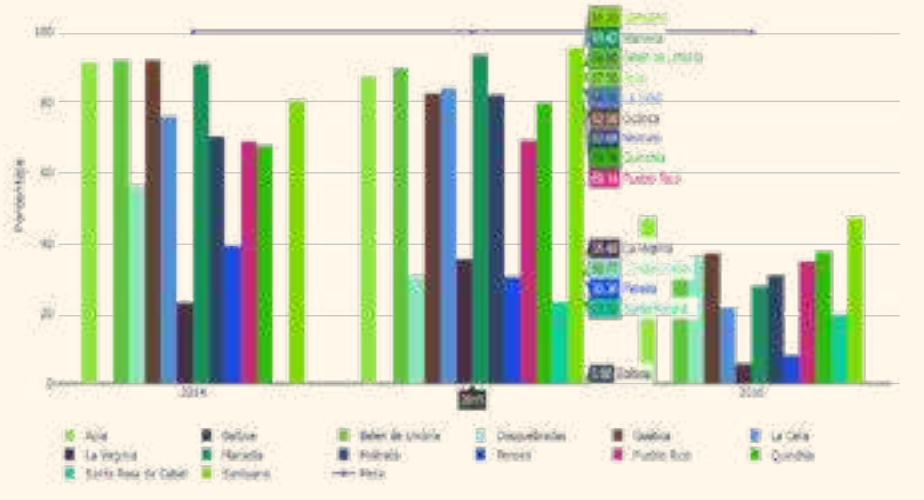
Gráfico 42. Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

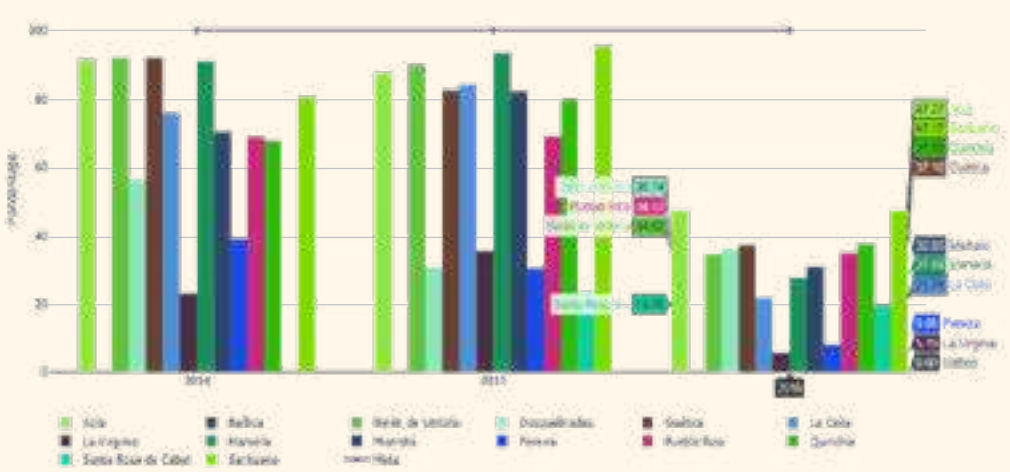
Gráfico 43. Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 44. Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica:Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Atención en la lactancia

Subdominio conformado por un (1) indicador:

EF1.4.1 Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la promoción, protección y apoyo a las prácticas de la lactancia materna a la mujer gestante y su familia dentro del marco de la Política Nacional de Lactancia materna

Resultados

- Cociente del total de gestantes reportadas que recibieron consejería en lactancia materna y el número de mujeres gestantes con control prenatal reportadas en un período determinado, la media nacional para el indicador en comento se ubicó para los tres (3) períodos objeto de seguimiento muy por debajo del criterio nacional (100%) definido en la Ruta de Atención Integral maternoperinatal con resultados que no alcanzaron el 50% de dicho criterio: 21,37% (2014), 33,12% (2015) y 44,36% (2016). Tendencia: incremento sostenido.

- Para el departamento de Risaralda, el indicador en comento se encontró con porcentajes de 9,74% (2014), 15,19% (2015) y 22,07% (2016) con una tendencia al incremento sostenido. En comparación con los resultados a nivel nacional, el indicador para el departamento no alcanzó el 50% de los puntos porcentuales reportados para el país en cada uno de los períodos de monitoreo, distando aún mucho más de la meta establecida en la Ruta de Atención Integral en mención.

- De acuerdo a la media nacional, en 2014 el indicador se situó en 21,37%, municipios como Apía y La Celia no distaron mucho de este resultado con 20,51% y 20,93% respectivamente; sin embargo, siete (7) de los demás municipios se encontraron por debajo del 10%, con los porcentajes más bajos para los municipios de Dosquebradas (5,08%), Mistrató (2,24%) y Pueblo Rico (2,11%). El municipio de Belén de Umbría reportó que del total de mujeres gestantes en control prenatal 51,74% recibieron consejería en lactancia materna, permitiendo ubicarlo como el municipio con el mejor resultado para el indicador.

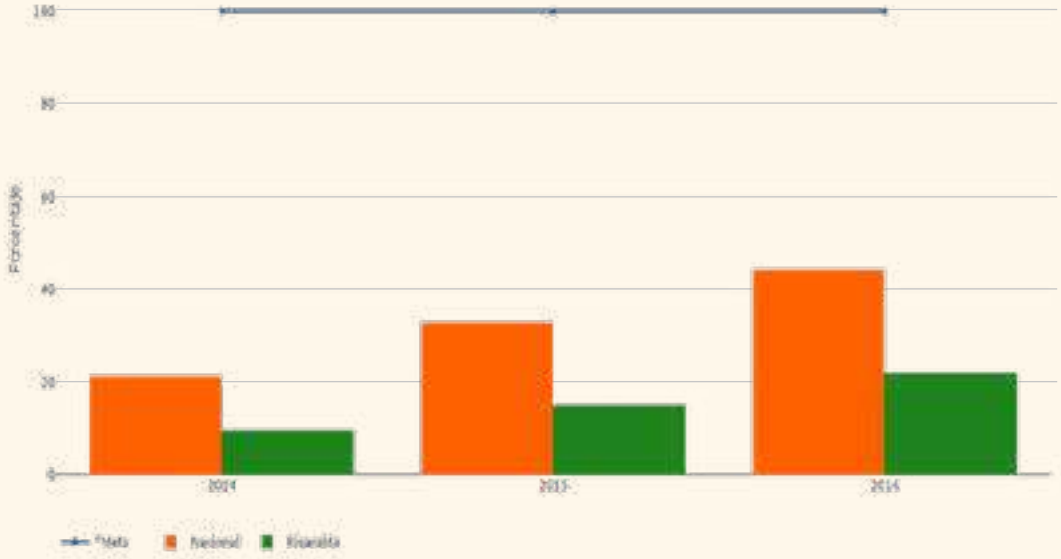
- En 2015 la media nacional estaba en 33,12%, aunque ninguno de los catorce (14) municipios alcanzan dicho porcentaje, cabe mencionar que Belén de Umbría y

Dosquebradas fueron los municipios que menos distan del total país con 19,17% y 21,25%. En comparación con 2014, municipios como Apía (20,51%), Balboa (23,08%), Belén de Umbría (51,74%), La Celia (20,93%), Quinchía (9,17%) y Santuario (17,39%) descendieron en 2015 en su resultado a menos de la mitad de lo reportado en el período anterior.

- En el Gráfico 8, en 2016 se observa un incremento sostenido respecto a los años anteriores para la media nacional con el 44,36%, algo similar ocurrió en los municipios de La Virginia (23,05%), Mistrató (29,38%), Pereira (22,80%) y Pueblo Rico (36,70%), mientras que Belén de Umbría se localizó nuevamente como el mejor municipio con reporte del indicador con 40,48%.

Nota: la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/

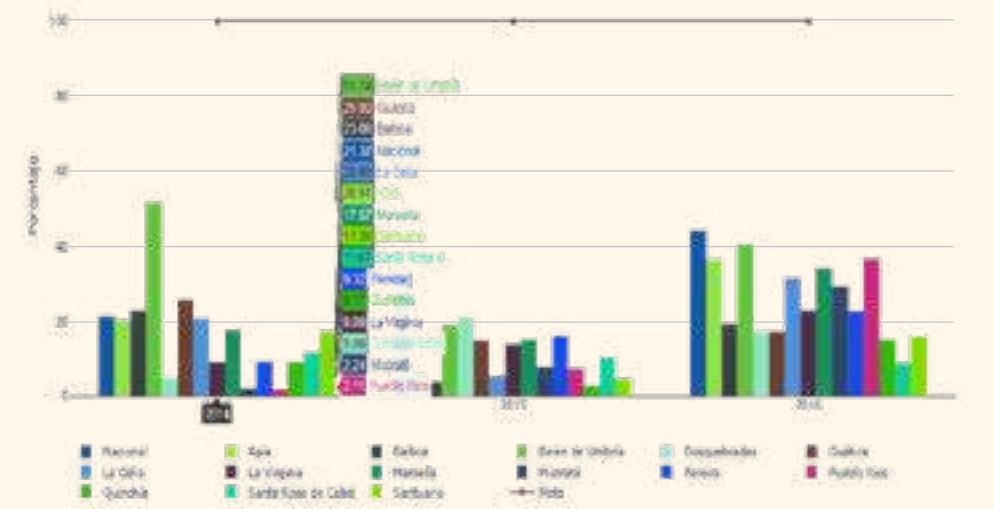
Gráfico 45. Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención de Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

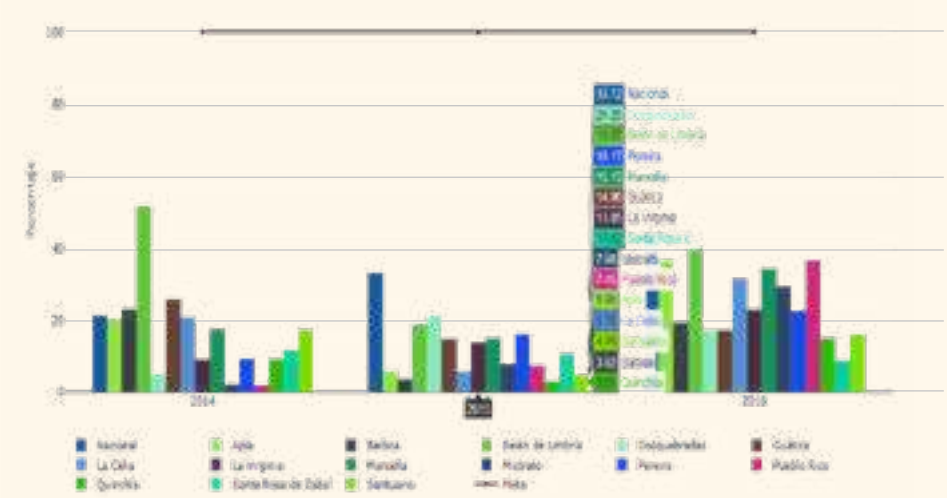
Gráfico 46. Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención de Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

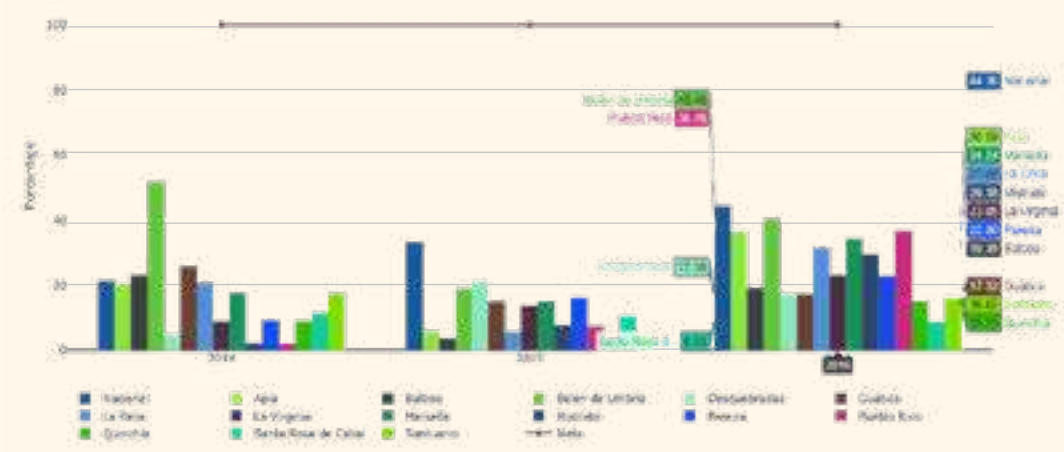
Gráfico 47. Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención de Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 48. Proporción de gestantes con consejería de lactancia materna 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012 - Ruta integral de atención de Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Atención de niños menores de 10 años

Subdominio integrado por tres (3) indicadores, los cuales se aprecian a continuación:

EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo

EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)

EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)

EF1.5.1 Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la accesibilidad y cobertura de actividades e intervenciones relacionadas con la demanda inducida, promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento y desarrollo en niños menores de 10 años

Resultados

El indicador hace referencia al número de menores de 10 años con consulta de primera vez por crecimiento y desarrollo, se evidenció que la media nacional para los tres (3) períodos medidos tuvo una tendencia al incremento sostenido con 29,88% (2014), 42,28% (2015) y 51,77%. Criterio de referencia: Norma Técnica para la Detección de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años - Resolución 412 de 2000: meta 100%.

A nivel departamental, el indicador para Risaralda también tuvo una tendencia al incremento sostenido con 28,83% (2014), 34,58% (2015) y 42,72% (2016); sin embargo, si se compara el incremento del indicador de la media nacional frente al incremento del indicador en el departamento se observa una diferencia mayor entre el uno y el otro en 2016 con 9,05 puntos porcentuales, alejándose el indicador del departamento tanto de la media nacional como del valor de referencia anteriormente mencionado.

Frente a la media nacional en 2014 con un porcentaje del 29,88%, se observó que municipios como Dosquebradas (31,06%), la Virginia (30,56%) y Pereira (35,38%) se encontraban por encima de dicho resultado; en 2015 solamente el municipio de Pereira (42,84%) se ubicó por encima de la media nacional (42,28%). Los municipios de Apía, Balboa, Belén de Umbría, Guática, La Celia, Mistrató, Pueblo Rico y Santuario en 2014 y 2015 presentaron resultados del indicador por debajo del 20%, inclusive cuatro (4) de estos municipios en 2016 continuaron manteniendo el indicador por debajo de este porcentaje (Apía, Mistrató, Pueblo Rico y Santuario).

Respecto al 2014, todos los municipios de Risaralda en 2016 tuvieron una tendencia al incremento del indicador, ubicándose Pereira (53,12%) por encima de la media nacional (51,77%) y no muy alejado de esta el municipio de Dosquebradas con 40,04%.

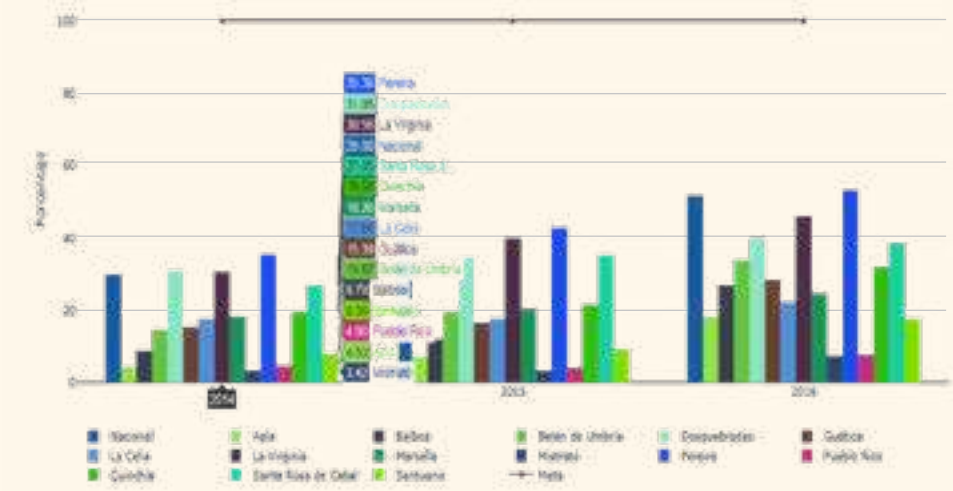
Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

Gráfico 49. Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo – nivel nacional y departamento de Risaralda

Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

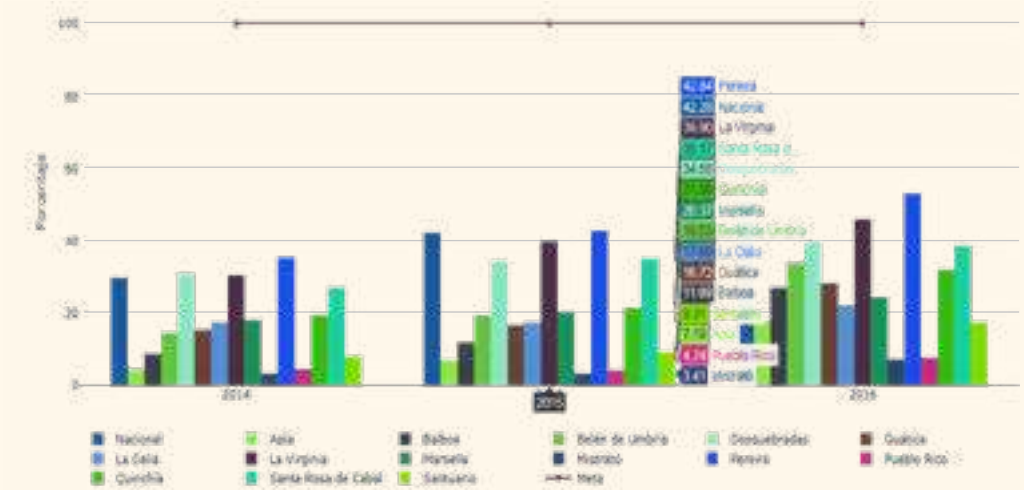
Gráfico 50. Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

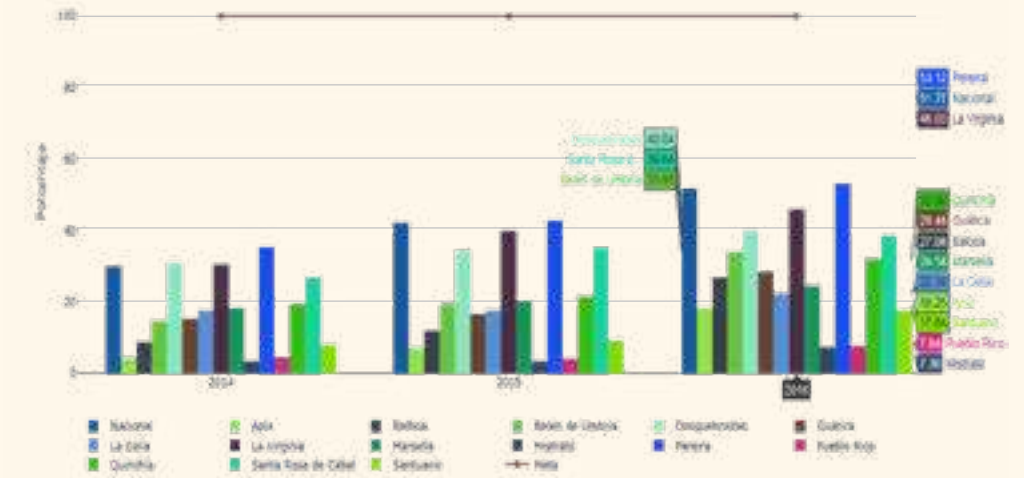
Gráfico 51. Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 52. Proporción de menores con ingreso a crecimiento y desarrollo 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.5.2 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA)

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la accesibilidad y oportunidad en la atención, eficacia y efectividad clínica por parte del prestador en la prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda en la población menor de 5 años.

Resultados

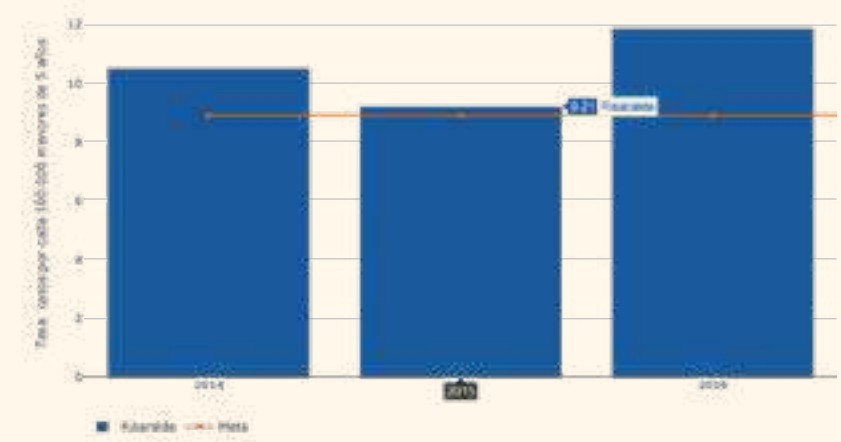
- Se determina como el cociente, entre el número de muertes por infección respiratoria aguda en menores de 5 años y el número total de menores de 5 años para un período determinado, multiplicado por 100.000. Para los tres (3) períodos de monitoreo, en el departamento de Risaralda la magnitud de la mortalidad por IRA cambió de una tasa de 10,50 casos por 100.000 menores de 5 años en 2014 a una tasa de 9,21 casos en 2015 y en 2016 presentó un incremento alcanzando 11,86 casos por 100.000. Criterio de referencia: menor o igual a 8,9 casos x 100.000 menores de 5 años - Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

- En el Gráfico 54., se muestran los resultados del 2014 para los municipios de Risaralda con valores por encima del criterio de referencia en Pueblo Rico con 222,10 casos por 100.000 menores de 5 años y Mistrató con 90,83 casos por 100.000 niños menores de 5 años. Dosquebradas y Pereira guardan un buen comportamiento del indicador con 6,61 casos y 2,92 casos x 100 mil menores respectivamente.

- Pueblo Rico y Mistrató en el segundo período de medición (2015), respecto al período anterior presentaron una tendencia al descenso del indicador con una notoria diferencia de casi el 50% de los casos, mejorando por tanto el desempeño del indicador. Belén de Umbría, Marsella y Santa Rosa de Cabal relacionan 77,10 casos, 53,59 casos y 17,16 casos por 100.000 menores de 5 años. Pereira continuó ubicándose dentro del criterio de referencia con 2,94 casos x 100 mil menores (Gráfico 54).

- En 2016 (Gráfico 56.), Mistrató continuó con descenso en el resultado de su indicador para un consolidado de 44,62 casos por 100.000 menores de 5 años; Pueblo Rico encabezó nuevamente como el municipio con mayor número de casos relacionados, con una tasa de mortalidad por IRA de 108,17 casos x 100 mil y Pereira triplicó el número de casos por 100.000 menores respecto al 2015.

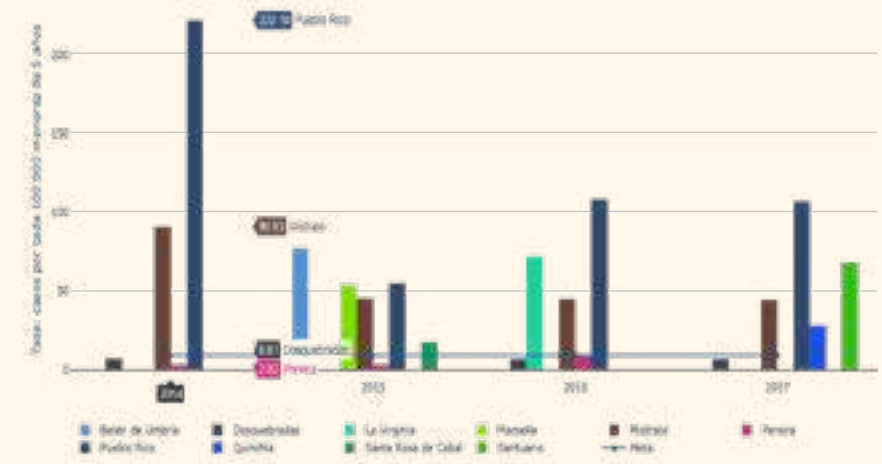
Gráfico 53. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) – departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

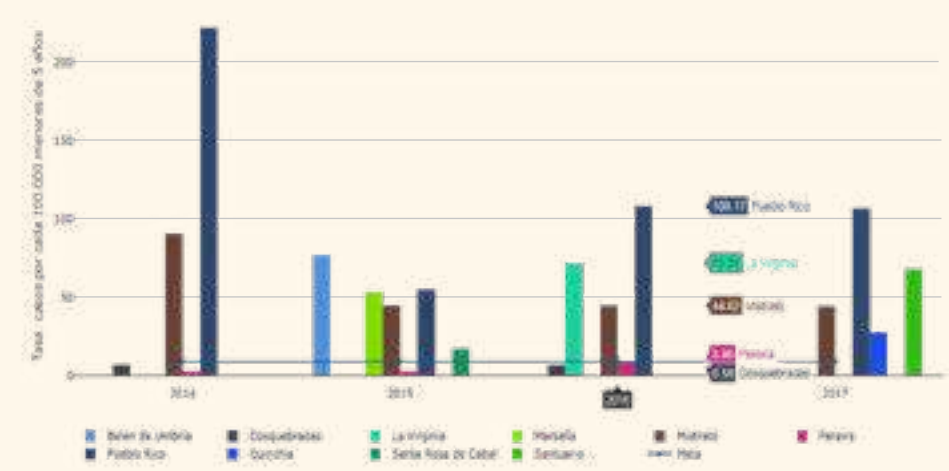
Gráfico 54. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

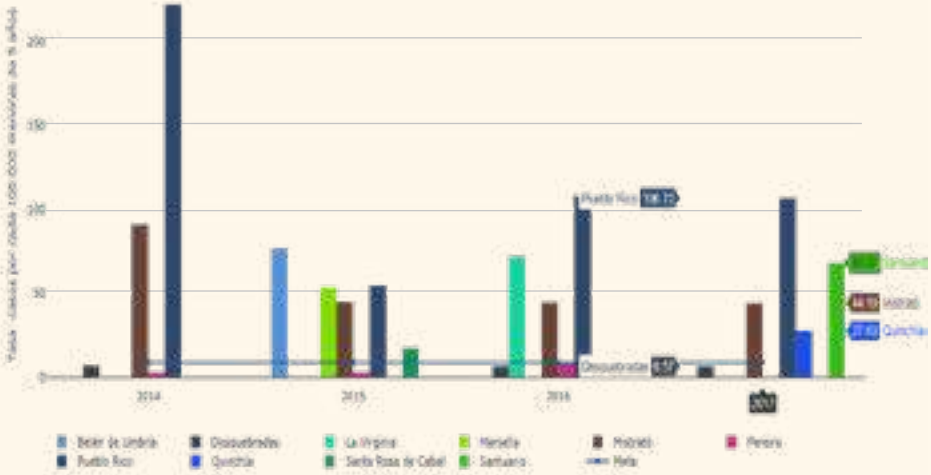
Gráfico 55. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 56. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA) 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de Datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica:Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

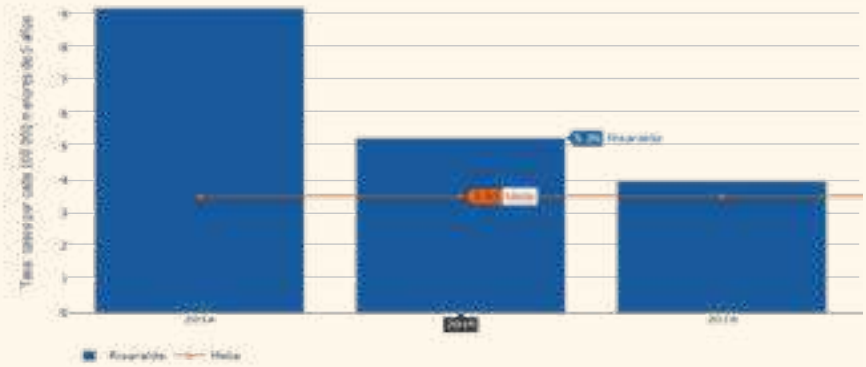
EF1.5.3 Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la accesibilidad y oportunidad en la atención, eficacia y efectividad clínica por parte del prestador en la prevención, manejo y control de la enfermedad diarreica aguda en la población menor de 5 años.

Resultados

- La tasa se obtiene del cociente del número de muertes por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años y el número total de menores de 5 años, multiplicado por 100.000. En el Gráfico 57., la tasa de mortalidad en Risaralda tuvo una tendencia al descenso sostenido en el tiempo para los años 2014, 2015 y 2016, observándose una disminución importante entre el primer y segundo período de medición pasando de 9,19 casos por 100.000 menores a 5,26 casos por 100 mil menores de 5 años y al final de la serie con 3,95 casos, respectivamente. Criterio de referencia: línea base menor o igual a 3,5 casos x 100.000 menores de 5 años - Resolución 256 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016g)
- Respecto a los municipios del departamento de Risaralda, se observó información para Mistrató, Pueblo Rico y Quinchía; en la serie de tiempo 2014-2016 se mostró en Pueblo Rico una tendencia a la disminución sostenida del indicador con una variación de 333,15 a 164,56 casos por 100 mil menores de 5 años y luego en el último período de medición, de 108,17 casos por 100.000 menores; con el municipio de Mistrató sucede algo muy similar entre 2014 y 2015, aunque sin información en 2016. Quinchía tiene aparición en 2016 con 27,67 casos x 100.000 menores de 5 años.

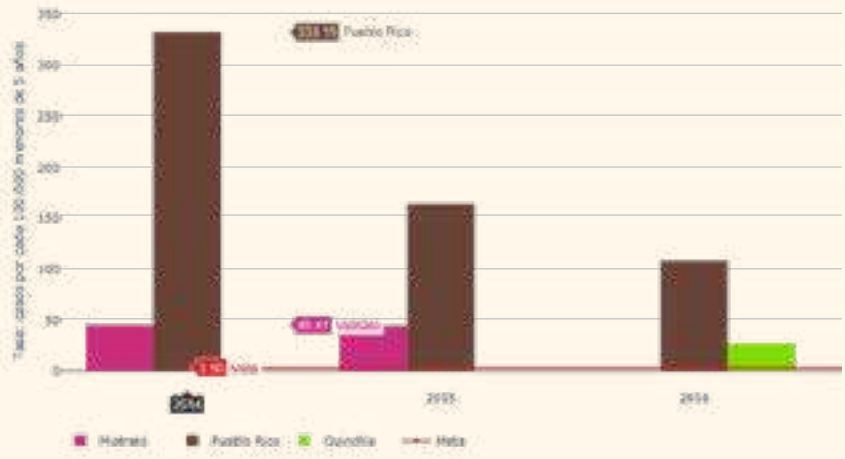
Gráfico 57. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) – departamento de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

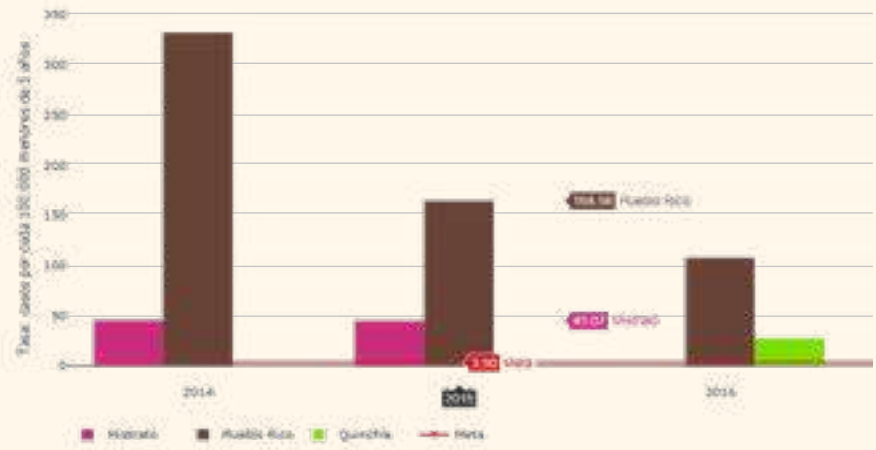
Gráfico 58. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 59. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 60. Tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA) 2016 – municipios de Risaralda

Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Indicadores globales materno infantil

Subdominio en donde se registran los siguientes cuatro (4) indicadores:

EF1.6.1 Razón de morbilidad materna extrema

EF1.6.2 Razón de mortalidad materna temprana

EF1.6.3 Tasa de mortalidad perinatal

EF1.6.1 Razón de morbilidad materna extrema

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la accesibilidad, oportunidad y continuidad en actividades e intervenciones de detección temprana y protección específica, capacidad resolutiva del prestador durante la etapa prenatal, parto y puerperio, se asocia también con la cobertura del parto institucional y la calidad de la atención perinatal dentro del marco de la maternidad segura.

Resultados

- La razón de morbilidad materna extrema se obtiene del cociente entre el número de casos de morbilidad materna extrema (complicación severa que ocurre durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo) en un período de tiempo y el número de nacidos vivos dentro del mismo período de tiempo, por cada 1000 nacidos vivos. De acuerdo con los datos disponibles y suministrados por Risaralda, se obtuvieron resultados departamentales para 2014, 2015 y 2016 con una variación de 12,13 a 11,88 casos y de 11,88 a 16,49 casos por cada 1000 nacidos vivos. Tendencia decreciente entre 2014 y 2015, para un posterior crecimiento del indicador entre 2015 y 2016. Criterio de referencia: menor o igual a 5,8 casos x 1.000 nacidos vivos – Instituto Nacional de Salud.

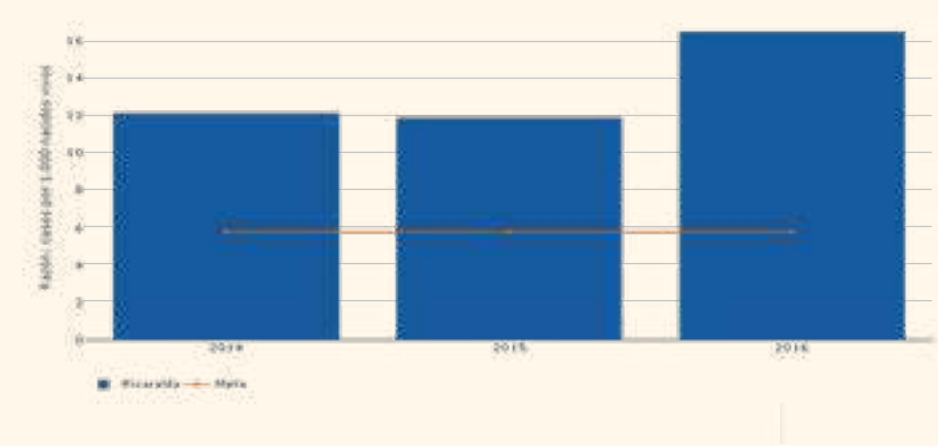
- En la desagregación por municipio, se observó que los resultados del indicador para La Virginia, Quinchía, Mistrató y La Celia en 2014 se ubicaron dentro del criterio de referencia nacional con 5,59 casos, 5,35 casos y cero (0) casos para los dos últimos municipios en comento; Balboa se encontró sin información y el restante de municipios con valores que oscilaron entre un máximo de 19,32 casos y un mínimo de 6,43 casos por cada 1000 nacidos vivos.

- En 2016, los municipios de Marsella, Pereira, Santa Rosa de Cabal, Guática, Quinchía y Pueblo Rico respecto al período anterior mostraron una tendencia decreciente en su indicador con diferencias importantes en Marsella con 14,08 casos, Pueblo Rico 5,32 casos y Quinchía 5,59 casos por cada 1000 nacidos vivos. Otros municipios como La Virginia y La Celia presentaron crecimientos anuales en su indicador con diferencias importantes de 6,48 y 13,51 casos por cada 1000 nacidos vivos.

- La Celia que venía con crecimiento en su indicador fluctuó de 13,51 casos en 2016 a 59,70 casos por 1000 nacidos vivos en 2017, algo similar ocurrió en Balboa que venía sin información en el numerador del indicador en 2014 y 2015, reportó 41,67 casos en el último año de medición; el único municipio que cumplió con el criterio de referencia fue Mistrató con 5,45 casos por cada 1000 nacidos vivos. Los demás municipios se ubicaron por fuera del criterio de referencia nacional con una razón de morbilidad materna extrema con valores entre 16,66 casos (valor máximo) y 6,80 casos por cada 1000 nacidos vivos.

Nota: para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.

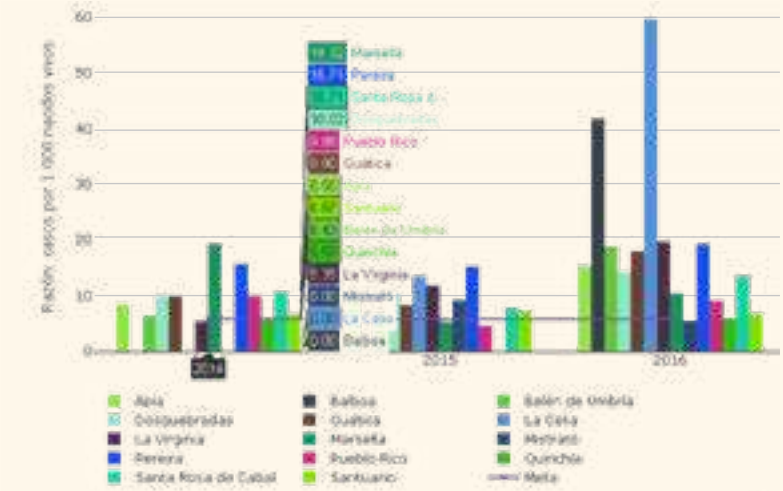
Gráfico 61. Razón de morbilidad materna extrema – departamento de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Protocolo de la vigilancia en salud pública morbilidad extrema - Instituto Nacional de Salud 2017 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

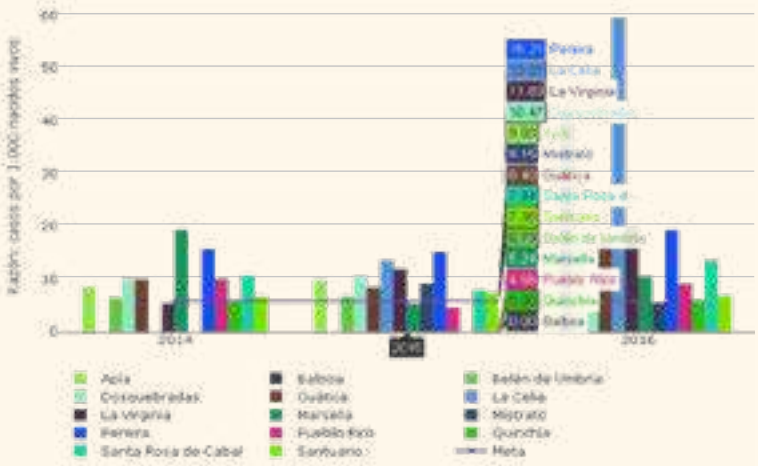
Gráfico 62. Razón de morbilidad materna extrema 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Protocolo de la vigilancia en salud pública morbilidad extrema - Instituto Nacional de Salud 2017 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

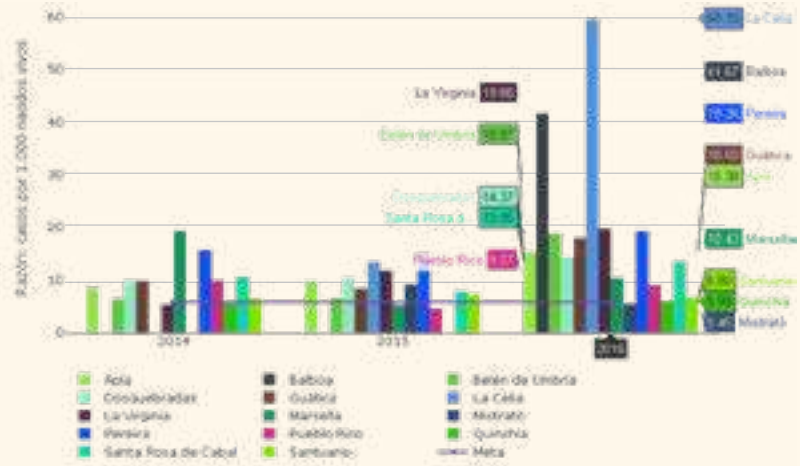
Gráfico 63. Razón de morbilidad materna extrema 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Protocolo de la vigilancia en salud pública morbilidad extrema - Instituto Nacional de Salud 2017 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 64. Razón de morbilidad materna extrema 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica:Protocolo de la vigilancia en salud pública morbilidad extrema - Instituto Nacional de Salud 2017 - Ruta integral de atención Materno Perinatal - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.6.2 Razón de mortalidad materna temprana

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la accesibilidad, oportunidad y continuidad en actividades e intervenciones de detección temprana y protección específica, capacidad resolutiva del prestador durante la etapa prenatal, parto y puerperio, se asocia también con la cobertura del parto institucional y la calidad de la atención perinatal dentro del marco de la maternidad segura.

Resultados

- La defunción materna temprana se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. La razón de mortalidad materna extrema se obtiene del cociente entre el número total de casos de muerte materna temprana ocurridas en el período y el número total de nacidos vivos en el mismo período de tiempo, se multiplica por 100.000 nacidos vivos.

- Teniendo en cuenta los datos de los períodos de tiempo 2014, 2015 y 2016, la razón de mortalidad materna temprana en el departamento de Risaralda tuvo una variación importante de 26,95 a 12,28 casos por cada 100.000 nacidos vivos entre los dos (2) primeros períodos y de 12,28 casos a 27,64 casos por 100.000 nacidos vivos entre el segundo y tercer período. Pese a que el indicador mantuvo un buen desempeño en comparación con el criterio de referencia nacional, llama la atención el crecimiento de este en 2017 con una diferencia relevante frente al anterior período de 9,36 casos por cada 100.000 nacidos vivos.

- Criterio de referencia: línea de base menor o igual a 45 casos x 100.000 nacidos vivos - Instituto Nacional de Salud.

- En la desagregación por municipio para los tres (3) períodos observados y de acuerdo a los datos extraídos del cubo de estadísticas vitales – defunciones (Bodega de datos SISPRO), en 2014 se evidencia en el

- Gráfico 66. que once (11) de los catorce (14) municipios del departamento presentaron resultados del indicador en cero (0) casos por cada 100.000 nacidos vivos, los otros

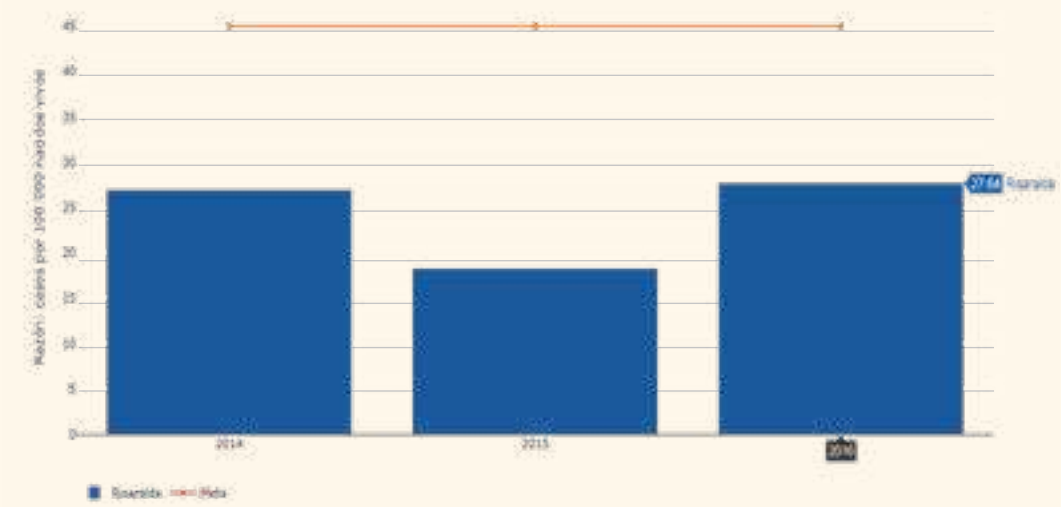
municipios como Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal y Pereira mostraron resultados que oscilaron entre un valor máximo del 199,60 casos y un mínimo de 18,48 casos x 100 mil nacidos vivos.

En 2015, Apía tuvo un significativo incremento en el resultado del indicador respecto al período anterior que fluctuó de cero (0) casos a 980,39 casos por cien mil nacidos vivos lo que representa en el numerador (1) caso de muerte materna temprana y 102 nacidos vivos para el denominador en el mismo período de tiempo. Los demás municipios fluctuaron en un rango de estabilidad frente al criterio de referencia indicador por el INS.

Para 2016, el Gráfico 68 ilustra que once (11) de los catorce (14) municipios del departamento presentaron resultados en cero (0) casos x 100000 nacidos vivos, sumándose a este grupo Apía que venía con un aumento en el indicador en 2015.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes al evento específico de la Bodega de Datos SISPRO: cubo estadísticas vitales – defunciones para el numerador y de estadísticas vitales – nacimientos para el denominador.*

Gráfico 65. Razón de mortalidad materna temprana – departamento de Risaralda



Fuente: Base Datos SISPRO: Cubo de estadísticas vitales – Defunciones
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016 - Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad materna - Instituto Nacional de Salud 2017 - OPS Plan estratégico 2014-2019

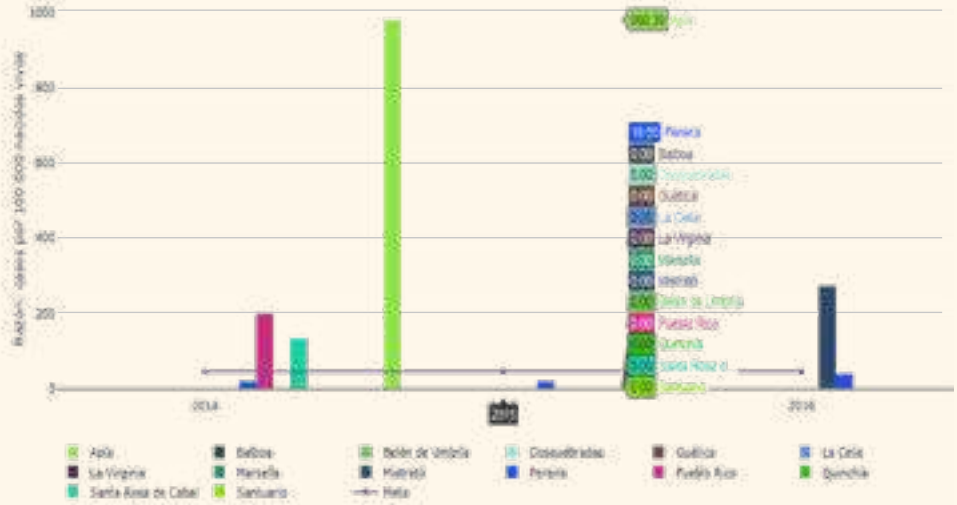
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 66. Razón de mortalidad materna temprana 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: Base Datos SISPRO: Cubo de estadísticas vitales – Defunciones
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016 - Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad materna - Instituto Nacional de Salud 2017 - OPS Plan estratégico 2014-2019

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

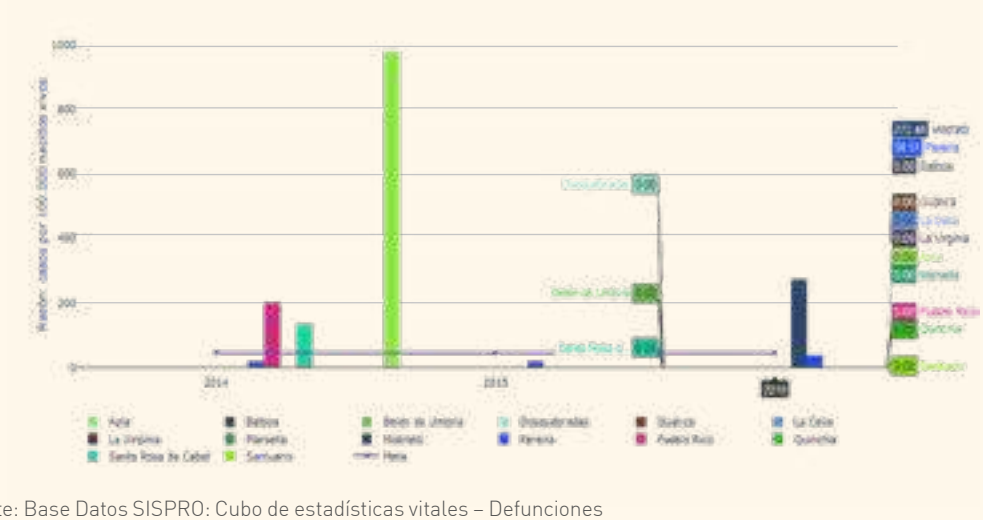
Gráfico 67. Razón de mortalidad materna temprana 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SISPRO: Cubo de estadísticas vitales – Defunciones
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016 - Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad materna - Instituto Nacional de Salud 2017 - OPS Plan estratégico 2014-2019

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 68 .Razón de mortalidad materna temprana 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Base Datos SISPRO: Cubo de estadísticas vitales – Defunciones
Fuente Metodológica:Resolución 256 de 2016 - Protocolo de vigilancia en salud pública Mortalidad materna - Instituto Nacional de Salud 2017 - OPS Plan estratégico 2014-2019

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF1.6.3 Tasa de mortalidad perinatal

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en sus componentes de detección temprana y protección específica en la etapa prenatal, promoción y cobertura del parto institucional y la calidad de la atención del recién nacido.

Resultados

- La tasa se obtiene del cociente entre el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso y los siete días completos después del nacimiento y el número total de nacidos vivos más el número de muertes fetales con 22 semanas completas (154 días) de gestación o con 500 gramos o más de peso, multiplicado por mil.

- Para el departamento de Risaralda, la tasa de mortalidad perinatal en los tres (3) años monitoreados, tuvo unos resultados que fluctuaron entre período y período con un incremento importante en 2015 alcanzando 14,03 casos por 1000 nacimientos, en los otros períodos se guardó un buen desempeño del indicador frente al Criterio de referencia: menor o igual a 13 x 1.000 nacimientos – Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015).

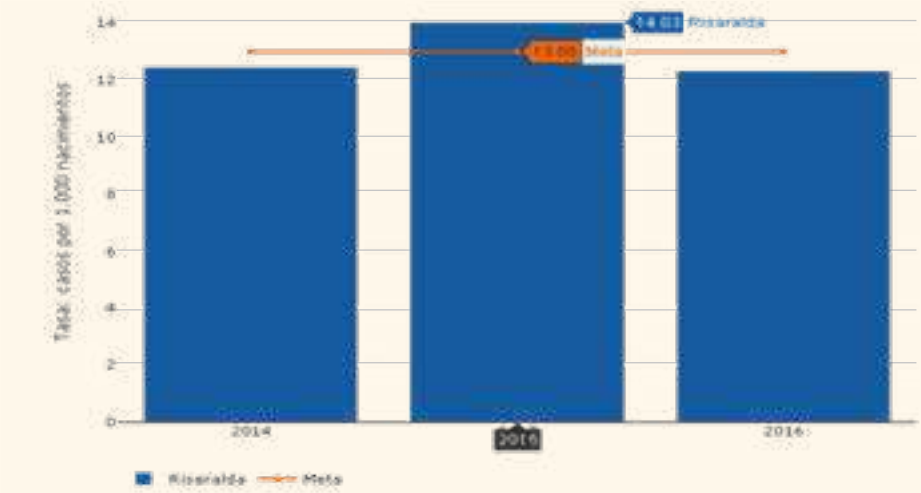
- Para el cálculo del indicador se tuvo en cuenta el municipio de residencia de la madre; en 2014, resultados de seis (0) municipios con cero (0) casos por mil nacimientos, dentro de estos se encuentran: Guática, Belén de Umbría, Apía, Mistrató, Quinchía y Balboa. Dentro del criterio de referencia también se ubicaron Pereira, Pueblo Rico, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal con tasas que oscilaron entre un máximo de 13 casos y un mínimo de 6,66 casos por cada mil nacimientos. Los demás municipios presentaron el indicador por encima del criterio de referencia, llama la atención La Celia con la notificación de 27,40 casos x 1000 nacimientos.

- En el 2015, los municipios de Quinchía, Belén de Umbría, Mistrató, Apía y Guática, continuaron con resultados en el indicador en cero (0) casos por cada 1000 nacimientos, se sumó a estos La Celia que había mostrado en 2014 el mayor número de casos de mortalidad perinatal. El resto de municipios a excepción de Dosquebradas tuvieron resultados de su indicador por encima del criterio de referencia nacional, con un incremento importante en Pueblo Rico que duplicó el resultado del primer período observado.

- Apía, Mistrató, Quinchía, Guática y Belén de Umbría continuaron en 2016 con cero (0) casos para la tasa de mortalidad perinatal. Pueblo Rico, La Virginia, Pereira y Pueblo Rico estabilizaron el indicador dentro del criterio de referencia nacional. Los municipios de Santuario y Balboa continuaron con un significativo incremento anual respecto al período anterior, que varió de 21,74 casos a 32,89 casos por mil nacimientos y de 15,87 casos a 40 casos x 1000 nacimientos, respectivamente.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes de la Base RUAF (defunciones) del departamento de Risaralda (numerador) y de la bodega de datos SISPRO: cubo registro estadísticas vitales – nacimientos (denominador).*

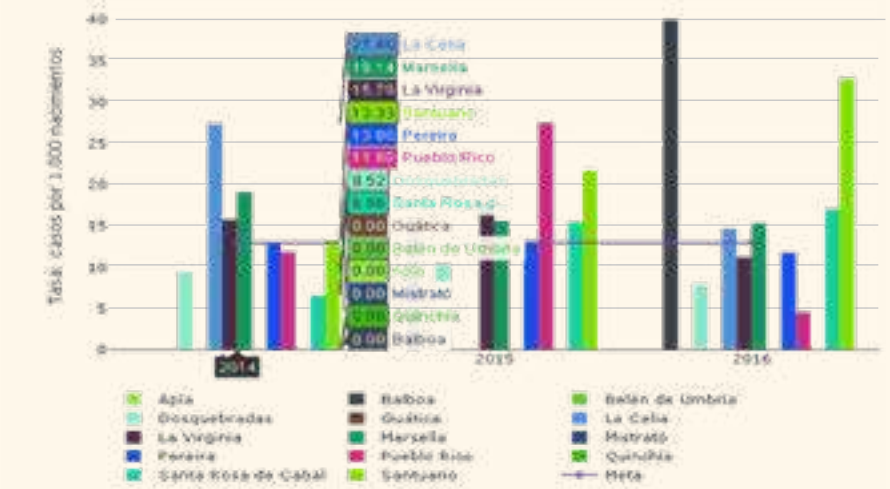
Gráfico 69. Tasa de mortalidad perinatal – departamento de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda y Bodega de Datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe nacional de Calidad de la Atención den Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

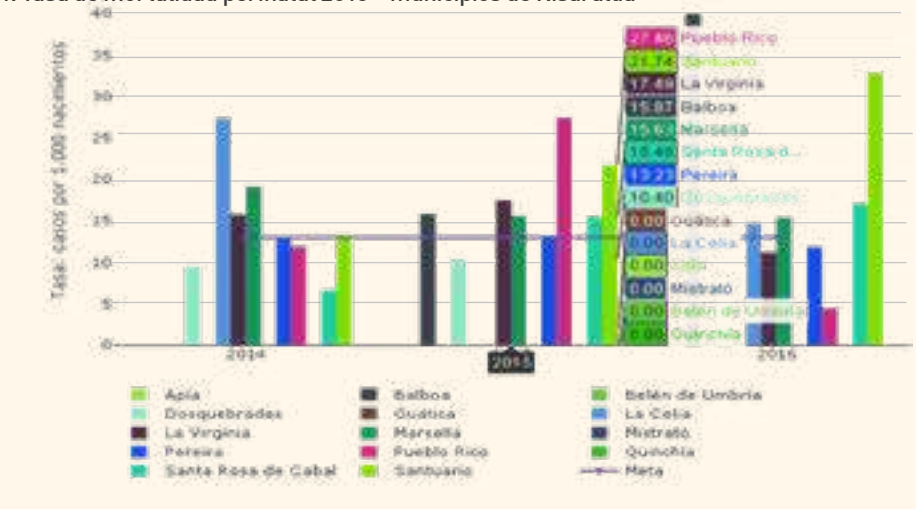
Gráfico 70. Tasa de mortalidad perinatal 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda y Bodega de Datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe nacional de Calidad de la Atención den Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

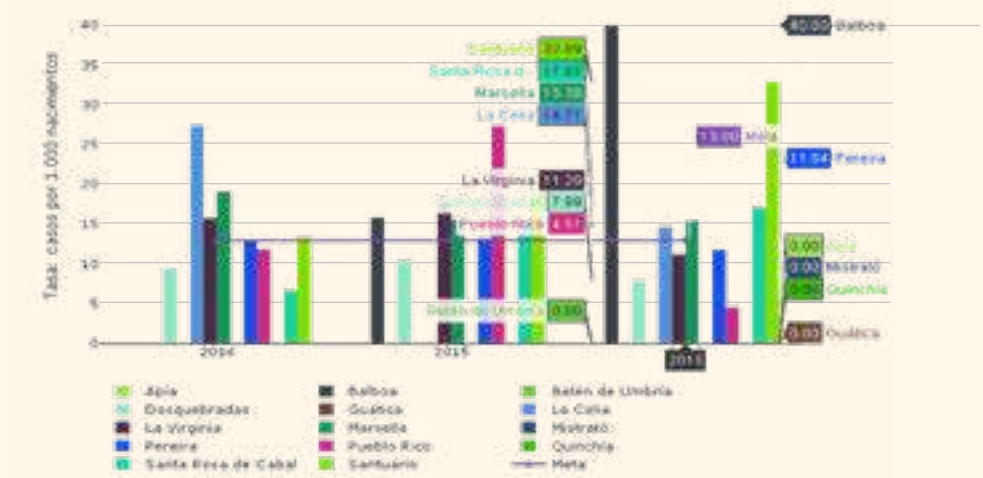
Gráfico 71. Tasa de mortalidad perinatal 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda y Bodega de Datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe nacional de Calidad de la Atención den Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 72. Tasa de mortalidad perinatal 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda y Bodega de Datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica:Informe nacional de Calidad de la Atención den Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Enfermedad crónica transmisible

Subdominio integrado por cuatro (4) indicadores cuantitativos relacionados con la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis y sus contactos, así como la coordinación e integración interinstitucional en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Subdominio 2 Tuberculosis (TB)

Subdominio compuesto por cuatro (4) indicadores a saber:

EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas

EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB

EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH

EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados)

EF2.1.1 Incidencia TB todas las formas

Indicador orientado a medir la calidad de la atención relacionada con la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis y sus contactos, así como la coordinación e integración interinstitucional en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Resultados

- De acuerdo con los datos disponibles en el libro del programa de tuberculosis, en el departamento de Risaralda en los tres períodos de tiempo observados 2014, 2015 y 2016 la incidencia de tuberculosis (TB) en todas las formas presentó resultados de 10,14 casos, 47,06 casos y 49,62 casos por 100000 habitantes, respectivamente; el

indicador tuvo un incremento significativo entre 2014 y 2015 con una diferencia de 36,92 casos x 100 mil habitantes. Criterio de referencia: menor o igual a 12,35 casos x 100.000 habitantes - Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

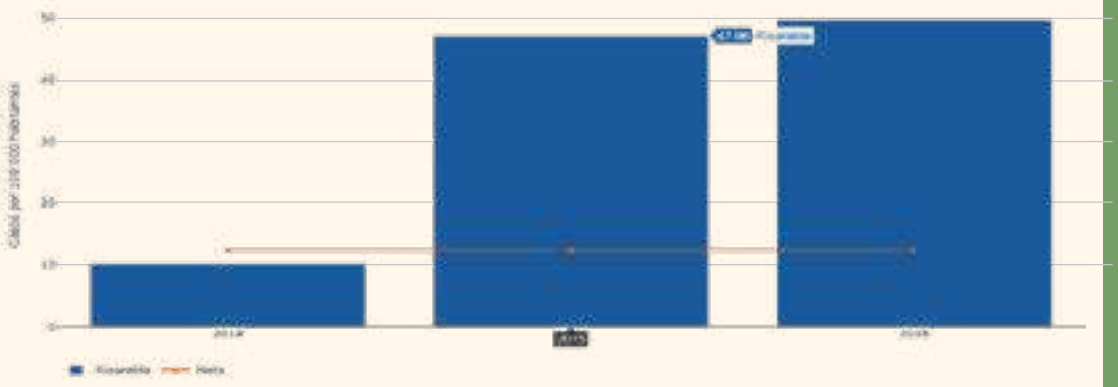
- En la desagregación por municipio, se evidenció que la tasa de incidencia de tuberculosis en 2014 en ocho (8) municipios del departamento arrojó resultados de cero (0) casos x 100000 habitantes y cuatro (4) municipios con tasas que oscilaron entre un valor máximo de 9,72 casos y un mínimo de 4,33 casos por cien mil habitantes, todos ellos con un buen desempeño del indicador frente a la meta enunciada en el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. En Pueblo Rico y Pereira se registraron 22,86 y 13,70 casos por 100000 habitantes, respectivamente.

- El Gráfico 75. muestra la tendencia del indicador en 2015 hacía el crecimiento del indicador en la mayoría de los municipios, a excepción de Balboa que continuó con el reporte de cero (0) casos por 100000 habitantes, al respecto, los municipios de La Celia, Belén de Umbría, Guática, Santuario y Apía presentaron resultados cuyo desempeño se encontró dentro de la meta de 12,35 casos x 100 mil habitantes. Los demás municipios registraron tasas que fluctuaron entre 64,31 casos y 21,46 casos.

- En 2016, los municipios de Apía y Guática continuaron con un buen desempeño del indicador frente a la meta nacional con 10,46 y 0 casos por 100000 habitantes, respectivamente; en los demás municipios se presentaron tasas por encima de 12,35 casos, llama la atención Pueblo Rico en donde se registraron resultados de 111,46 casos por 100 mil habitantes, más del doble de casos notificados que en 2015.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes del libro del programa de TB: Reporte TB sensible en caso del numerador y para el denominador las proyecciones población DANE.*

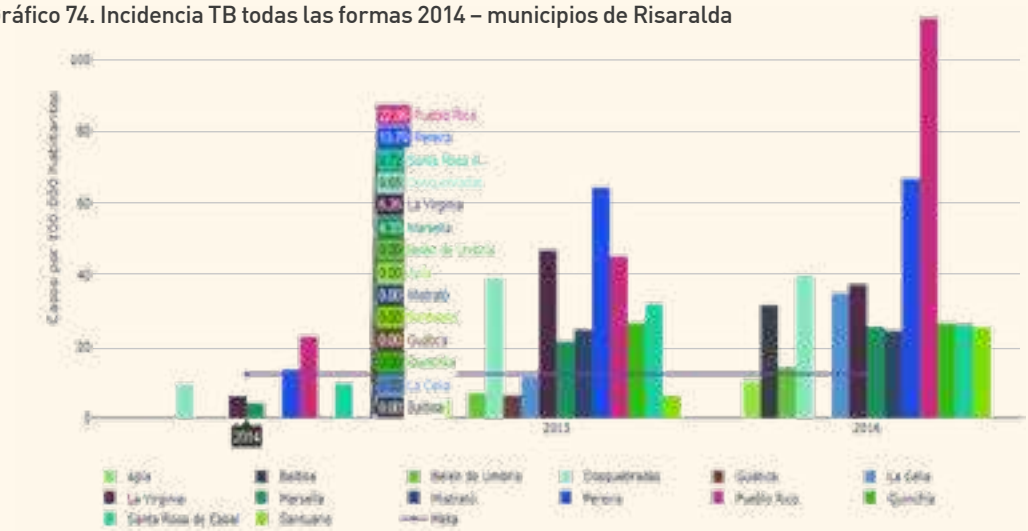
Gráfico 73. Incidencia TB todas las formas – departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: Libro de lprograma de TB: Reporte TB sensible. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo de Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

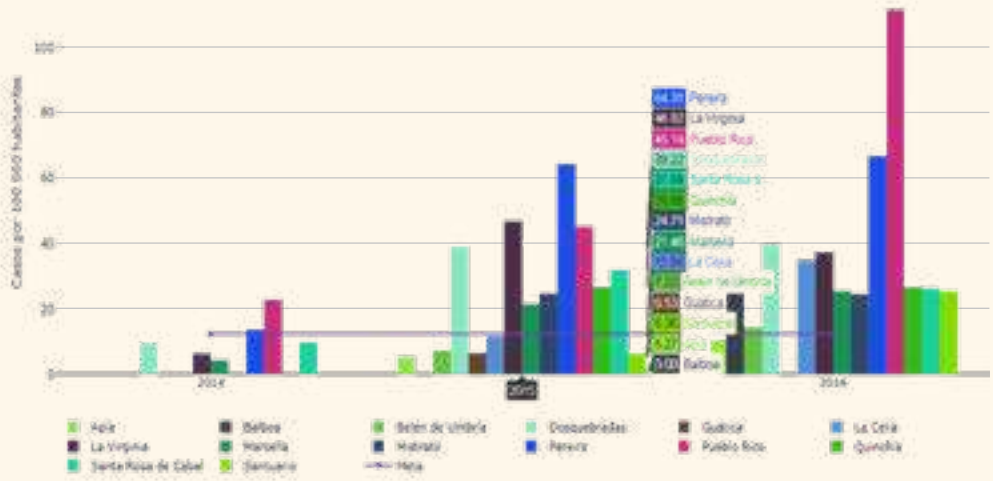
Gráfico 74. Incidencia TB todas las formas 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: Libro de lprograma de TB: Reporte TB sensible. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo de Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

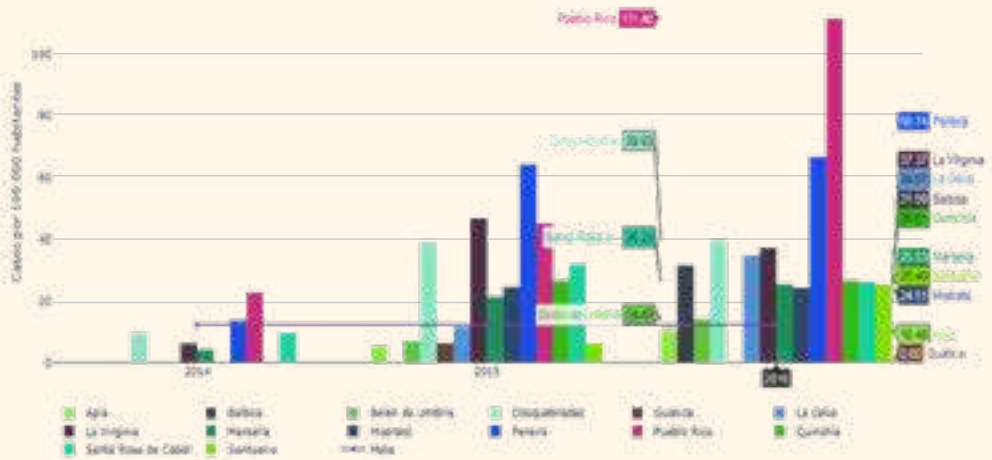
Gráfico 75. Incidencia TB todas las formas 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: Libro de lprograma de TB: Reporte TB sensible. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo de Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 76. Incidencia TB todas las formas 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: Libro de lprograma de TB: Reporte TB sensible. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo de Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF2.1.2 Tasa de mortalidad pacientes con TB

Indicador orientado a medir la calidad de la atención relacionada con la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis y sus contactos, así como la coordinación e integración interinstitucional en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Resultados

- La tasa de mortalidad de pacientes con tuberculosis (TB) en Risaralda, de acuerdo con los datos disponibles en estadísticas vitales (defunciones) del departamento, en los tres (3) períodos de tiempo observados presentó resultados de 5,81 casos (2014), 5,99 casos (2015) y 8,46 casos por 100000 habitantes (2016), con un crecimiento del indicador para el último período y una diferencia de 2,47 casos x 100 mil habitantes respecto al 2015. Criterio de referencia: menor o igual a 0,51 casos x 100.000 habitantes (Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Plan de Monitoreo y Evaluación).

- A nivel municipal, en 2014 se evidenció que nueve (9) de los municipios de Risaralda mostraron una tasa de mortalidad con cero (0) casos por 100000 habitantes; el restante de municipios registró tasas que oscilaron entre un valor máximo de 12,51 casos y un mínimo de 1,38 casos x 100 mil habitantes, con un desempeño regular del indicador frente a la meta nacional.

- En 2015 y respecto al período inmediatamente anterior, en los municipios de Balboa y Marsella se presentó un crecimiento significativo en la tasa de mortalidad de pacientes con tuberculosis con una diferencia de 15,78 y 8,58 casos por 100000 habitantes, respectivamente. Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal presentaron una tendencia de disminución en el indicador llegando para este período a casi la mitad de los casos notificados en 2014.

- Balboa y Marsella en 2016 retomaron nuevamente con reporte del indicador en cero (0) casos x 100 mil habitantes, mientras que la Virginia, Pueblo Rico y La Celia repuntaron en el número de casos por 100 mil habitantes con resultados de 18,68 casos, 14,86 casos y 11,66 casos; Pereira registró en los tres (3) períodos observados un crecimiento sostenido del indicador pasando de 6,21 casos a 8,30 casos y posteriormente a 9,53 casos x 100 mil habitantes.

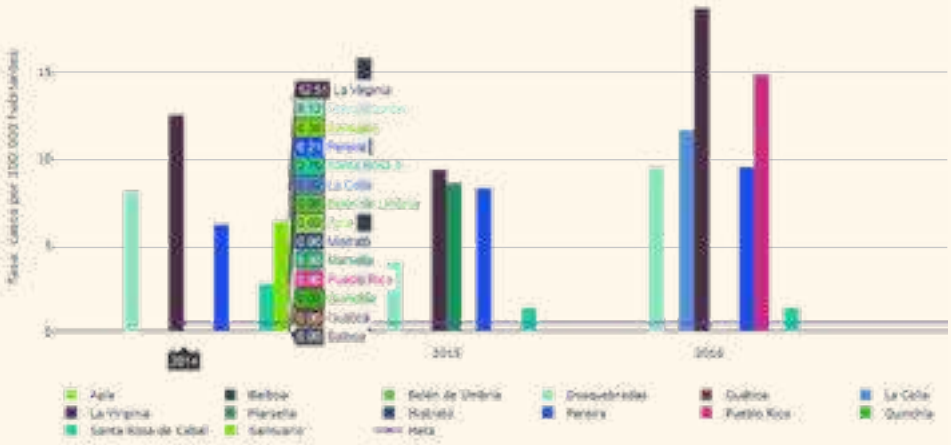
Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes de numerador: RUAF - defunciones departamento de Risaralda (numerador) y proyecciones población DANE (denominador).*

Gráfico 77. Tasa de mortalidad pacientes con TB – departamento de Risaralda

Fuente: Numerador: RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

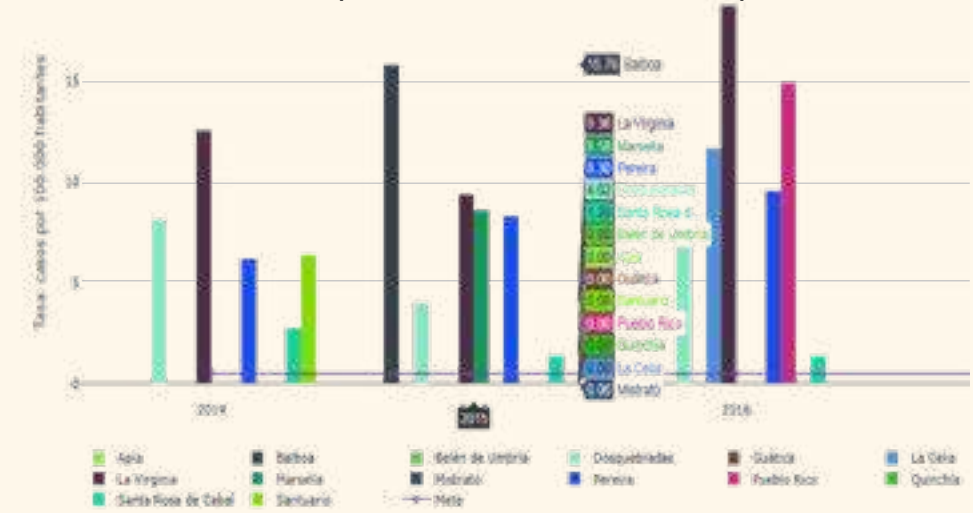
Gráfico 78. Tasa de mortalidad pacientes con TB 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

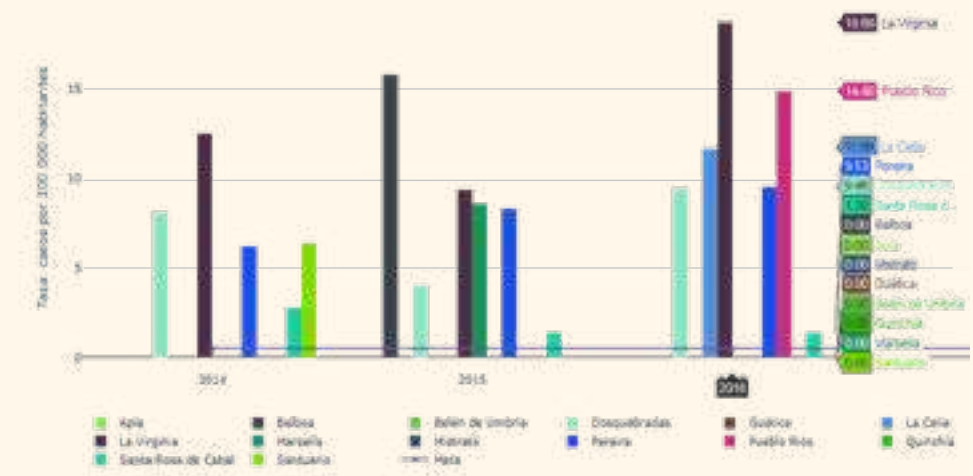
Gráfico 79. Tasa de mortalidad pacientes con TB 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 80. Tasa de mortalidad pacientes con TB 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: RUAF (Defunciones) - Departamento de Risaralda. Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF2.1.3 Porcentaje de coinfección TB/VIH

Indicador orientado a medir la calidad de la atención relacionada con la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis y sus contactos, así como la coordinación e integración interinstitucional en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Resultados

- Dentro de los tres (3) períodos de tiempo observados 2014, 2015 y 2016 y con los datos disponibles en el libro del programa de tuberculosis para los tres (3) años evaluados, el valor del porcentaje de coinfección TB/VIH para el departamento de Risaralda pasó de 18,18% a 15,74% y luego a 23,38%, con una diferencia importante de 7,64 puntos porcentuales en los dos últimos períodos evaluados. Criterio de referencia: menor o igual al 11% (Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Plan de Monitoreo y Evaluación).

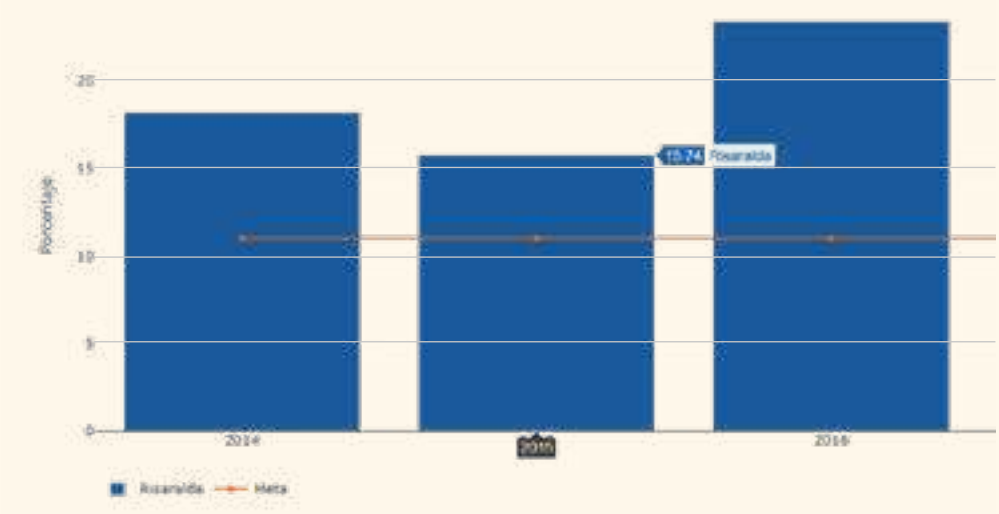
- A nivel municipal, en 2014 se evidenció información para el indicador en seis (6) de los catorce municipios del departamento con resultados del 0% en La Virginia, Marsella y Pueblo Rico; los municipios de Pereira y Dosquebradas presentaron porcentajes por encima de la meta nacional con 16,92% y 14,29%, respectivamente; ocurrió un caso particular con Santa Rosa de Cabal en donde se registró el 57,14% lo que corresponde a la relación de cuatro (4) casos de tuberculosis en todas las formas con diagnóstico de VIH positivo y 7 casos de tuberculosis en todas las formas multiplicado por 100.

- En 2015, se observa en el Gráfico 83. información para trece (13) municipios del departamento, seis (6) de ellos con desempeño dentro de la meta nacional definida en el Programa Nacional de prevención y control de la tuberculosis, se incluyó en este grupo al municipio de Santa Rosa de Cabal con registro del 0%; el restante de municipios mostró porcentajes que oscilaron entre un valor máximo de 50% y mínimo de 11,58%, el valor máximo atañe a Belén de Umbría con un (1) caso de tuberculosis en todas las formas con diagnóstico de VIH positivo entre dos (2) casos de tuberculosis en todas las formas por 100.

- Para 2016, se registró información del indicador para trece (13) municipios, de los cuales seis (6) tuvieron un buen desempeño frente a la meta nacional y siete (7) municipios presentaron porcentajes que fluctuaron entre el 50% y el 11,54%.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes del libro del programa de TB: Reporte TB sensible (numerador y denominador)*

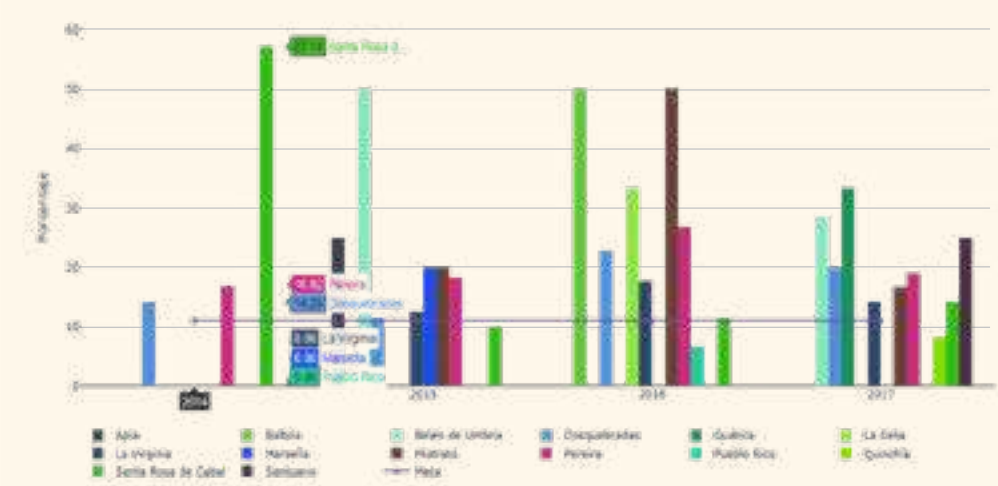
Gráfico 81. Porcentaje de coinfección TB/VIH – departamento de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

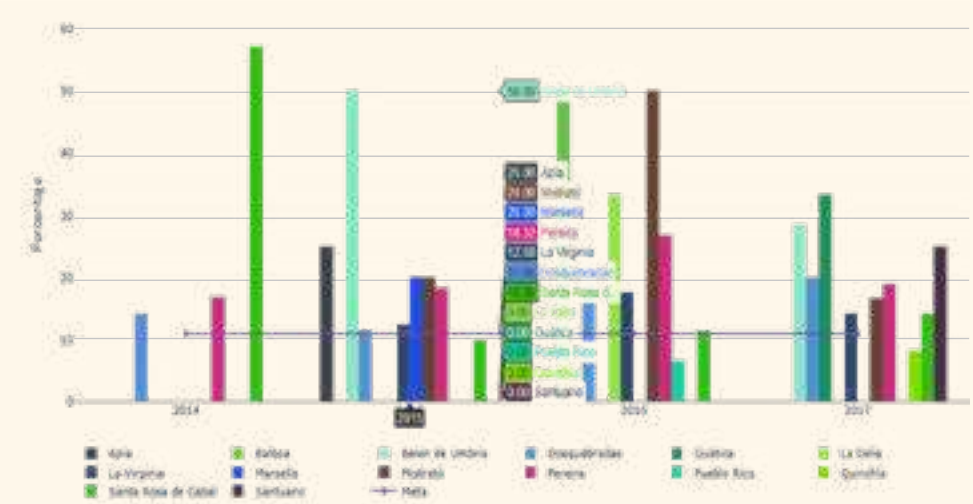
Gráfico 82. Porcentaje de coinfección TB/VIH 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

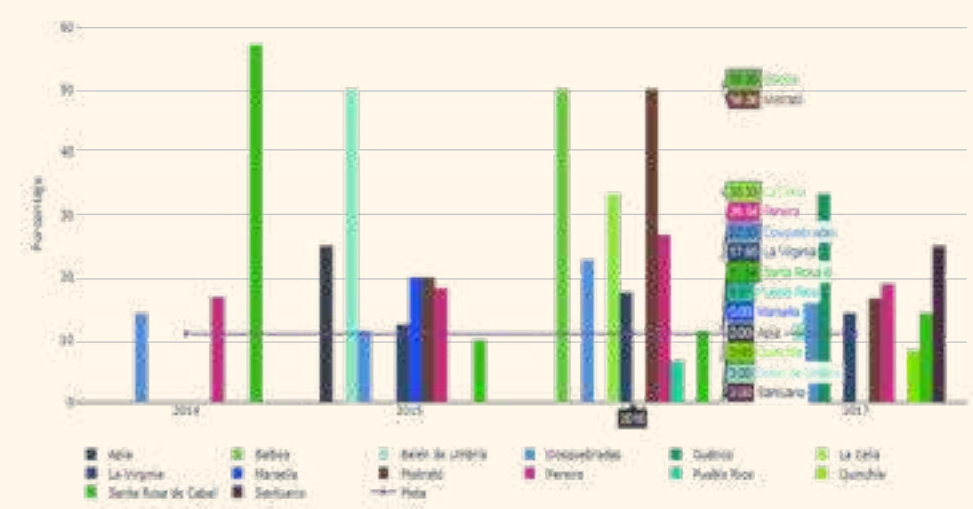
Gráfico 83. Porcentaje de coinfección TB/VIH 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 84. Porcentaje de coinfección TB/VIH 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF2.1.4 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados)

Indicador orientado a medir la calidad de la atención relacionada con la oportunidad y accesibilidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con tuberculosis y sus contactos, así como la coordinación e integración interinstitucional en el marco del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis.

Resultados

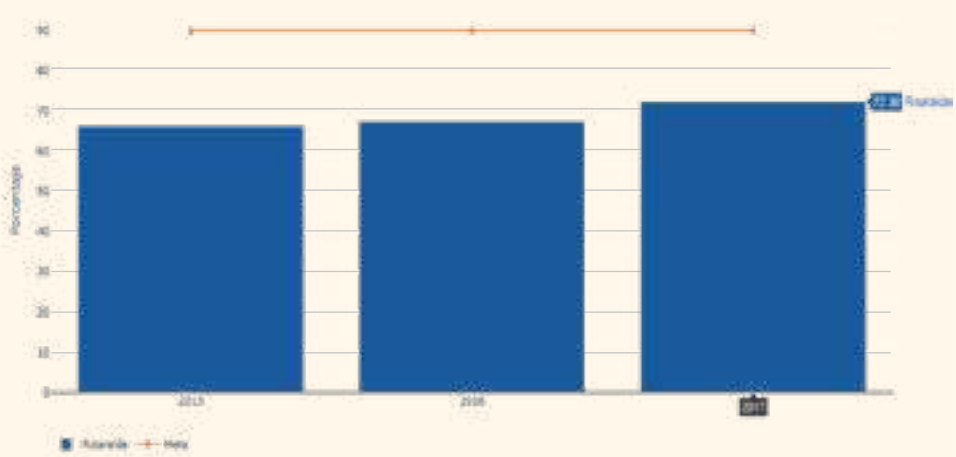
- De los tres (3) períodos de tiempo observados y con los datos disponibles en el libro del programa de tuberculosis (TB) del departamento de Risaralda, se obtuvieron los porcentajes de tratamiento exitoso (casos que egresaron con tratamiento terminado + curados) con resultados en 2015 de 66,18%, en 2016 de 67,39% y de 72,30% en 2017. Crecimiento del indicador entre período y período con mayor diferencia de puntos porcentuales en el último año evaluado y, por ende, mejor desempeño del indicador respecto al porcentaje definido como criterio de referencia: mayor o igual a 90% - Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - Plan de Monitoreo y Evaluación.

- En la desagregación por municipio, este indicador de seguimiento para la cohorte de casos nuevos presentó en 2015 un porcentaje de éxito de tratamiento en Guática, Mistrató y Santa Rosa de Cabal dentro del criterio de referencia nacional del 90%; el restante de municipios que corresponde a siete (7) mostró resultados que oscilaron entre un valor máximo de 83,33% y un mínimo de 50%.

- Mistrató y Balboa en 2016 mostraron un buen desempeño del indicador con resultados del 100% y los demás municipios registraron porcentajes por debajo de 85%. En el 2017, Belén de Umbría, Marsella y La Celia enseñaron porcentajes de 100% de éxito de tratamiento en casos nuevos de tuberculosis (TB) pulmonar, en el grupo de municipios que se ubicaron dentro del criterio de referencia se sumó Pueblo Rico con 92,31% que presentó respecto al período anterior un crecimiento significativo del indicador con una diferencia de 29,81 puntos porcentuales, algo similar sucedió en el municipio de Santuario con una diferencia porcentual de 30%.

Nota: para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes del libro del programa de TB: Reporte TB sensible (numerador y denominador)

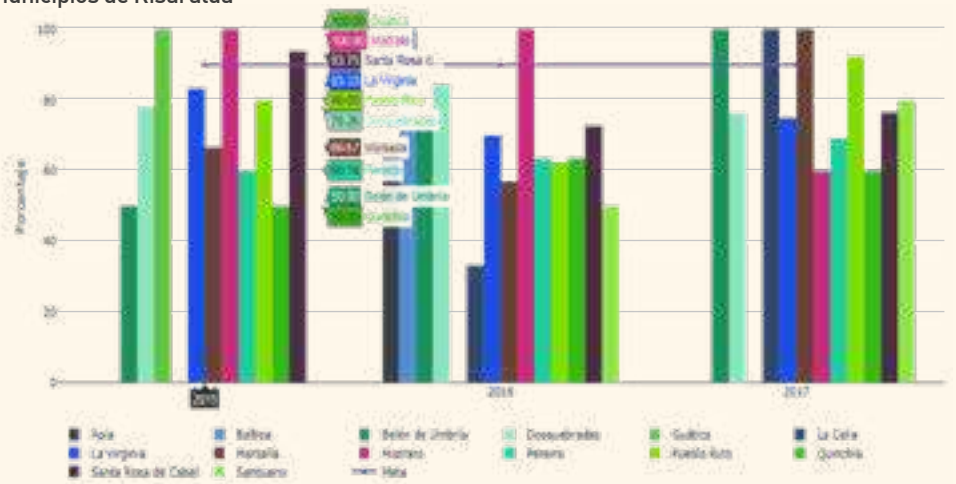
Gráfico 85 Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados) – departamento de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

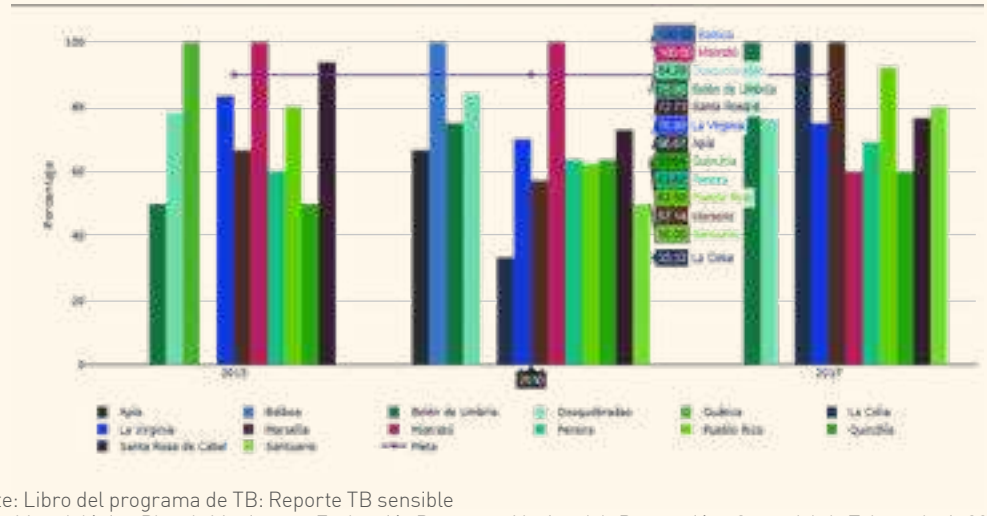
Gráfico 86. Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados) 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

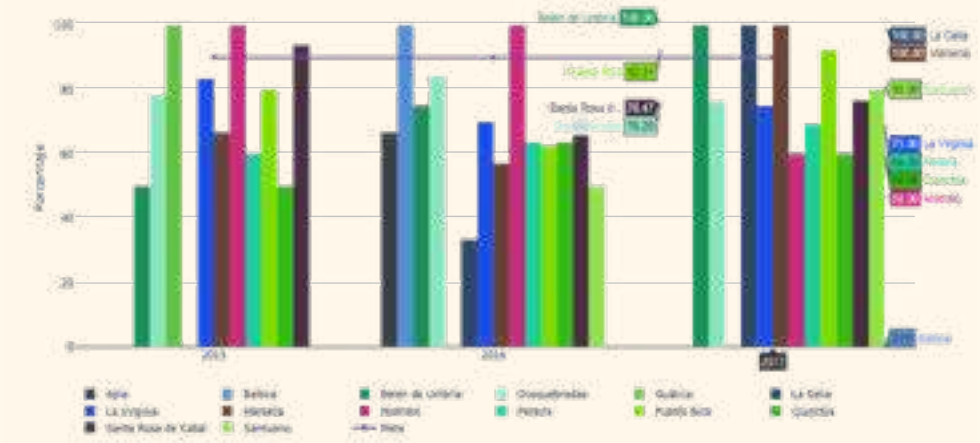
Gráfico 87. Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados) 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 88. Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar (tratamiento terminado + curados) 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Libro del programa de TB: Reporte TB sensible
Fuente Metodológica:Plan de Monitoreo y Evaluación Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Enfermedades no transmisibles

Batería de indicadores cuantitativos cuyo objetivo es monitorear la calidad de los servicios de salud en los niveles de detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como enfermedades cardiocerebrovasculares, respiratorias crónicas, diabetes y cáncer, entre otras.

Subdominio 2 Hipertensión arterial (HTA)

Subdominio que colecciona dos (2) indicadores a saber:

EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)

EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado (en el último año)

EF3.1.1 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado (en el último año)

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en los niveles de Detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares.

Resultados

- En Risaralda, la proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en 2014 correspondió al 40,15%, en 2015 a 40,12% y en 2016 a 52,86%; se encontró en los dos (2) primeros años observados una fluctuación del indicador con muy poca variación en puntos porcentuales, en 2016 el indicador presentó un crecimiento con una diferencia importante respecto al año inmediatamente anterior en aproximadamente diez (10) puntos porcentuales, disminuyendo de esta forma la brecha de calidad respecto al criterio de referencia nacional: mayor o igual al 60% - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos con diagnósticos de ERC, HTA y DM.

- En la desagregación por municipio, tres (3) de los catorce (14) municipios de Risaralda en 2014 presentaron resultados en su indicador dentro del criterio de referencia

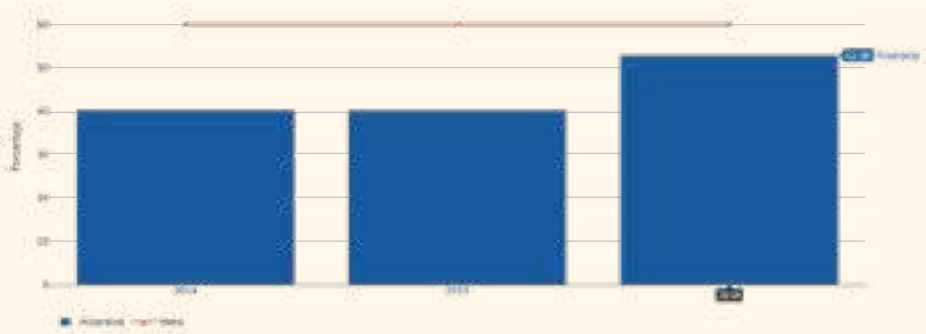
nacional definido por la Cuenta de Alto Costo (CAC) con 75,71% (Marsella), 71,82% (La Celia) y 61,20% (Balboa); en los demás municipios se evidenciaron porcentajes que oscilaron entre un valor máximo del 57,71% y un mínimo del 0,07%.

- Para 2015, los municipios de Marsella y La Celia continuaron con proporciones por encima del 60%, mientras que Balboa mostró un comportamiento decreciente de su indicador con una importante diferencia de 37,69 puntos porcentuales en comparación con el 2014. El restante de municipios se encontró con porcentajes que fluctuaron entre un valor máximo del 58,37% y mínimo de 0,07%.

- Para el último período de medición, el indicador en la mayoría de los municipios tuvo una tendencia de crecimiento, logrando con ello, que ocho (8) de los municipios se ubicaran dentro del criterio de referencia nacional. Llama la atención que Apía, La Virginia y Santa Rosa de Cabal con los registros de sus prestadores públicos en los tres (3) años observados no alcanzaron ni el 5% de desempeño del indicador.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

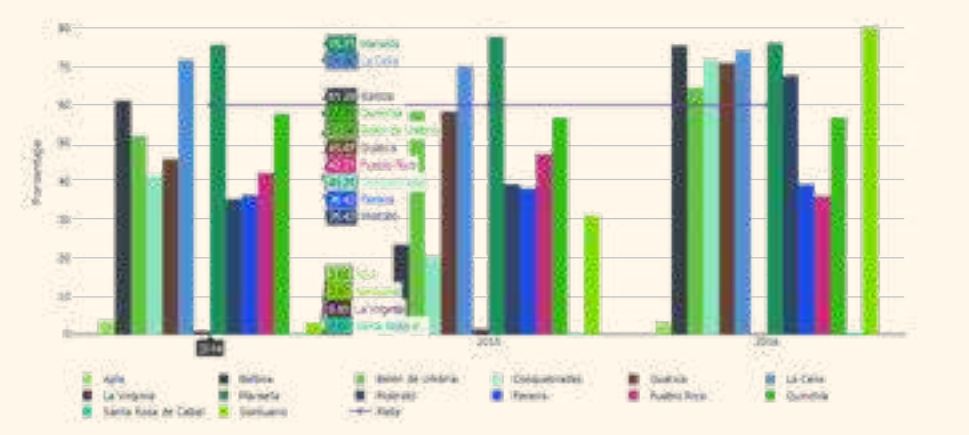
Gráfico 89 .Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica :Resolución 256 de 2016 - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

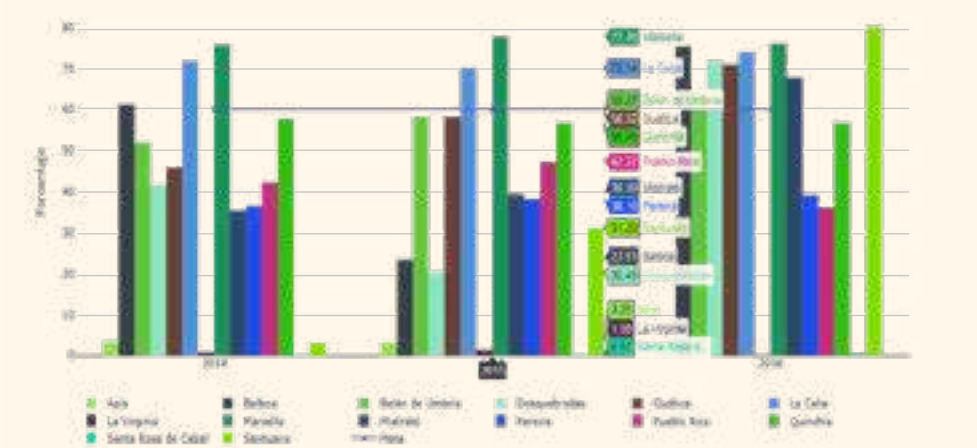
Gráfico 90. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica :Resolución 256 de 2016 - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

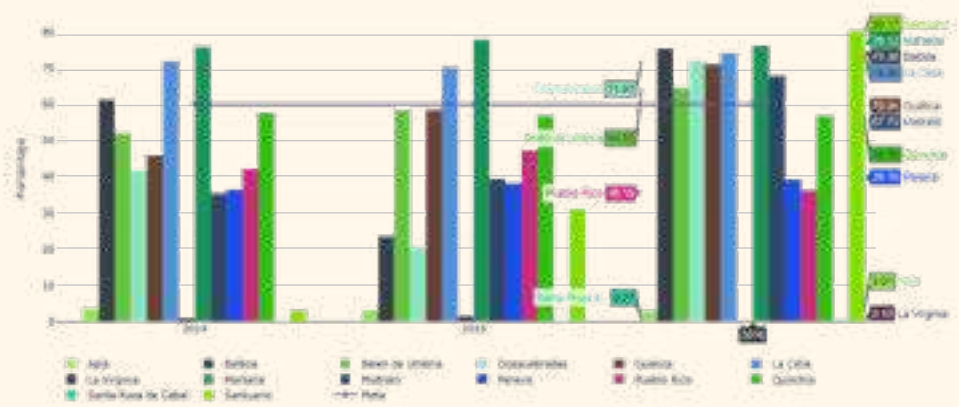
Gráfico 91. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica :Resolución 256 de 2016 - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 92. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de LDL en un periodo determinado 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica :Resolución 256 de 2016 - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.1.2 Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en los niveles de detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares.

Resultados

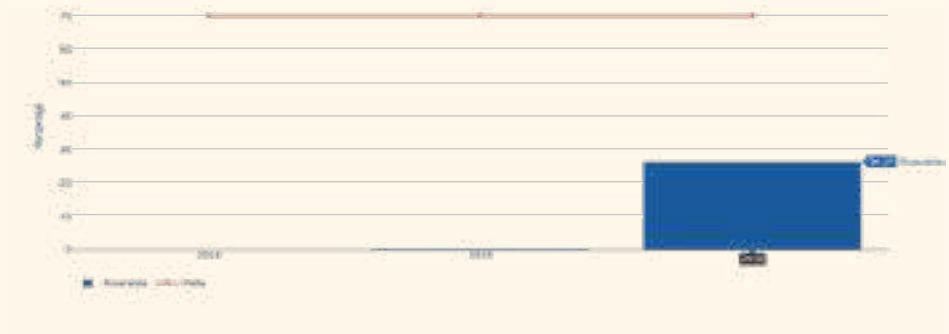
- De acuerdo con el registro individual de prestación de servicios (RIPS) reportados por los prestadores públicos del departamento de Risaralda, se obtuvo para los tres (3) períodos de tiempo evaluados que la proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realizó medición de creatinina corresponde a 0% en 2014, en 2015 a 0,37% y 26,37% en el 2017, con un mejor desempeño en este último año; sin embargo, dista en más de cuarenta (40) puntos porcentuales del criterio de referencia mencionado por la Cuenta de Alto Costo (CAC): mayor o igual al 70% - Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos con diagnósticos de ERC, HTA y DM.

- A nivel municipal, los resultados del indicador se encontraron con crecimiento paulatino según el registro de prestación de servicios de salud de Risaralda, en 2014 se arrancó con registros en cero (0) en el numerador para los catorce (14) municipios del departamento, pasando en 2015 a reportes por parte de los prestadores de Quinchía y Balboa con resultados municipales de 5,19% y 4,95%, respectivamente.

- Mejoró el registro en 2016, con resultados por encima del 40% para seis (6) de los catorce (14) municipios del departamento, inclusive La Celia y Santuario se encontraron con porcentajes de 86,50% y 79,11%, respectivamente, ubicándose dentro del criterio de referencia establecido por la Cuenta de Alto Costo (CAC).

Nota: Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.

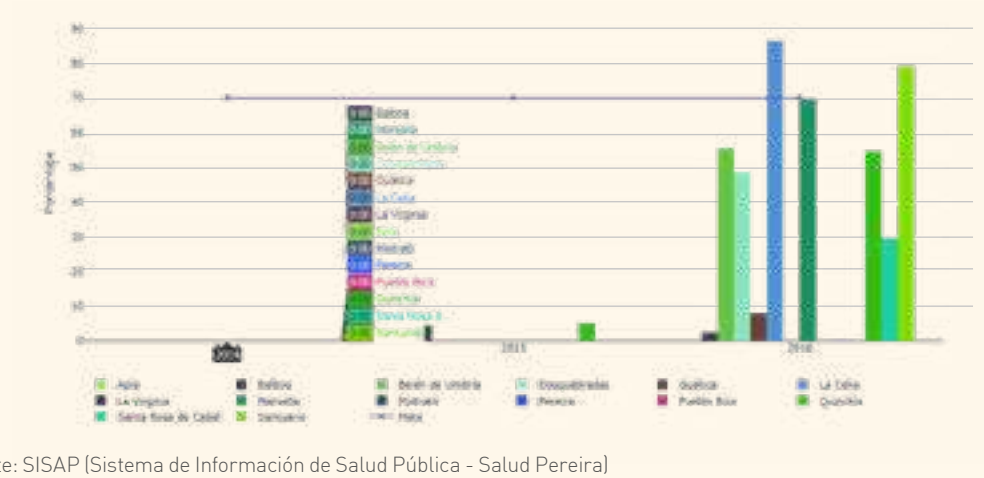
Gráfico 93. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

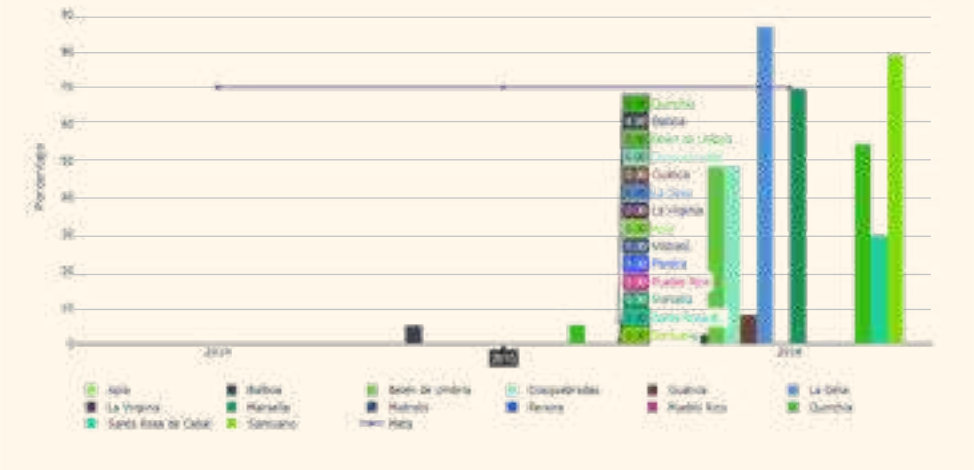
Gráfico 94. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

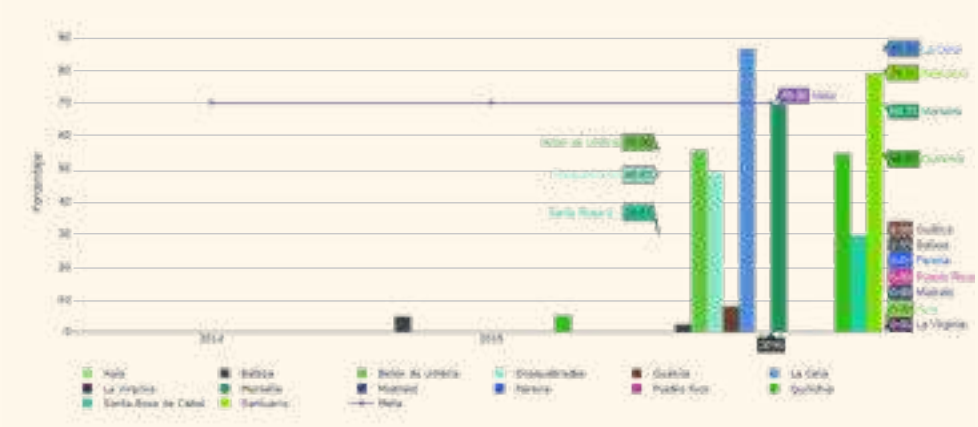
Gráfico 95. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 96. Proporción de personas con hipertensión arterial a las que se les realizó medición de creatinina en un periodo determinado 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Diabetes mellitus (DM)

Subdominio en donde se incluyen los siguientes cuatro (4) indicadores:

EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizaron al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año

EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizaron medición de LDL

EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria

EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas

EF3.2.1 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizaron al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en los niveles de detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus.

Resultados

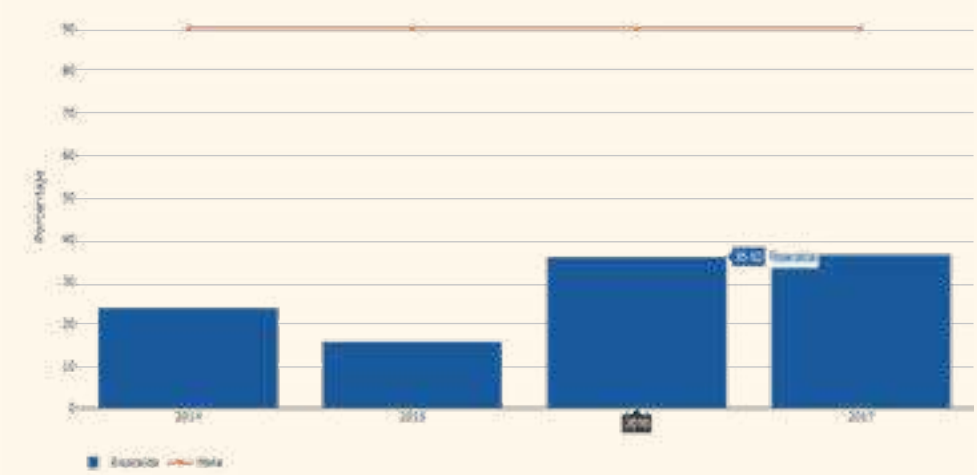
- En los tres (3) años evaluados, 2014, 2015 y 2016, de acuerdo a los datos disponibles en el registro Individual de prestación de servicios de los prestadores públicos, se observó una proporción que fluctuó entre período y período con resultados de 23,84%, 15,70% y 35,82%, con mejor desempeño del indicador en 2016; sin embargo, dista significativamente del criterio de referencia nacional: mayor o igual al 90% - Guías de Práctica Clínica (MSPS).

- En el Gráfico 98., se muestran los resultados del indicador a nivel municipal, con mejor comportamiento en 2014 por parte de los prestadores públicos del municipio de Dosquebradas con 63,08% seguido de La Virginia con 46,36%; el resto de municipios presentaron proporciones que oscilaron entre un valor máximo de 20,31% y un mínimo de 0%.

- Para el 2015 y de acuerdo a los datos reportados en los RIPS, los municipios de Mistrató y Santuario mostraron un crecimiento importante de su indicador respecto al período anterior con resultados de 49,60% y 35,09%. Dosquebradas mostró un significativo descenso en el indicador con 17,64 puntos porcentuales respecto al 2014 y La Virginia mantuvo una estabilidad con un promedio del 47%. En 2016, la mayoría de los municipios mejoró el comportamiento del indicador con tendencia al crecimiento de este y resultados para los municipios de Dosquebradas, Mistrató y Santuario por encima del 40%, de igual forma, disminuyó el número de municipios con reporte de proporciones en cero (0).

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

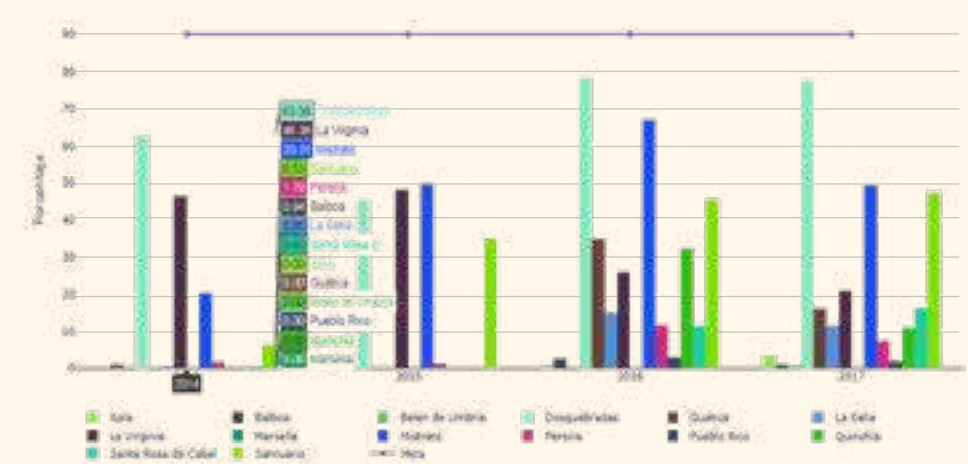
Gráfico 97. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus. Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

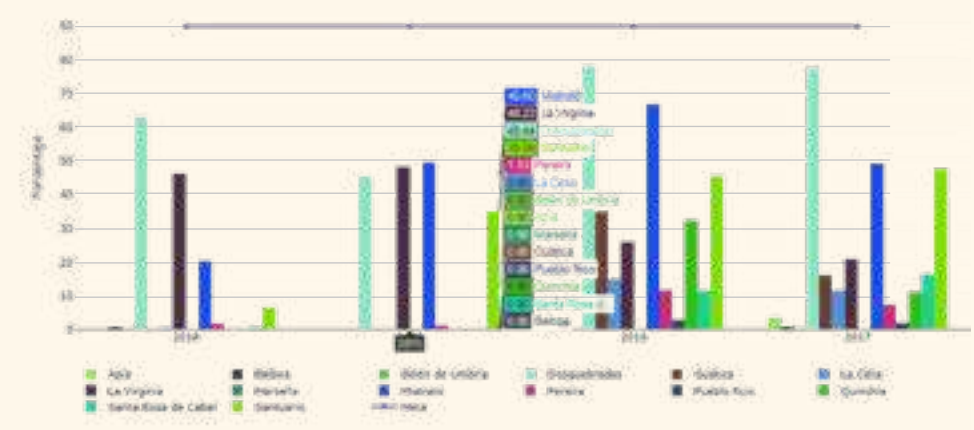
Gráfico 98. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año – municipios de Risaralda 2014



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus. Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

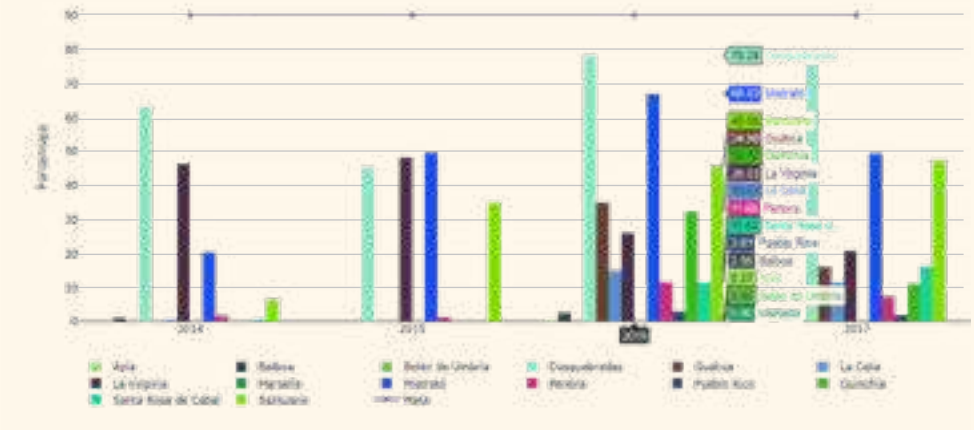
Gráfico 99. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año – municipios de Risaralda 2015



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus. Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 100. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II a quienes se les realizó al menos dos mediciones de hemoglobina glicosilada (HbA1c) al año – municipios de Risaralda 2016



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus. Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.2.2 Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en los niveles de detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus.

Resultados

- En el departamento de Risaralda para los tres (3) períodos evaluados 2014, 2015 y 2016 se observó que, de las personas con diagnóstico de diabetes mellitus (según CIE10: E109, E119 y E149), a quienes se les realizó medición de LDL en el año pasó de 40,68% a 37,50% y luego a 52,77%, respectivamente, con un incremento importante en este último período y, por tanto, con una disminución de la distancia al criterio de referencia mencionado en los indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos con diagnósticos de ERC, HTA y DM: mayor al 60%.

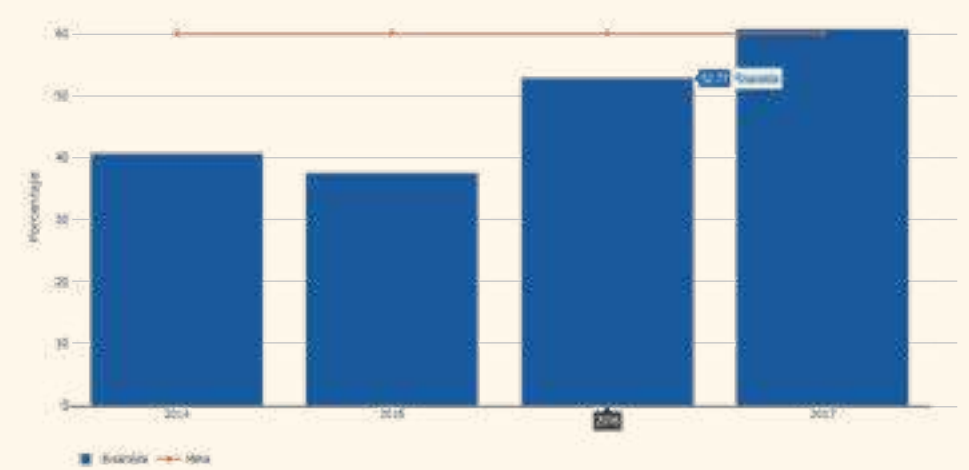
- En la desagregación por municipio con el reporte de los RIPS por parte de los prestadores públicos, se obtuvieron resultados en 2014 con proporciones que se ubicaron dentro del criterio de referencia nacional en Marsella, Balboa y La Celia con 76,60%, 69,57% y 66,67%, no distando significativamente de la meta se encontraron Quinchía, Guática y Belén de Umbría que presentaron resultados por encima del 50%; los demás municipios mostraron proporciones que oscilaron entre un valor máximo de 48,67% y un mínimo de 0%.

- Los municipios de Belén de Umbría, Guática, Mistrató y Quinchía en 2016 mostraron un crecimiento del indicador, sin que se ubicaran dentro de la meta nacional con resultados de 56,91%, 55,48%, 38,37% y 58,83%, respectivamente; Santuario presentó un incremento marcado septuplicando el resultando del 2015. La Celia y Marsella continuaron con un buen desempeño del indicador frente a la meta nacional.

- En 2017, ocho (8) de los catorce (14) municipios del departamento enseñaron resultados que se encontraron dentro del criterio de referencia nacional, presentando todos estos un crecimiento anual respecto al 2015. Llama la atención que en los tres (3) períodos evaluados los municipios de Apía, La Virginia y Santa Rosa de Cabal mostraron resultados que no alcanzaron el 6%.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

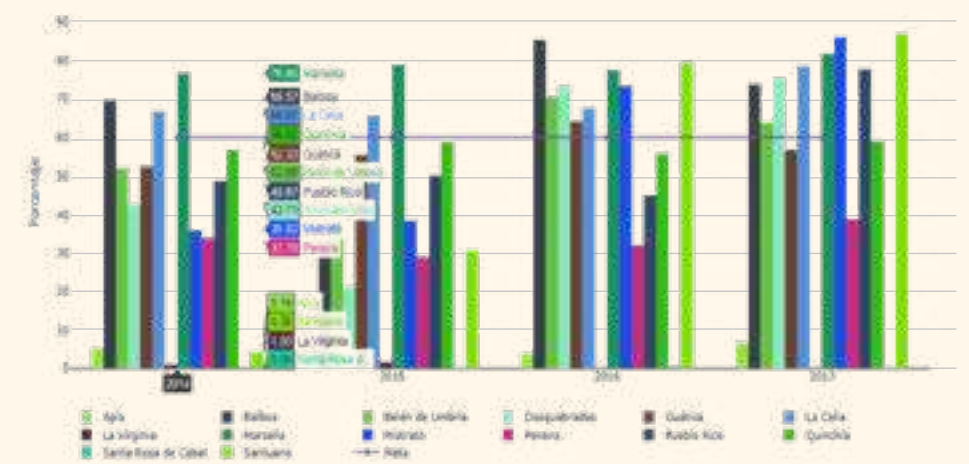
Gráfico 101. Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

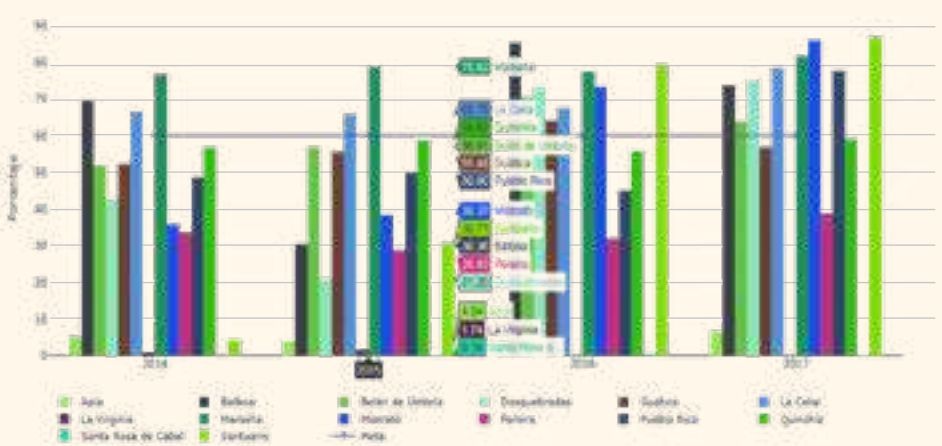
Gráfico 102. Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

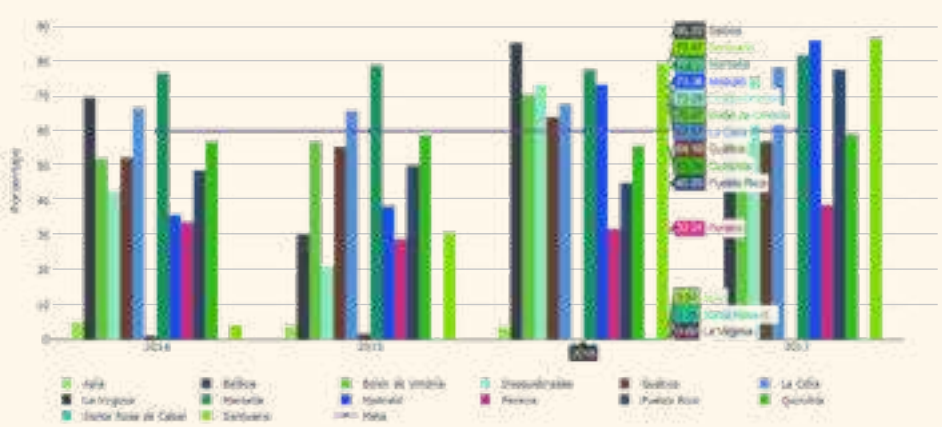
Gráfico 103. Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 104. Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realizó medición de LDL 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Indicadores mínimos para evaluar los resultados clínicos en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica estadificada en 1-4 y 5 sin diálisis Hipertensión arterial y diabetes Mellitus - Cuenta de Alto Costo

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.2.3 Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud en los niveles de detección temprana, prevención de complicaciones, eficiencia y efectividad clínica para aquellos pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus.

Resultados

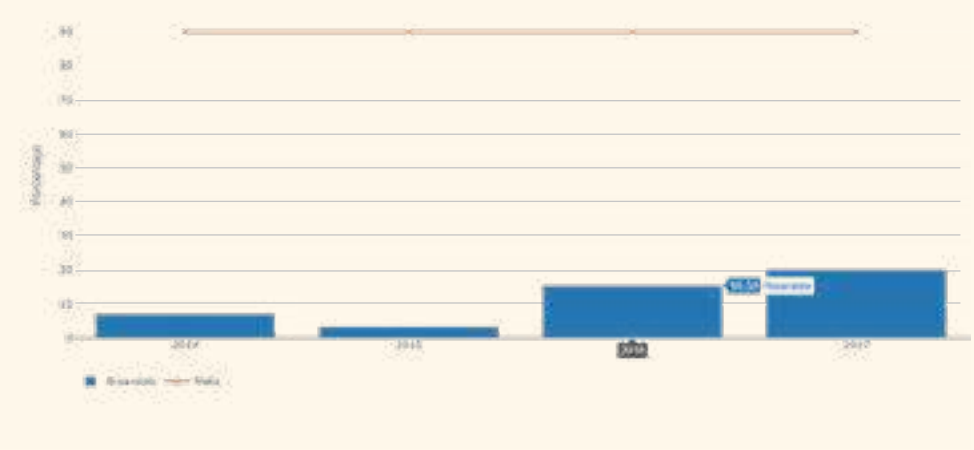
- En el departamento de Risaralda, la proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria en los tres (3) años de medición, 2014, 2015 y 2016, presentó resultados que corresponden a 6,83%, 3,18% y 15,33%, respectivamente, se observó una fluctuación entre período y período con un crecimiento del indicador en 2016 en 12,15 puntos porcentuales respecto al 2015. Criterio de referencia: mayor o igual al 90% - Guías de Práctica Clínica (MSPS).

- A nivel municipal, los resultados del 2014 en los municipios de Dosquebradas, La Virginia y Pereira tuvieron proporciones de 23,82%, 3,37% y 0,52%, el resto de municipios (11) presentaron cero (0) puntos porcentuales. Para 2015, aumentó el número de municipios a doce (12) con proporciones de cero (0) por ciento, sumándose a este listado Pereira; La Virginia tuvo un crecimiento importante del indicador con una diferencia de 24,95 puntos porcentuales respecto al 2014.

- El municipio de Dosquebradas en 2016 tuvo un aumento del indicador con 49,58%, seguido con una diferencia importante por Santa Rosa de Cabal y La Virginia con 9,99% y 9,59%; se evidenciaron resultados para el resto de municipios por debajo del 1%.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

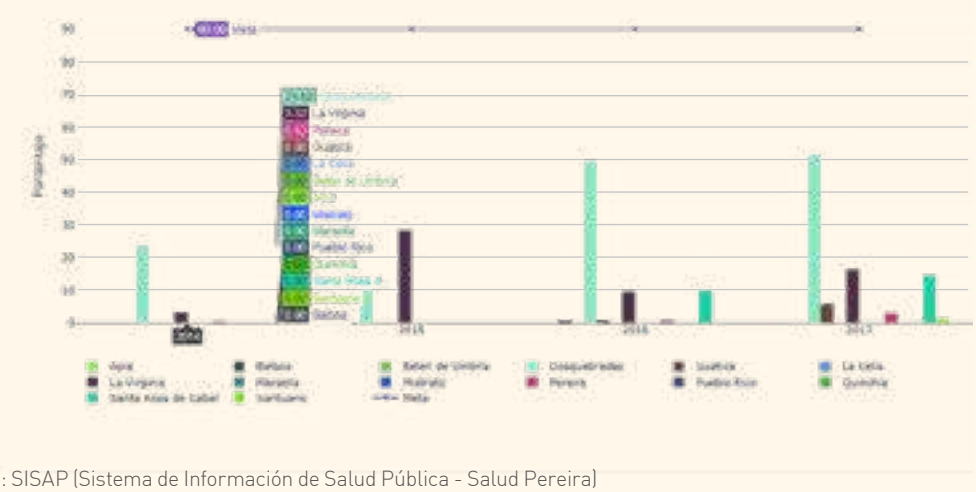
Gráfico 105. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

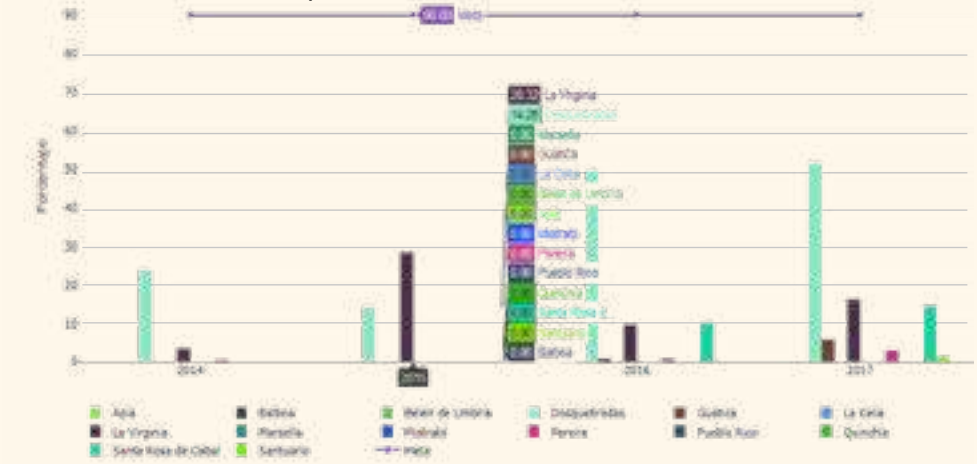
Gráfico 106. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

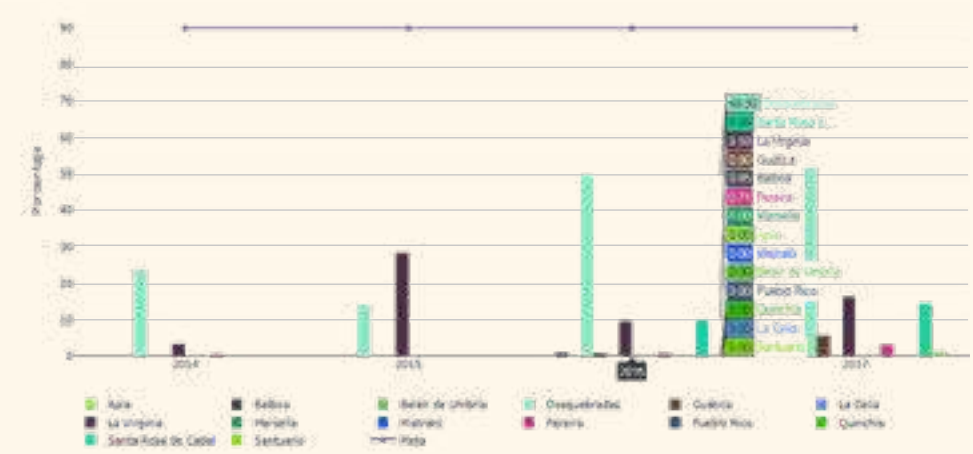
Gráfico 107. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 108. Proporción de personas con diabetes mellitus tipo II en quienes se realizó una medición anual de microalbuminuria 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus Tipo 2 en la población mayor de 18 años – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.2.4 Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la oportunidad en las actividades e intervenciones de detección temprana, continuidad en el tratamiento y en el control de la diabetes para reducir la progresión de las complicaciones crónicas, secuelas y discapacidad permanente.

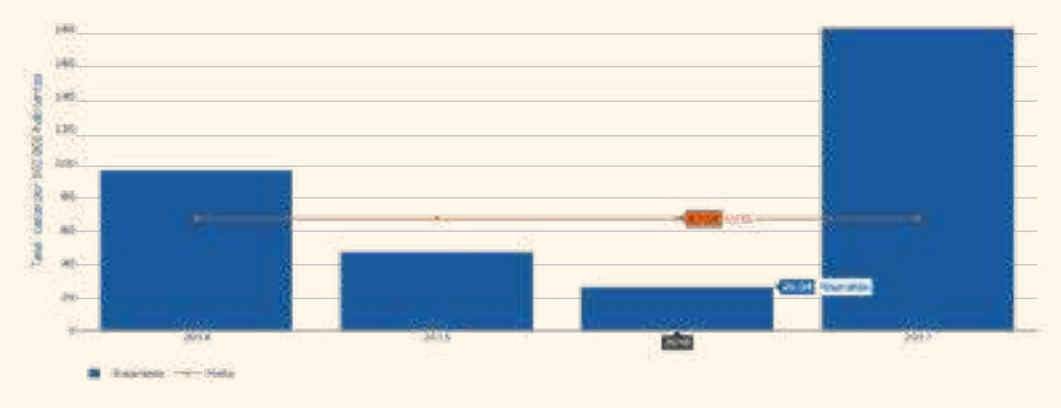
Resultados

- Dentro de los tres (3) períodos de tiempo observados 2014, 2015 y 2016 y con los datos disponibles en el registro individual de prestación de servicios, el valor de la tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas con diagnóstico de diabetes (excepto: E120 a E129) presentó variaciones entre período y período, con una tendencia a la disminución sostenida y una mejora en el desempeño del indicador para los dos (2) últimos años evaluados finalizando con 26,04 casos por 100 mil habitantes en 2016. Criterio de referencia: línea base menor o igual 67 casos x 100.000 habitantes - Países OCDE.

- A nivel municipal, en los tres (3) años de registros se evidenció información para el municipio de Pereira con un descenso importante en los resultados del indicador, pasó de una tasa de 204,73 a 96,51 casos y luego a 42,28 casos x 100000 habitantes. Al igual que en el nivel departamento, se mostró para Pereira un mejor desempeño del indicador en los dos (2) últimos períodos evaluados. Dosquebradas presenta en 2016 una tasa de amputación mayor que corresponde a 40,13 casos por 100 mil habitantes, ubicándose también dentro de la línea base de los países de la OCDE.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

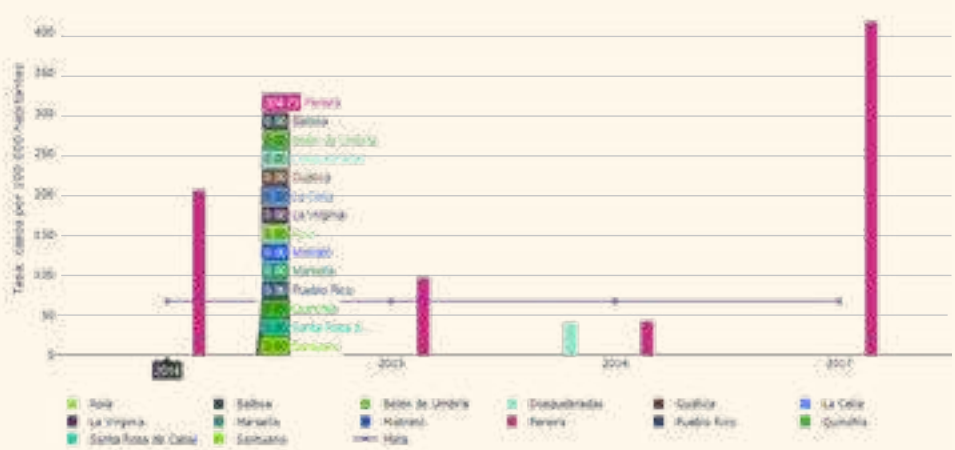
Gráfico 109. Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 110. Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

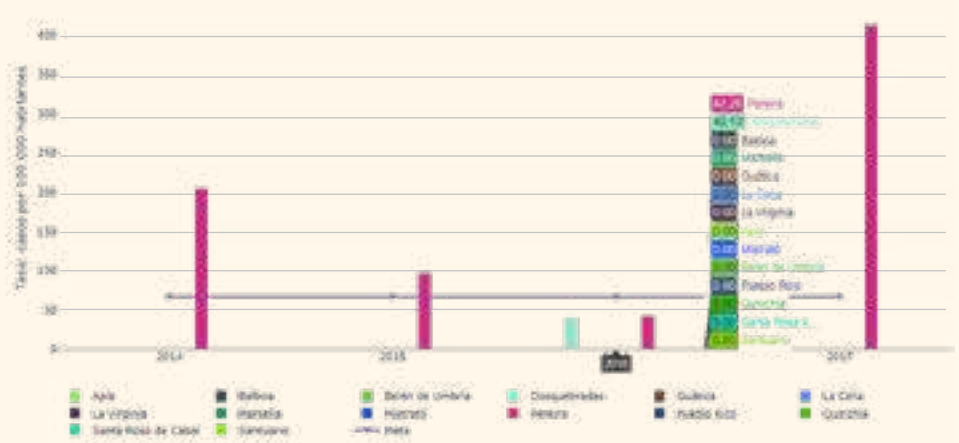
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 111. Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas 2015 – municipios de Risaralda

Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 112. Tasa de amputación mayor de miembros inferiores en personas diabéticas 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico - OCDE Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Enfermedad isquémica coronaria

Subdominio constituido por un (1) único indicador que se relaciona a continuación:

EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM

EF3.3.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnicacientífica e integralidad de la atención durante la estancia hospitalaria.

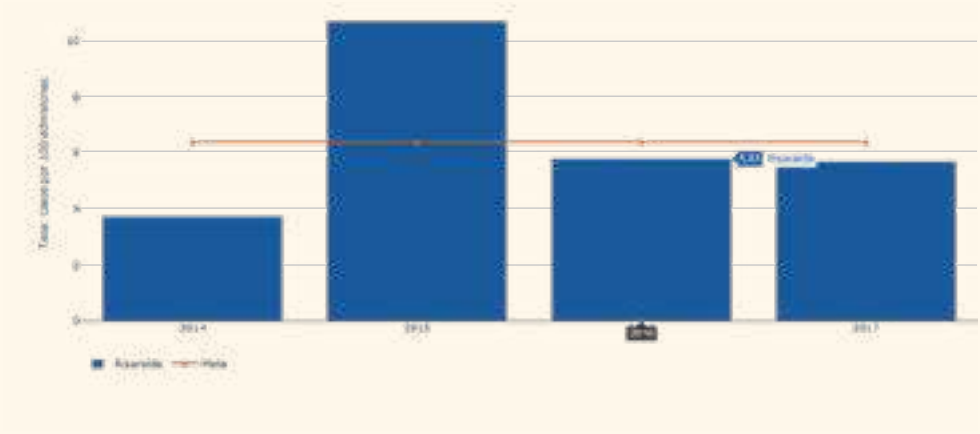
Resultados

- En los tres (3) años evaluados, de acuerdo a los datos disponibles en el registro individual de prestación de servicios de los prestadores públicos, se enseña en el Gráfico 113. que la tasa de mortalidad varió de 3,74 casos en 2014 a 10,71 casos en 2015 y para el último período a 5,81 casos por cada 100 admisiones, un aumento del indicador en el segundo período observado y mejor desempeño en el primero. Criterio de referencia: línea base menor o igual a 6,4 casos x 100 admisiones – OCDE.

- Los resultados del indicador a nivel municipal muestran un comportamiento fluctuante del indicador para el municipio de Pereira en los tres (3) períodos de datos con 3,93 casos en 2014, 11,69 casos en 2015, y 8,62 casos por 100 admisiones hospitalarias en 2016, encontrándose en estos dos (2) últimos años resultados por fuera de la línea base mencionada por la OCDE. Los demás municipios con registros de datos para el indicador presentaron la tasa de mortalidad en cero (0) casos por cada cien admisiones.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

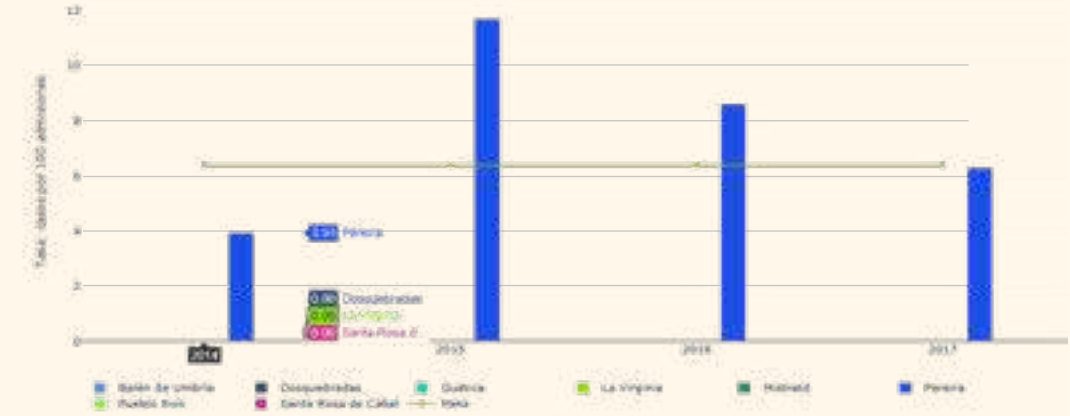
Gráfico 113. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 1009 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

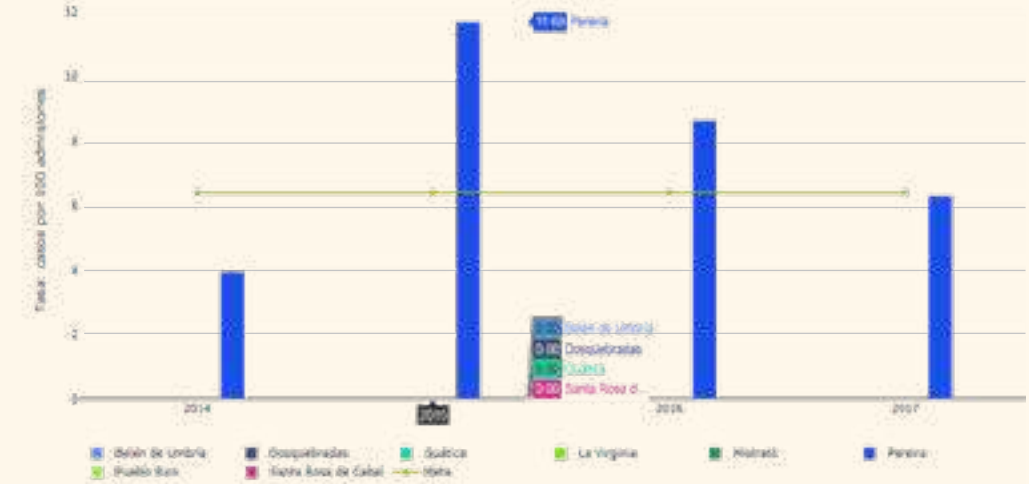
Gráfico 114. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 1009 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Economico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

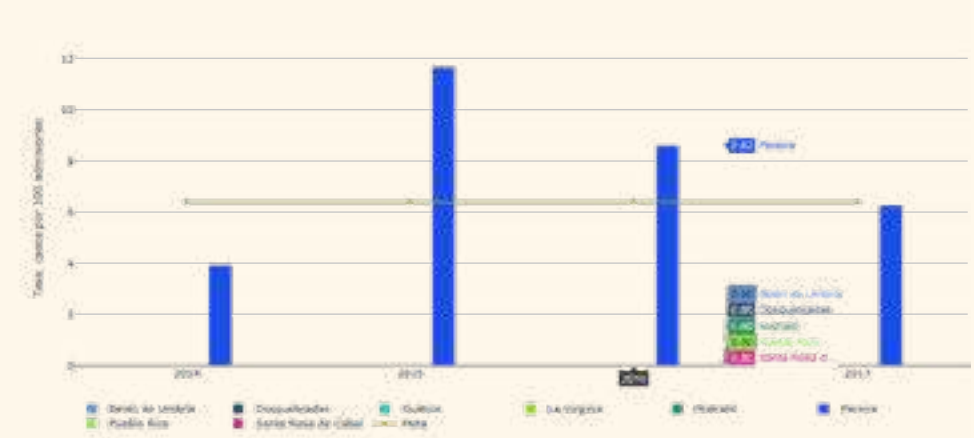
Gráfico 115. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 1009 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 116. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por IAM 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 1009 - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Subdominio que integra un único (1) indicador coleccionado de la siguiente forma:

EF3.4.1 Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría

EF3.4.1 Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría

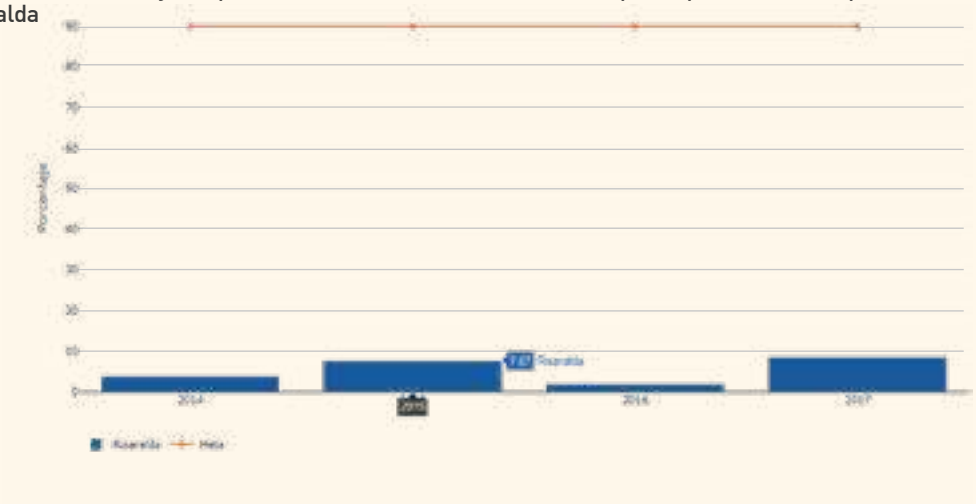
Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de servicios de salud relacionada con la accesibilidad de los pacientes a actividades y procedimientos de confirmación diagnóstica de EPOC y con la adherencia médica a las guías de práctica clínica como parte de los procesos prioritarios asistenciales.

Resultados

- Con fuente de datos RIPS reportados por los prestadores públicos en los tres (3) períodos de tiempo evaluados, se obtuvo para el departamento de Risaralda el porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría de 3,85% en 2014, un crecimiento del indicador en 2015 con resultado de 7,67% y en 2016 un comportamiento decreciente del indicador que alcanzó el 1,95%. Criterio de referencia: mayor o igual al 90% - Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en población adulta – MSPS.
- En la desagregación por municipio, se evidenció registro de datos que alimentaron el indicador en los tres (3) años de seguimiento para el municipio de Pereira con resultados que mostraron una tendencia de fluctuación entre un período y el otro, algo similar a lo que ocurrió a nivel departamental. El porcentaje para Pereira varió de 2,10% en 2014 a 8,96% en 2015 y en el último año a 1,91%.
- Se registró información en 2015 para Santuario con 12,24%, resultado que se encontró por encima del obtenido para Pereira; el resto de municipios con registro de datos presentaron en los tres (3) años observados cero por ciento (0%) de pacientes con EPOC y confirmación por espirometría.
- Se recomienda revisar la completitud de datos de los RIPS reportados por parte de los prestadores públicos, dado los resultados obtenidos para el indicador.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

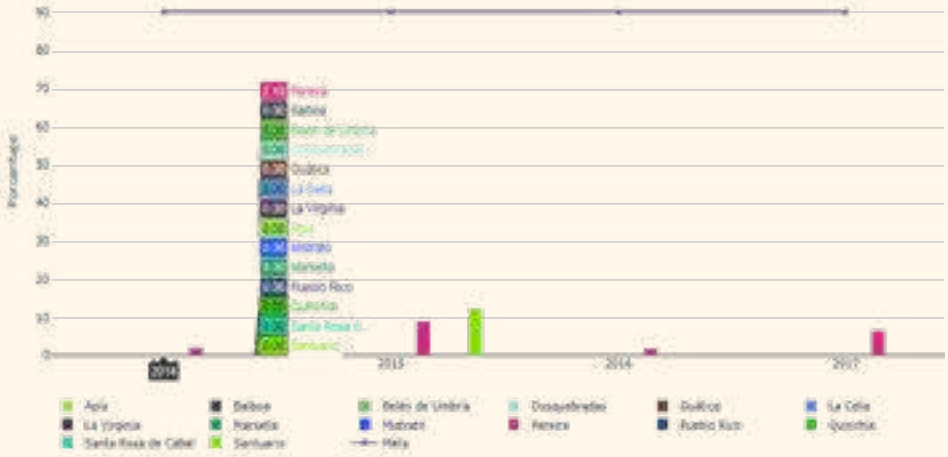
Gráfico 117. Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en población adulta – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

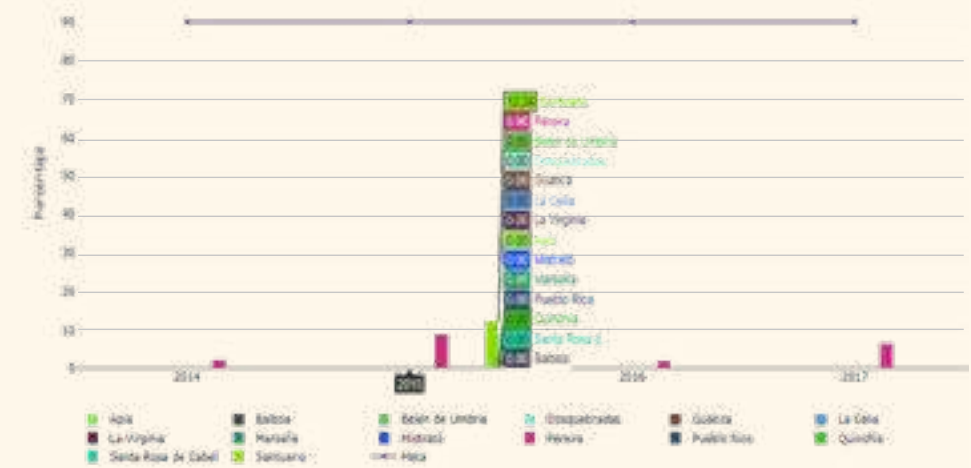
Gráfico 118. Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en población adulta – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

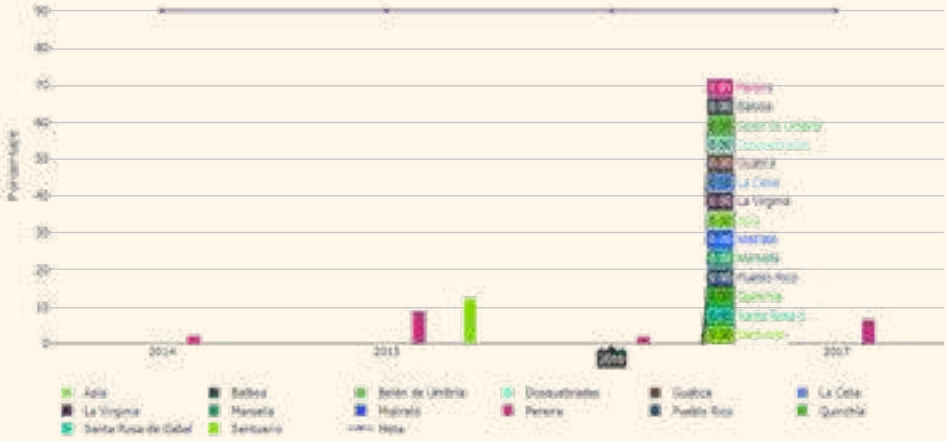
Gráfico 119. Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en población adulta – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 120. Porcentaje de pacientes con EPOC con confirmación por espirometría 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía de Práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad obstructiva crónica (EPOC) en población adulta – MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Accidente cerebro vascular (ACV)

Subdominio constituido por un (1) único indicador que se relaciona a continuación.

EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral

EF3.5.1 Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral

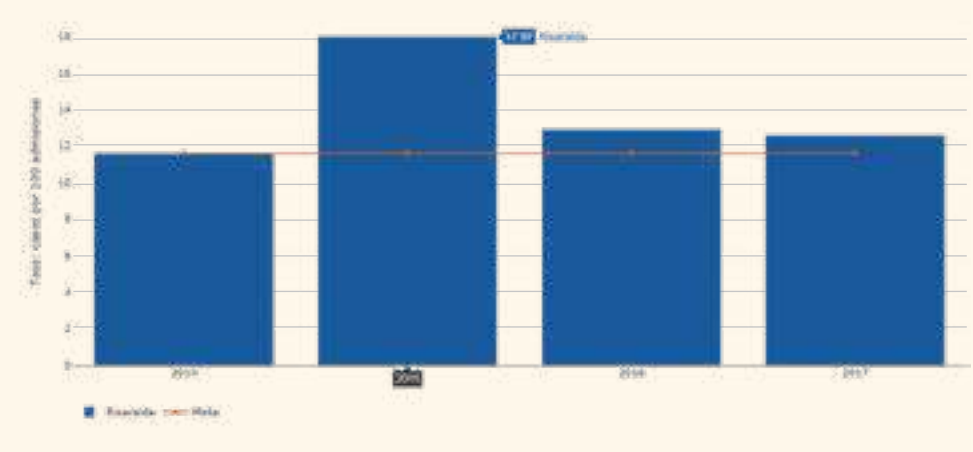
Resultados

- Los datos de RIPS reportados por los prestadores públicos del departamento de Risaralda, mostraron resultados fluctuantes entre período y período evaluado, pasó de 11,59 casos en 2014 a 17,97 casos en 2015 y posteriormente en 2016 a 12,90 casos por cada 100 admisiones. Mejor desempeño del indicador en 2014 frente al criterio de referencia mencionado por la OCDE: línea base menor o igual a 11,6 casos x 100 admisiones.

- A nivel municipal para los tres (3) períodos de tiempo observados, se evidenciaron resultados para varios de los municipios del departamento con tasa de mortalidad de cero (0) casos por cada 100 admisiones hospitalarias (Gráfico 122., Gráfico 123. y Gráfico 124.), Pereira presentó al igual que el nivel departamental una fluctuación del indicador, con resultados en 2014 de 12,18 casos, en 2015 con 18,85 casos y 11,84 casos en 2016; ubicándose en los tres (3) años evaluados por fuera de la línea base referenciada por la OCDE.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

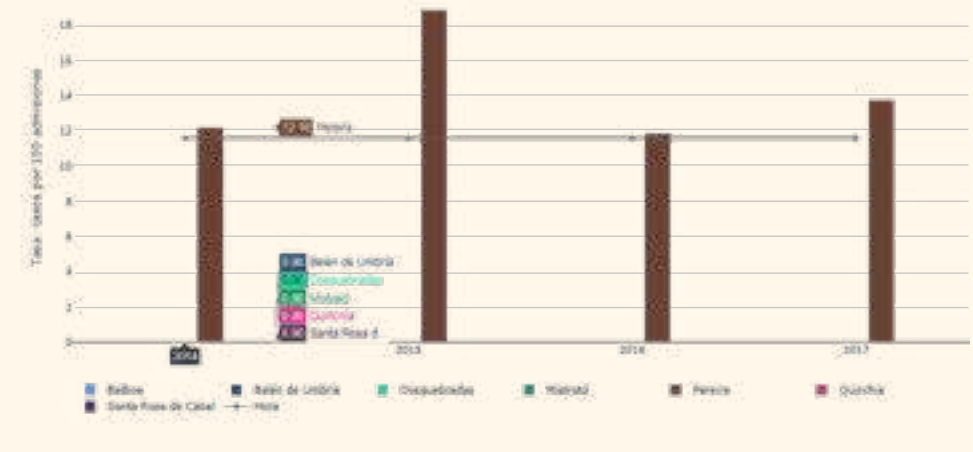
Gráfico 121. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral – departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE - Canadian Health Indicators - CIHI

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

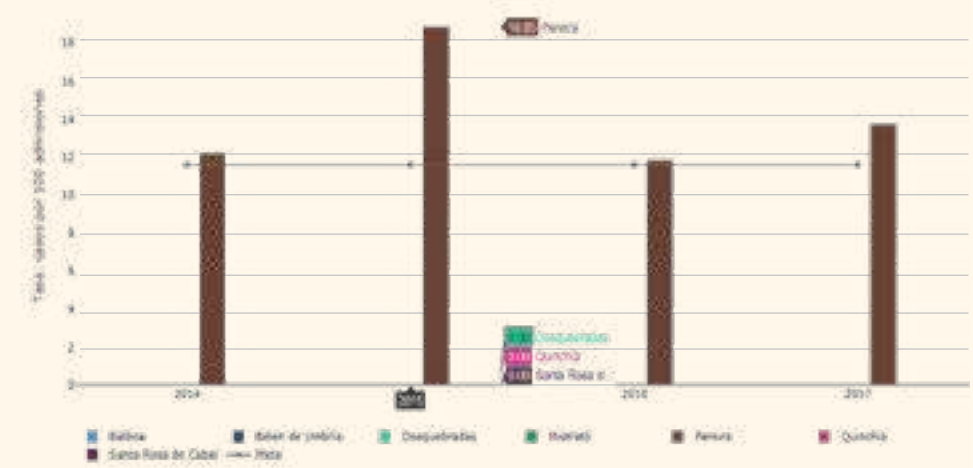
Gráfico 122. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE - Canadian Health Indicators - CIHI

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

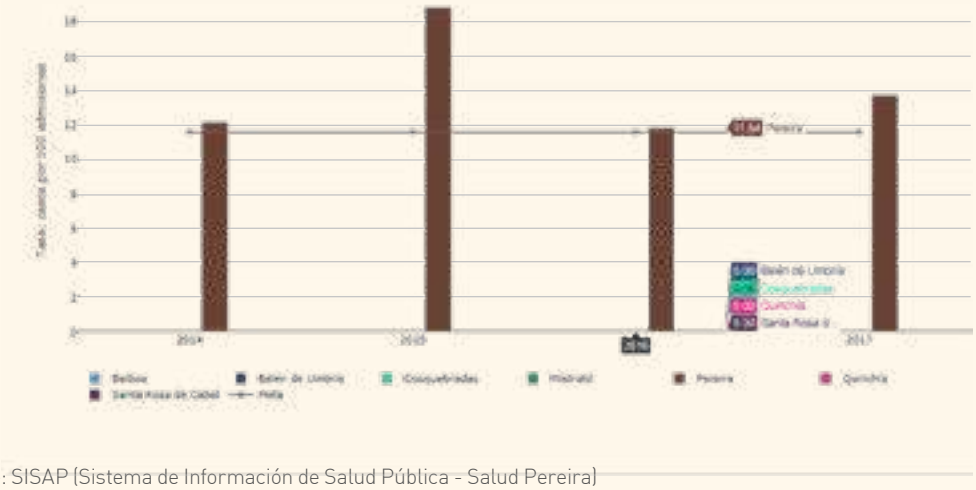
Gráfico 123. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE - Canadian Health Indicators - CIHI

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 124. Mortalidad dentro de 30 días después de admisión hospitalaria por accidente vascular cerebral 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE - Canadian Health Indicators - CIHI

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Cáncer de cuello uterino

Subdominio compuesto por tres (3) indicadores relacionados a continuación.

EF3.6.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvicouterina

EF3.6.2 Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad

EF3.6.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino

EF3.6.1 Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la efectividad y gestión de las actividades e intervenciones de detección temprana de cáncer de cuello uterino para la población objeto, dentro del marco de la Política Nacional de Salud Sexual y reproductiva y del Plan Decenal para el Control del cáncer 2012-2021.

Resultados

- El número de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología cérvicouterina a nivel nacional para las tres vigencias objeto de monitoreo correspondió al 12,66% (2014), 20,82% (2015) y 32,82% (2016), con un incremento sostenido. Para los tres períodos los resultados del indicador no alcanzaron la tercera parte de la meta definida en el Plan Decenal para el Control del cáncer 2012-2021 la cual se halla en el 80%.

- Para los tres (3) años de seguimiento, el indicador a nivel del departamento de Risaralda presentó un incremento sostenido con porcentajes de 9,16%, 21,42% y 27,37% respectivamente; aunque no se evidenció un contraste importante, sí cabe mencionar que el porcentaje del indicador en 2015 tuvo un mayor ascenso que la media nacional con una diferencia de 0,6 puntos porcentuales, tomando nuevamente la media nacional un aumento sobre Risaralda en 2016 con una diferencia de 5,45%.

- Respecto a los resultados del indicador para los catorce (14) municipios de Risaralda frente a la media nacional, se observó en 2014 que municipios, en su orden, La Celia (24,53%), Quinchía (22,91%), Balboa (22,50%), Apía (20,06%), Marsella (14,01%) y

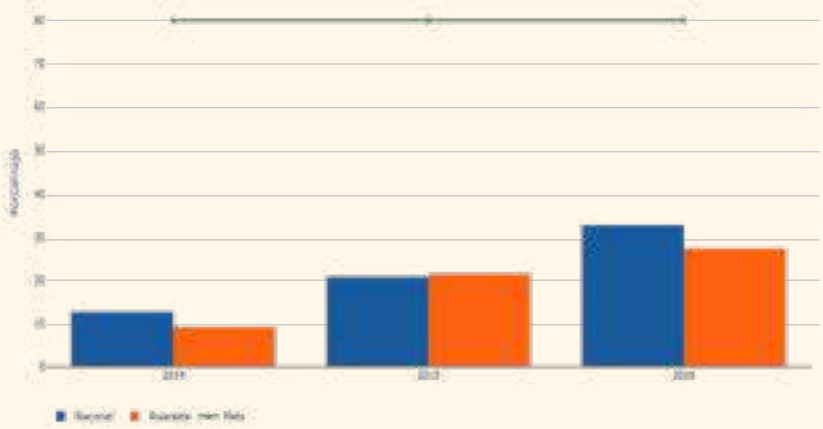
Santuario (17,86%) se encontraron por encima de esta, repuntando en este orden con una diferencia importante el municipio de Belén de Umbría con 33,89%.

- Cabe mencionar que, para los tres años de monitoreo, el 100% de los municipios tuvieron una tendencia creciente del indicador, en algunos de ellos con diferencias importantes entre período y período, tales municipios corresponden a Dosquebradas, Guática, La Virginia, Pereira y Santa Rosa de Cabal.

- Para los tres (3) períodos de seguimiento, Belén de Umbría se mantuvo en el primer lugar del mejor reporte del indicador con 33,89% (2014), 40,48% (2015) y 43,61% (2016) mientras que el porcentaje reportado por Pueblo Rico para los tres años no alcanzó el 5%, afectando con ello el resultado para el total departamento.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

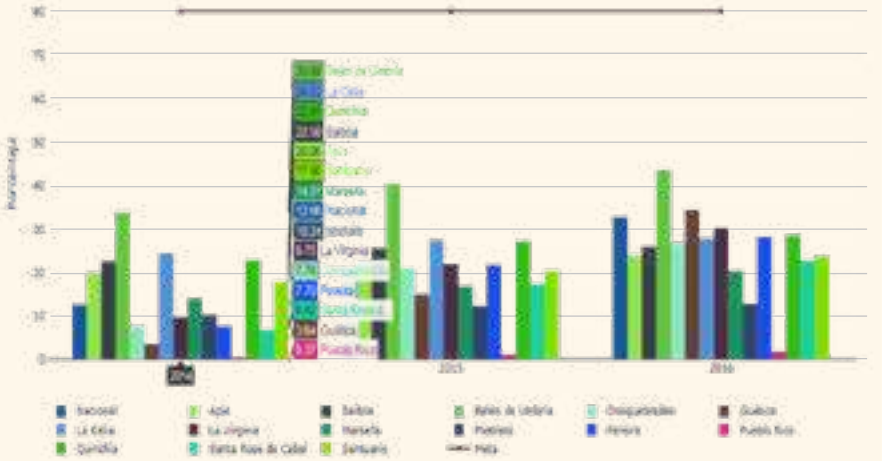
Gráfico 125. Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

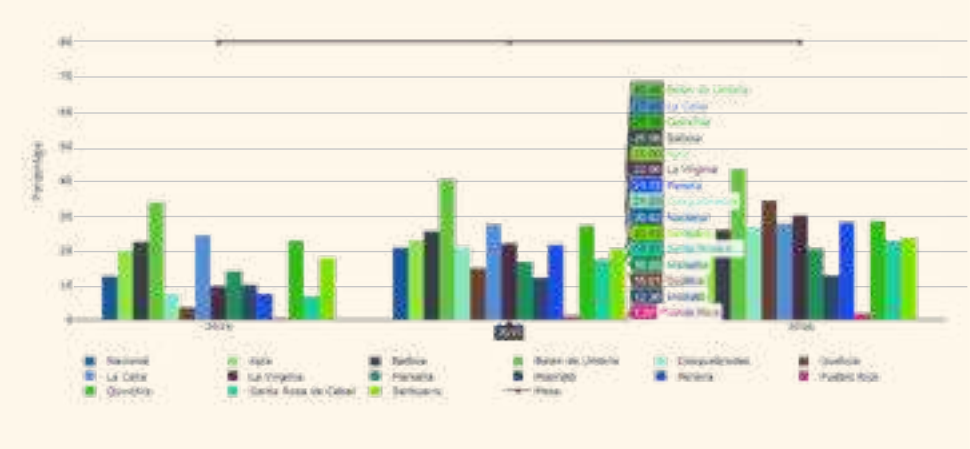
Gráfico 126. Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

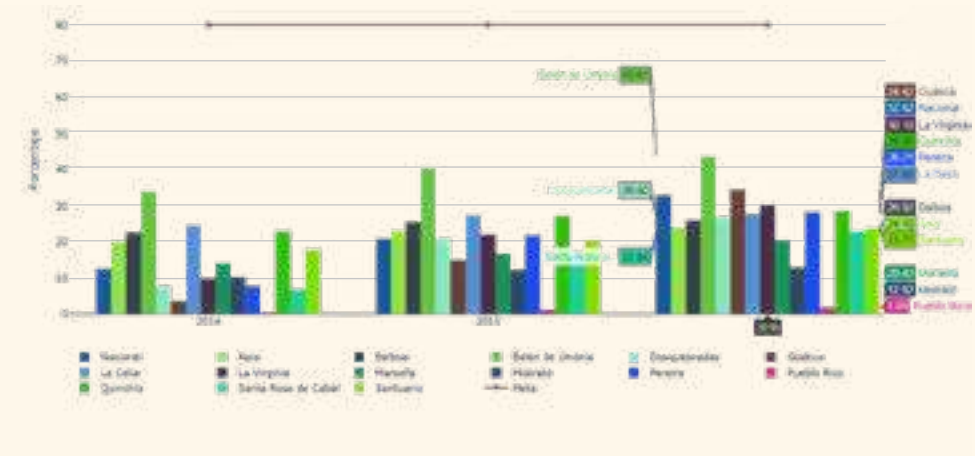
Gráfico 127. Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 128. Proporción de mujeres con toma de citología cervico uterina 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.6.2 Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la accesibilidad, oportunidad y continuidad en el proceso diagnóstico definitivo para mujeres con resultado de citología anormal.

Resultados

- Cociente entre el número de mujeres con citología cérvicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia y el número de mujeres con citología cérvicouterina anormal reportadas. A nivel nacional para los tres (3) períodos de medición se evidenciaron porcentajes de 15,55% (2014), 13,68% (2015) y 10,60%; con una tendencia al descenso que se aproximó al 10%. Criterio de referencia: indicadores protección específica y detección temprana de la Nueva EPS para el 2018, del 90%.

- En el Gráfico 129., se observa para los tres (3) años de monitoreo el comportamiento del indicador para Risaralda, con mejores resultados que a nivel nacional con 29,02%,

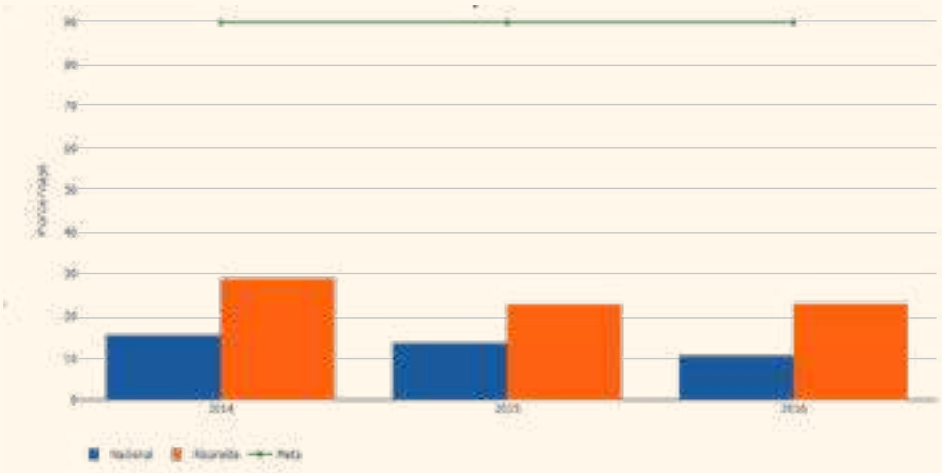
22,92% y 23,05% respectivamente. Para 2014, del total de mujeres con citología cérvicouterina anormal un poco más de la tercera parte cumplió el estándar de 30 días para la toma de la colposcopia, mejorando dicha relación para los siguientes períodos con más de la cuarta parte de mujeres que cumplió dicho estándar.

- Los municipios de Risaralda que presentaron para los tres períodos de registro resultados del indicador en cero (0) puntos porcentuales correspondieron a Apía y Mistrató, mientras que municipios como Balboa, Dosquebradas, Marsella y Pereira para los mismos períodos tuvieron el reporte del indicador con mejores porcentajes que la media nacional.

- De igual forma, la mayoría de los municipios tuvo un descenso considerable en el comportamiento del indicador para los tres (3) años de medición con una mayor diferencia entre el 2014 y 2016 para municipios como Balboa 35,71% y 15,79% y, Marsella 57,69% y 10% respectivamente.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

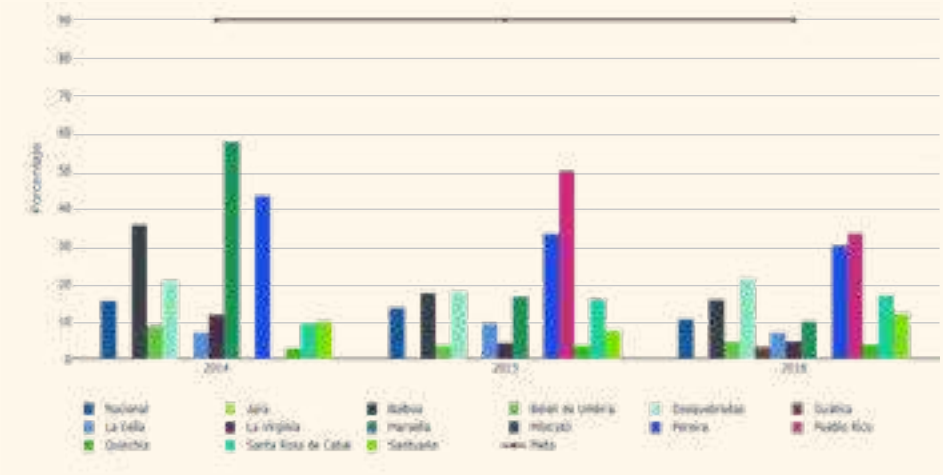
Gráfico 129. Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

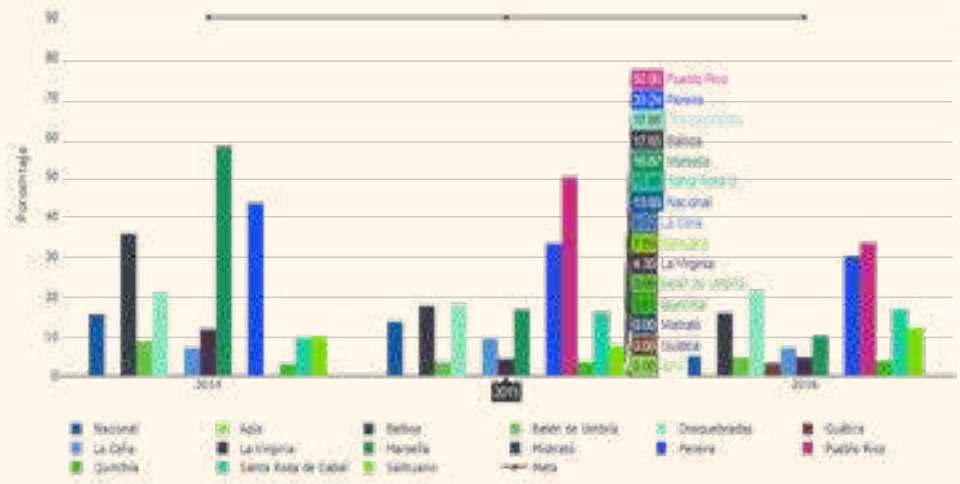
Gráfico 130. Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

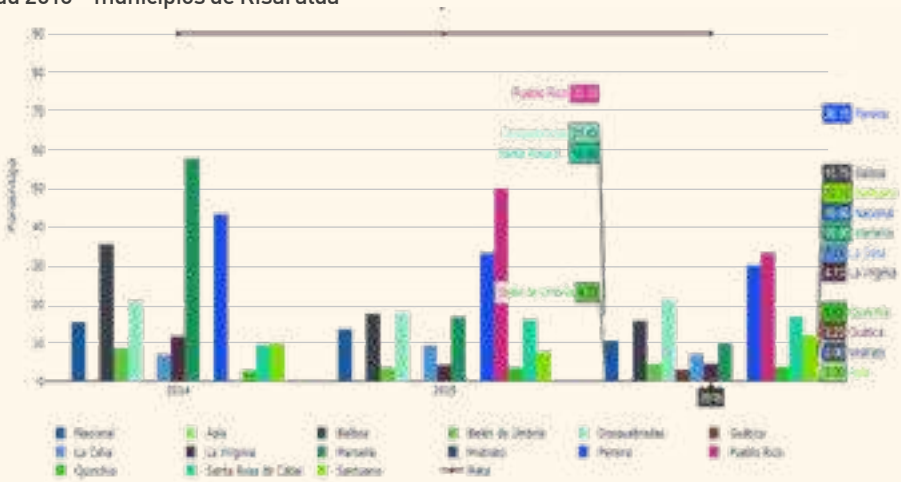
Gráfico 131. Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen el estándar de oportunidad 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 132. Proporción de mujeres que requieren toma de colposcopia y cumplen con el estándar de oportundiad 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.6.3 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la continuidad en el proceso de atención, oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino y el estricto seguimiento a las usuarias con este diagnóstico.

Resultados

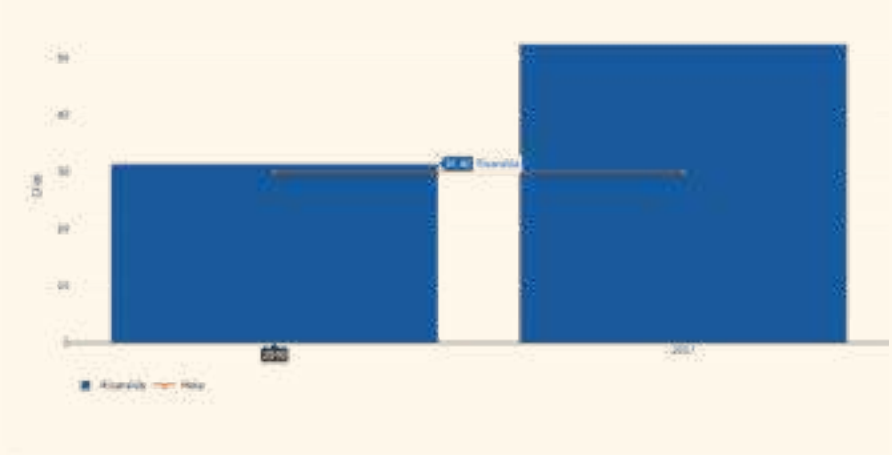
- Indicador que se obtiene del cociente de la diferencia de días entre la fecha de resultados de la confirmación diagnóstica (biopsia de cuello uterino) y la fecha en la que se inicia el tratamiento específico y el total de mujeres con confirmación diagnóstica de cáncer de cuello uterino y que están recibiendo tratamiento. En los dos períodos de tiempo evaluados se estimó para el departamento de Risaralda una oportunidad para inicio del tratamiento de 31,42 días (2016) y 52,40 días (2017), reflejándose para este último año un crecimiento del indicador en 20,98 días. Criterio de referencia: oportunidad alta: 1 a 30 días - Protocolos de vigilancia en salud pública (INS).

- Para el cálculo del indicador se tiene en cuenta en el nivel de desagregación geográfica el municipio de residencia de la usuaria, de ello, se obtiene en 2016 una oportunidad por encima del criterio de referencia nacional para municipios como La Virginia con 136 días, Belén de Umbría con 53 días y Pereira con 35,50 días. Dosquebradas y Guática mostraron un promedio de oportunidad alta con 16,38 días y 9 días respectivamente.

- En 2017, para el cálculo del indicador se sumaron Santa Rosa de Cabal (127,67 días), Balboa (57 días) y Marsella (55 días) y salió de este grupo Belén de Umbría el cual se encontró sin información. Respecto al período anterior, La Virginia (25,67 días) mejoró el desempeño del indicador con un descenso muy importante en 110,33 días para el inicio del tratamiento específico de cáncer de cuello uterino. Dosquebradas y Guática triplicaron el número de días de oportunidad respecto al período anterior con 66,90 y 29 días. Pereira presentó una tendencia hacia el crecimiento de su indicador alejándose en 12,57 días del criterio de referencia.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.*

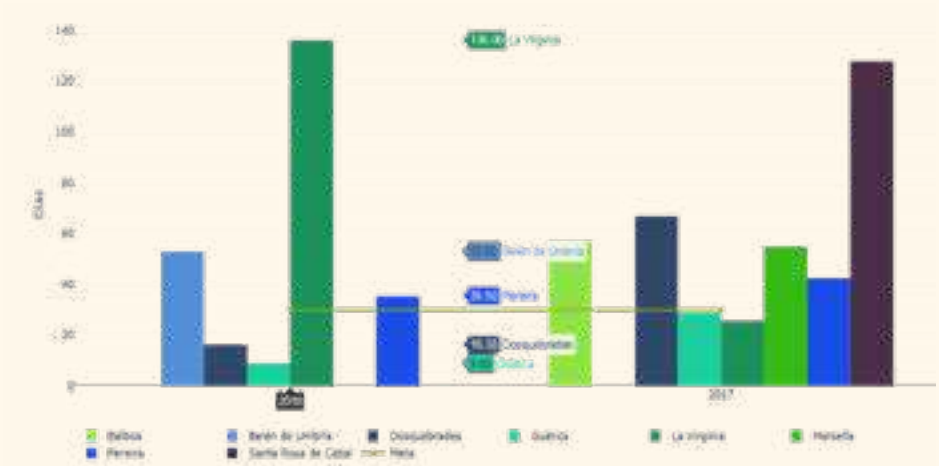
Gráfico 133. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino - Departamento de Risaralda



Fuente: Base de dato SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de vigilancia en salud pública Cáncer de mama y cuello uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

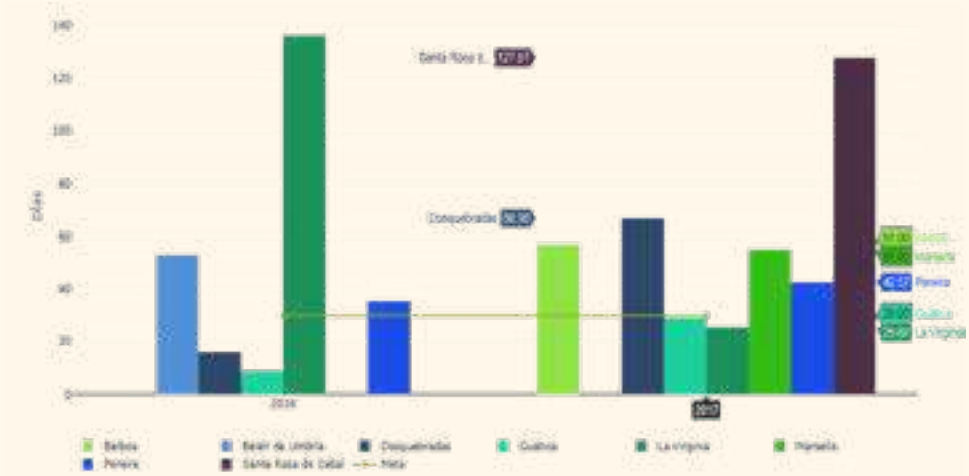
Gráfico 134. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Cáncer de mama y cuallo uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 135. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de cuello uterino 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Cáncer de mama y cuallo uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Cáncer de mama

Subdominio conformado por dos (2) indicadores de la siguiente manera:

EF3.7.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía

EF3.7.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama

EF3.7.1 Proporción de mujeres con toma de mamografía

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la efectividad y gestión de las actividades e intervenciones de detección temprana de cáncer de mama para la población objeto, dentro del marco del Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021.

Resultados

- La proporción de mujeres mayores de 50 años con toma de mamografía a nivel nacional para los tres períodos de reporte 2014, 2015 y 2016 presentó una tendencia al incremento anual sostenido con resultados del 6,01%, 12,35% y 16,33% respectivamente; criterio de referencia: 70%, Plan decenal para el control del cáncer 2012 – 2021.

- En el departamento de Risaralda, el indicador tuvo en el primer período de reporte una proporción muy similar a la media nacional, con un crecimiento casi a la par en 2015 con 12,53% (departamento) y 12,35% (nacional), caso contrario sucedió en 2016 cuando la media nacional tomó un repunte con una diferencia de 1,44 puntos porcentuales.

- Para 2014, los municipios de Dosquebradas (6,79%), La Virginia (6,87%) y Pereira (8,95%) estuvieron por encima de la media nacional (6,01%) sin que al respecto se evidencien diferencias porcentuales muy importantes; el 50% de los municipios como Apía, Guática, La Celia, Quinchía, entre otros, presentó reportes del indicador con proporciones que no superaron el 2%.

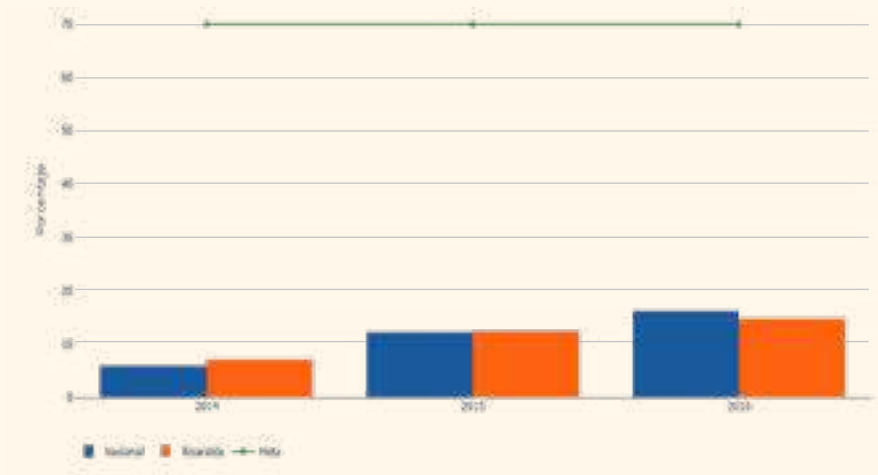
- En 2015, el 100% de los municipios del departamento mostró en su indicador un crecimiento anual respecto al 2014, inclusive municipios como La Celia, Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal y Santuario duplicaron el valor del indicador referido en el primer período. Para el 2015, Pereira (14,57%), la Virginia (13,19%) y Dosquebradas

(13,03%) continuaron repuntando como los mejores municipios en el reporte del indicador, inclusive se ubicaron por encima de la media nacional para el mismo período de medición.

- En el Gráfico 139., para el período 2016 y respecto a los dos períodos anteriores se visualiza una tendencia al incremento sostenido del indicador en el 86% de los municipios, a excepción de Balboa y La Celia con un descenso no muy significativo en el indicador respecto al 2015. Dosquebradas, La Virginia y Pereira se localizaron como los municipios con mejor reporte del indicador, ubicándose por encima de la media nacional el municipio de Pereira con 16,86%.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social para Gestión del Riesgo Individual a través del link http://rssvr2.sispro.gov.co/pedt_Seguimiento/*

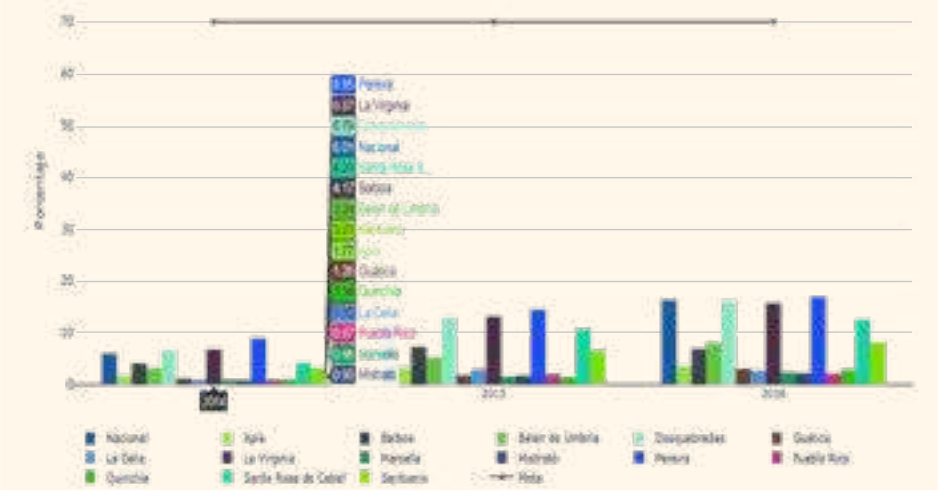
Gráfico 136. Proporción de mujeres con toma de mamografía – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

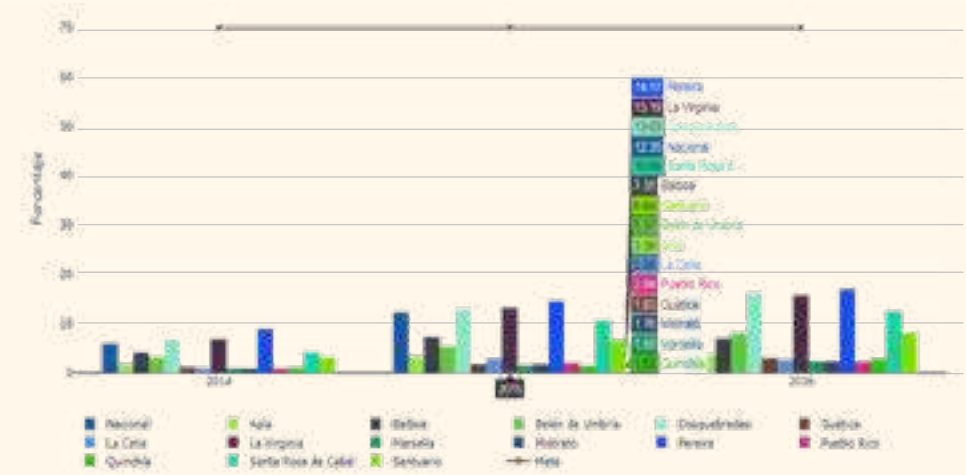
Gráfico 137. Proporción de mujeres con toma de mamografía 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

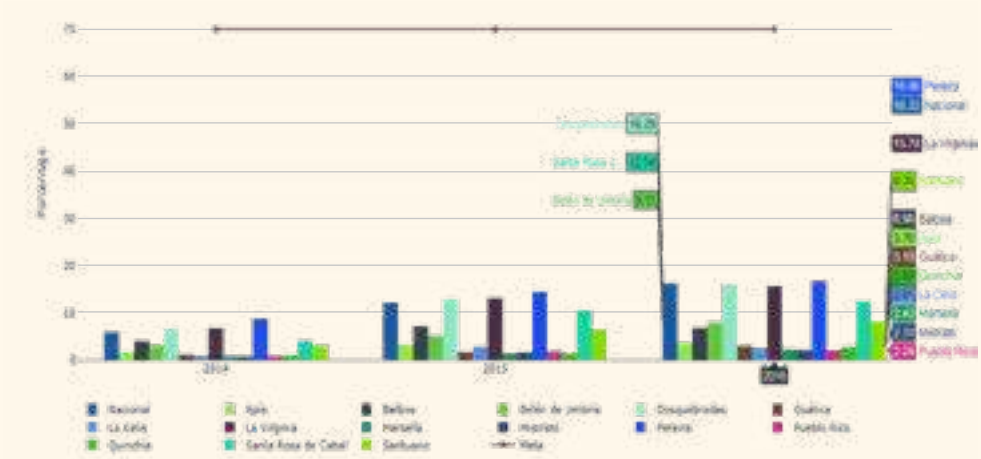
Gráfico 138. Proporción de mujeres con toma de mamografía 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 139. Proporción de mujeres con toma de mamografía 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO (SGD)
Fuente Metodológica: Resolución 4505 de 2012 - Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016 - Plan Decenal de para el control del cáncer en Colombia 2012 -2021

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF3.7.2 Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la continuidad en el proceso de atención, oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama y el estricto seguimiento a las usuarias con este diagnóstico.

Resultados

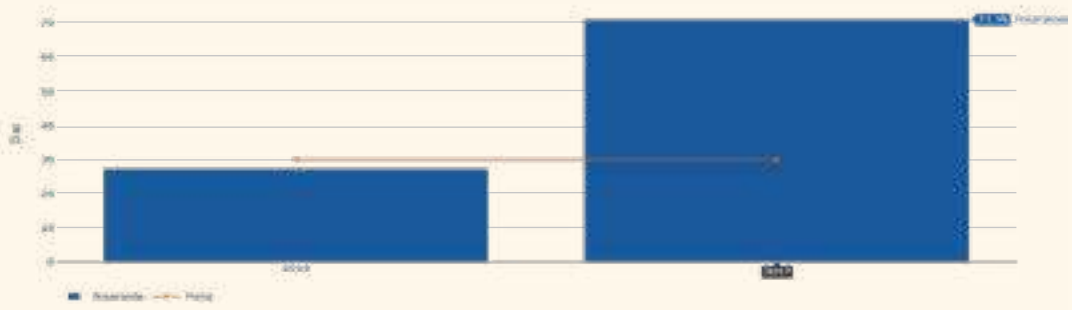
- Indicador que se obtiene del cociente de la diferencia de días entre la fecha de resultados de la confirmación diagnóstica (biopsia de mama) y la fecha en la que se inicia el tratamiento específico y el total de mujeres con confirmación diagnóstica de cáncer de cuello de mama y que están recibiendo tratamiento. De acuerdo a los datos disponibles de SIVIGILA del departamento de Risaralda en relación al evento 155 (datos complementarios), se observó que la oportunidad en el tratamiento en 2016 en el departamento estuvo en 27,28 días, con una tendencia al incremento en más del doble de días para el siguiente año con 71,16 días. Criterio de referencia: oportunidad alta: 1 a 30 días - Protocolos de vigilancia en salud pública (INS).

- Para el cálculo del indicador se tiene en cuenta en el nivel de desagregación geográfica el municipio de residencia de la usuaria, del mencionado cálculo, se obtuvo en 2016 una oportunidad por encima del criterio de referencia nacional para municipios como Quinchía y Dosquebradas con 39,50 y 35,80 días respectivamente. Pereira, La Virginia y Belén de Umbría presentaron un mejor desempeño en el indicador con resultados que oscilaron entre un máximo de 26,11 días y un mínimo de 14 días.

- En 2017, el indicador mostró a nivel general de los municipios, a excepción de Belén de Umbría, un incremento en el resultado de su indicador respecto al período anterior; se registró una oportunidad baja (más de 45 días según INS) en los municipios de Pereira, Quinchía, Guática y Dosquebradas. Dentro de la oportunidad media (31 a 45 días, INS) estuvo La Virginia y cumpliendo la oportunidad alta (1 a 30 días) Santa Rosa de Cabal y Belén de Umbría.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.*

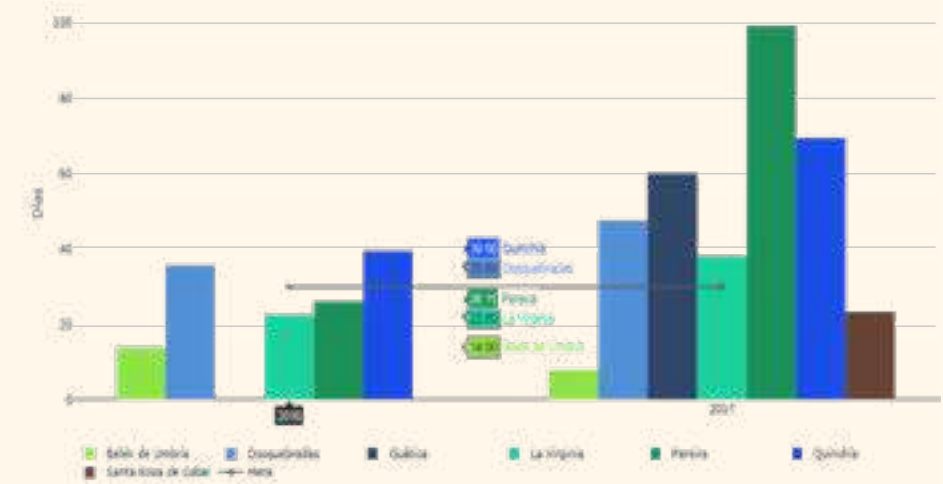
Gráfico 140. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama - Departamento de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de vigilancia en Salud pública Cáncer de mama y cuello uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

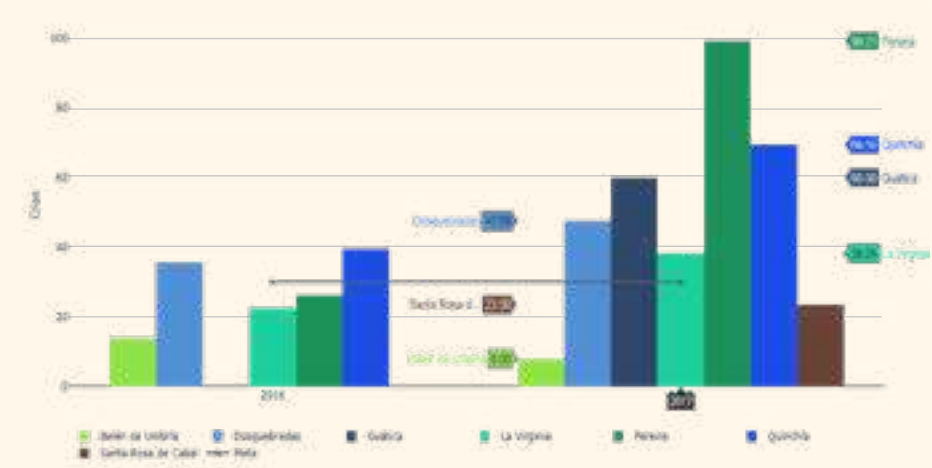
Gráfico 141. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de vigilancia en Salud pública Cáncer de mama y cuello uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 142. Oportunidad en el tratamiento de cáncer de mama 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Base de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de vigilancia en Salud pública Cáncer de mama y cuello uterino - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Cáncer de próstata

Subdominio constituido por un (1) único indicador que se presenta a continuación:

EF3.8.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año

EF3.8.1 Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud respecto a la efectividad y gestión de las actividades e intervenciones de detección temprana de cáncer de próstata para la población objeto, dentro del marco del Plan decenal para el control del cáncer 2012-2021.

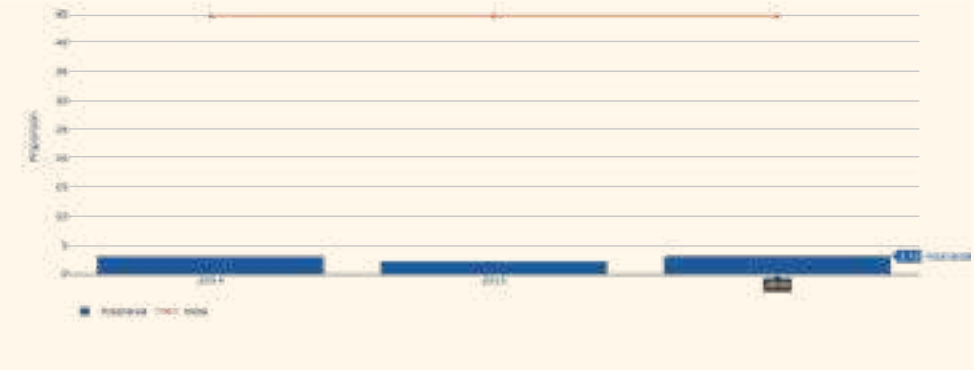
Resultados

- Corresponde al número de hombres mayores de 50 años con toma de antígeno prostático específico (PSA) en un período de tiempo específico sobre el total de hombres mayores de 50 años atendidos, por cien; el indicador para el departamento de Risaralda presentó para 2014 y 2016 un comportamiento casi similar con porcentajes de 3,06% y 3,13%, en 2015 se mostró un descenso del mismo con 0,81 puntos porcentuales respecto al período anterior. Criterio de referencia: línea base mayor o igual a 44,6% - Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015).

- Teniendo en cuenta los datos disponibles en RIPS, se encontró en los tres (3) años de monitoreo para los prestadores públicos de la mayoría de los municipios del departamento un bajo registro individual en la realización del procedimiento (CUPS 906610 Antígeno específico de próstata, ámbito de realización del procedimiento: ambulatorio), lo cual se vio reflejado en resultados muy por debajo de la línea base nacional para todos los municipios con porcentajes mínimos y máximos que oscilaron en 2014 entre 0% y 10,91%, en 2015 entre 0% y 10,10% y 2016 entre 0% y 10,72%.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

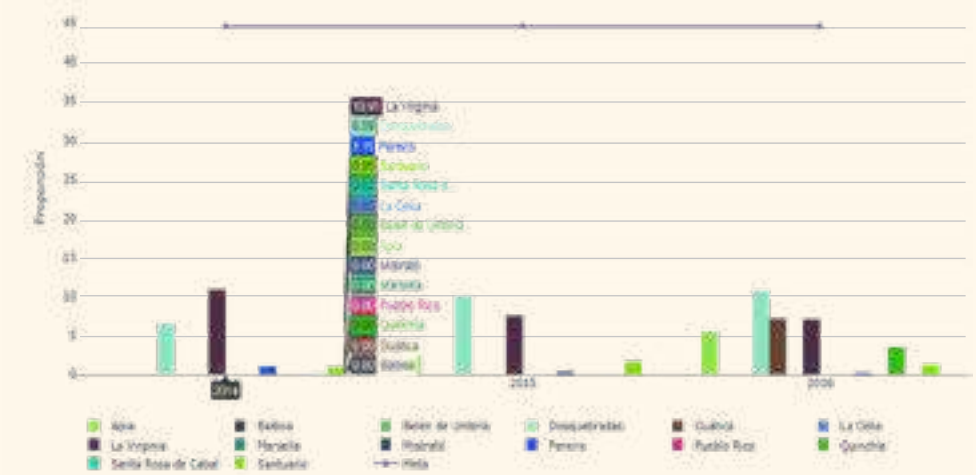
Gráfico 143. Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año - Departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para la detención temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

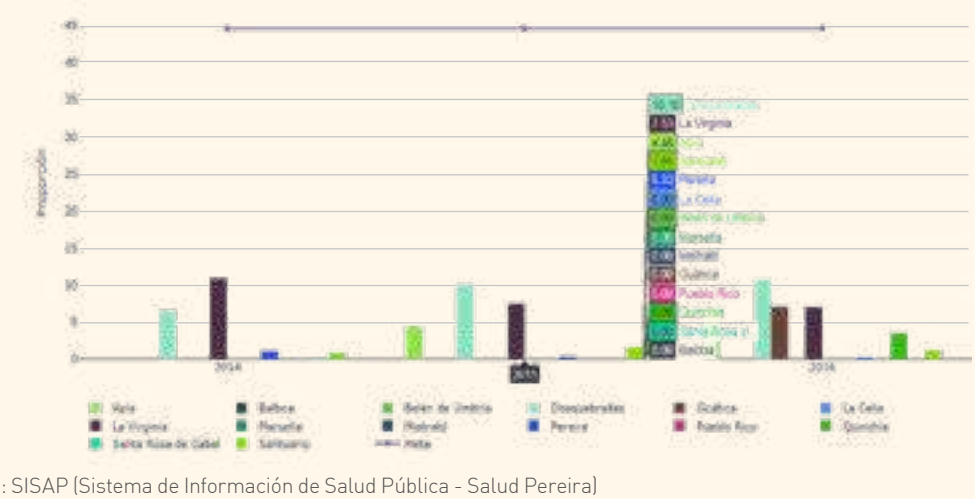
Gráfico 144. Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año (2014) – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para la detención temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

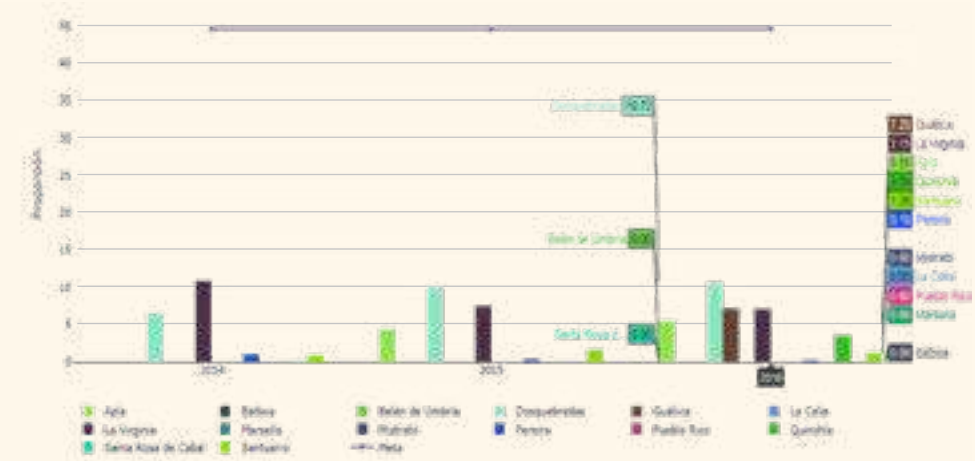
Gráfico 145. Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año (2015) – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para la detención temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 146. Proporción de hombres mayores de 50 años con PSA en el año (2016) – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de Información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Guía Práctica clínica para la detención temprana, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación del cáncer de próstata - MSPS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Enfermedades transmitidas por vectores

Batería de indicadores cuantitativos que monitorean y brindan información sobre la calidad de los servicios de salud relacionada con la accesibilidad a la atención en salud, detección temprana, vigilancia de factores de riesgo y seguimiento para algunas enfermedades transmitidas por vectores, así como la oportunidad y continuidad en el tratamiento.

Subdominio 2 Dengue grave

Subdominio que recopila dos (2) indicadores que corresponden a:

EF4.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave

EF4.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave

EF4.1.1 Tasa de incidencia de dengue grave

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la accesibilidad a la atención en salud, detección temprana, vigilancia de factores de riesgo y seguimiento para enfermedades transmitidas por vectores.

Resultados

- La tasa de incidencia de dengue grave se calcula como el cociente, entre el total de casos nuevos de dengue grave y la población a riesgo para dengue en un período de tiempo determinado multiplicado por 100.000 habitantes. De acuerdo ala información disponible que corresponde a las bases de datos de SIVIGILA – evento 220 del departamento de Risaralda, se observó en la serie de tiempo 2014 a 2016 que el indicador tuvo un comportamiento estable con variaciones leves entre 2015 y 2016 cuando se reportaron 1,47 casos y 1,57 casos por 100.000 habitantes; en los tres períodos de monitoreo, la tendencia del indicador fue de crecimiento sostenido. Criterio de referencia: menor o igual a 6,89 casos por 100.000 habitantes - ASIS 2016.

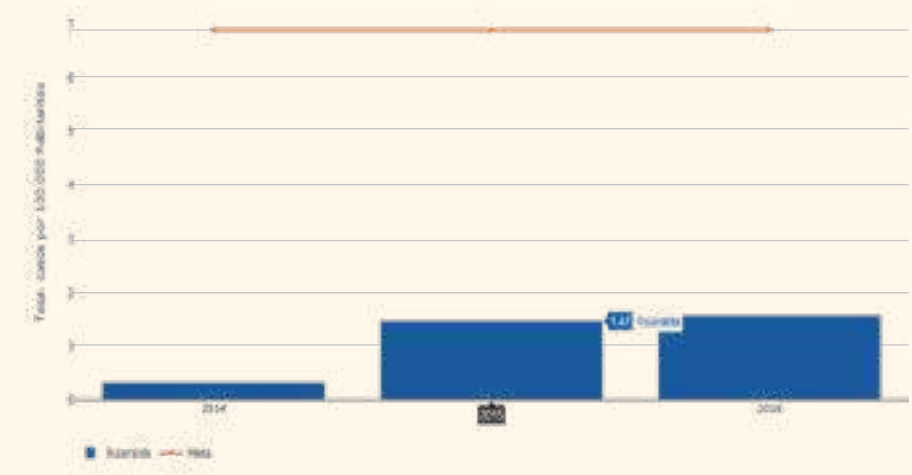
- Para el cálculo del indicador se tuvo en cuenta en el nivel de desagregación geográfica al municipio de procedencia del usuario, se obtuvo con los datos disponibles del 2014.

Los resultados para La Virginia fueron 6,26 casos y en Pereira 0,21 casos x 100 mil habitantes. En 2015, los municipios de Marsella, La Virginia, Dosquebradas y Pereira mostraron un buen comportamiento del indicador con resultados dentro del criterio de referencia departamental; cabe mencionar que mientras La Virginia tuvo un descenso significativo de casi la mitad de casos en comparación con el período anterior, Pereira presentó 8 (ocho) veces el número de casos respecto al 2014.

- Para el 2016, el municipio de Pereira continuó con tendencia al incremento sostenido del indicador pasando de 0,21 casos en 2014 a 1,70 casos en 2015 y finalizó en 2016 con 2,12 casos por 100.000 habitantes. Mistrató para los dos períodos iniciales de medición estaba sin información del evento; sin embargo, tomó un repunte en 2016 con 6,13 casos x 100 mil habitantes.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.*

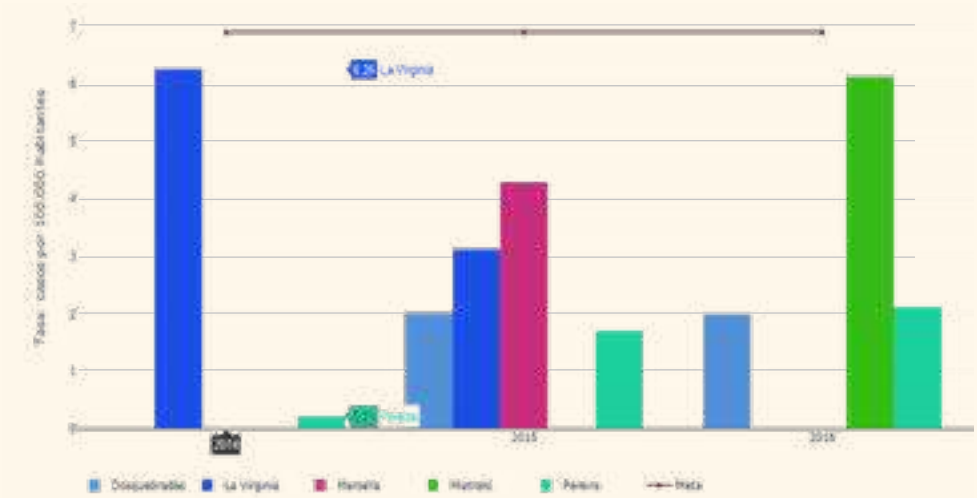
Gráfico 147. Tasa de incidencia de dengue grave - Departamento de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda, Denominador: proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

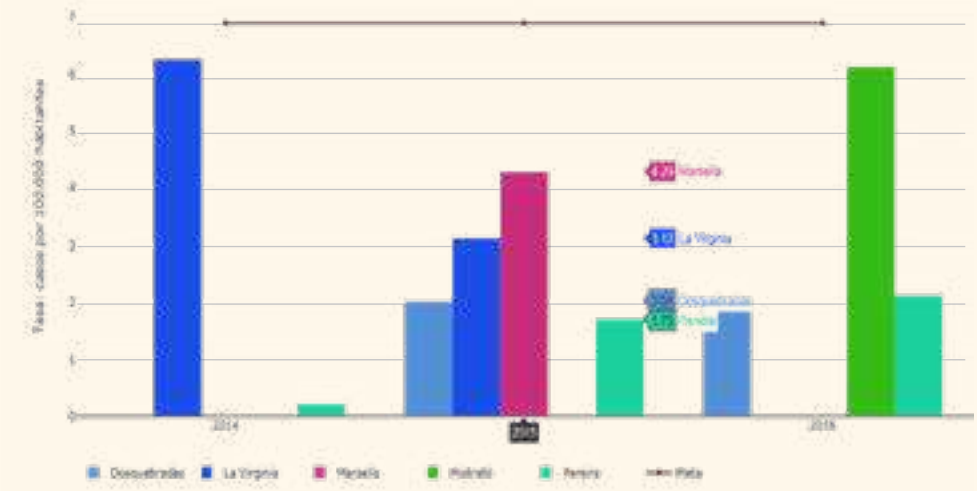
Gráfico 148. Tasa de incidencia de dengue grave 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda, Denominador: proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

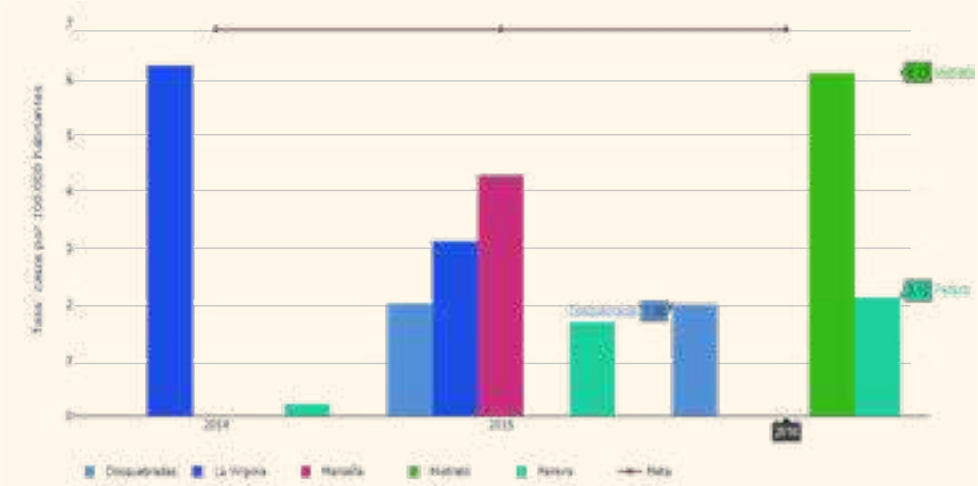
Gráfico 149. Tasa de incidencia de dengue grave 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda, Denominador: proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 150. Tasa de incidencia de dengue grave 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda, Denominador: proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

EF4.1.2 Proporción de hospitalizaciones por dengue grave

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud relacionada con la accesibilidad a los servicios de salud, detección temprana, eficacia y efectividad clínica en el manejo de cada caso de dengue y dengue grave.

Resultados

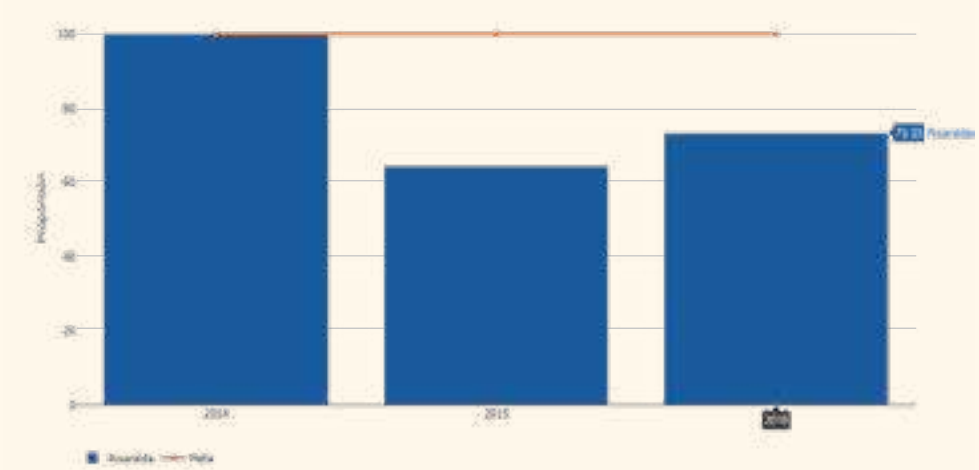
- Por parte del Instituto Nacional de Salud (INS) se propuso para este indicador la relación entre el total de casos hospitalizados con diagnóstico de dengue grave en un período de tiempo determinado entre el total de casos de dengue grave en el mismo período de tiempo por 100. Teniendo en cuenta la información disponible que corresponde a las bases de datos de SIVIGILA – evento 220 del departamento de Risaralda, en los tres (3) años de medición 2014, 2015 y 2016 se observó que la proporción de hospitalizaciones varió del 100% al 64,29% y del 64,29% al 73,33%. Tendencia: entre 2014 y 2015 se observó un descenso del indicador para un posterior incremento del mismo entre 2015 y 2016, mejorando así su desempeño frente al criterio de referencia del 100%, definido por el Instituto Nacional de Salud.

- Para el cálculo del indicador se tuvo en cuenta en el nivel de desagregación geográfica al municipio de procedencia del usuario, obteniendo en 2014 en los municipios de Pereira y La Virginia el 100% de hospitalizaciones por dengue grave. En 2015, Pereira sufrió un descenso del indicador en 25 puntos porcentuales respecto al período anterior, Dosquebradas y La Virginia presentaron 50% y 0% respectivamente, mientras que el indicador en Marsella se ubicó dentro del criterio de referencia nacional.

- Pereira en 2016 continuó con descenso en la proporción de hospitalizaciones llegando al 70% mientras que en Dosquebradas mejoró el desempeño del indicador con 25 puntos porcentuales más que en 2015. Mistrató se situó dentro del criterio de referencia del INS del 100%.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.*

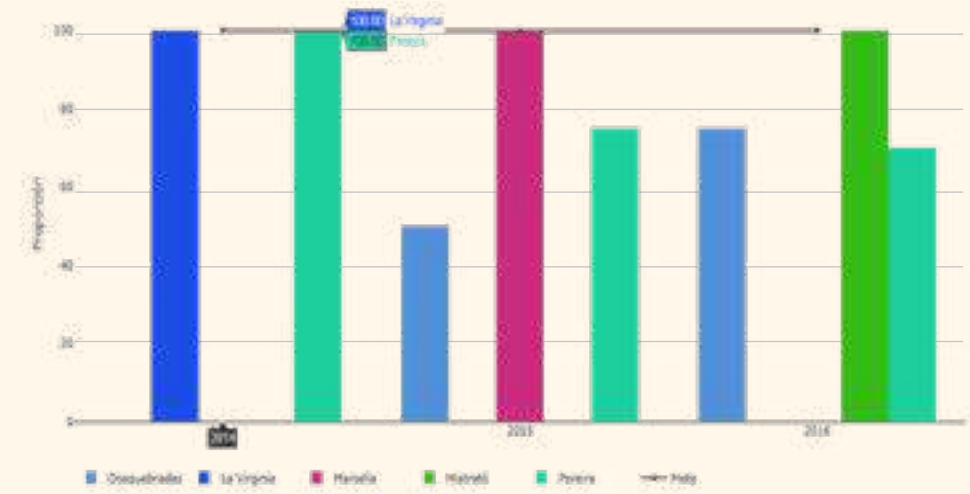
Gráfico 151. Proporción de hospitalizaciones por dengue grave - Departamento de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

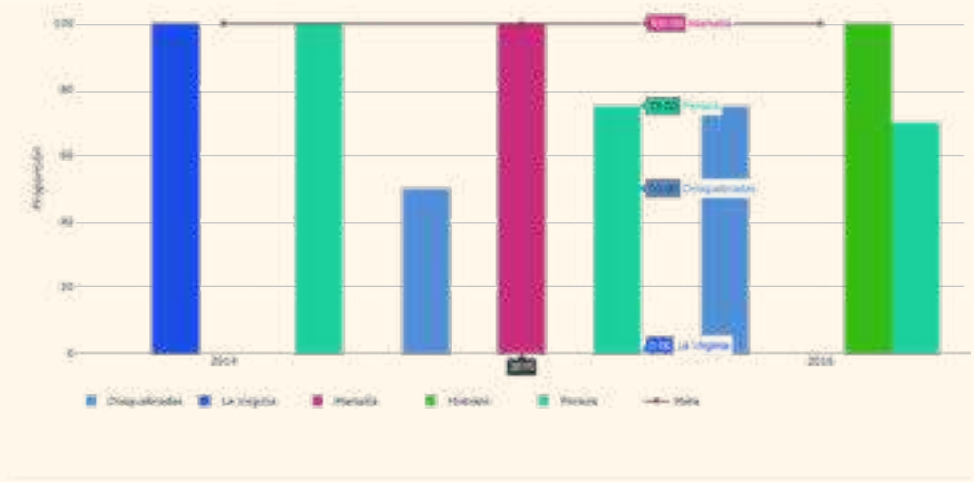
Gráfico 152. Proporción de hospitalizaciones por dengue grave 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

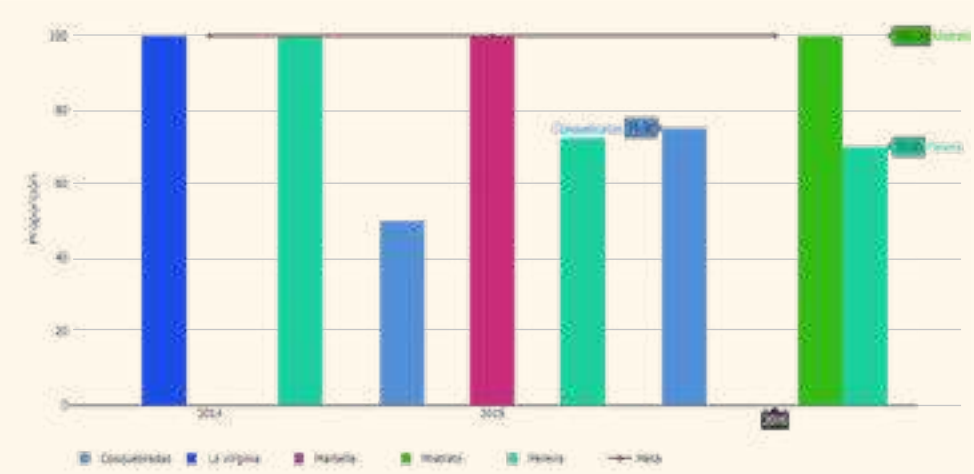
Gráfico 153. Proporción de hospitalizaciones por dengue grave 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 154. Proporción de hospitalizaciones por dengue grave 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Dengue - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Malaria

Subdominio que selecciona un (1) único indicador el cual se menciona a continuación:

EF4.2.1 Proporción de malaria complicada

EF4.2.1 Proporción de malaria complicada

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la accesibilidad sanitaria y la oportunidad en el diagnóstico e inicio del tratamiento para la malaria.

Resultados

- La proporción de malaria complicada se obtiene del cociente entre el número de casos de malaria complicada y el número de casos de malaria multiplicado por cien.

De acuerdo a información suministrada por el departamento de Risaralda, SIVIGILA - evento 465, se evidencia en el Gráfico 155. el comportamiento del indicador para Risaralda en los tres (3) períodos de tiempo evaluados 2015, 2016 y 2017, con unas proporciones que fluctuaron entre el 2% y el 2,2%; sin embargo, en el último año de medición se presentó un incremento significativo del indicador quintuplicando su resultado respecto al 2016. Criterio de referencia: promedio del 1,6% en Risaralda; meta: reducir en 50% la presencia de complicaciones por malaria - Protocolos de vigilancia en salud pública (INS).

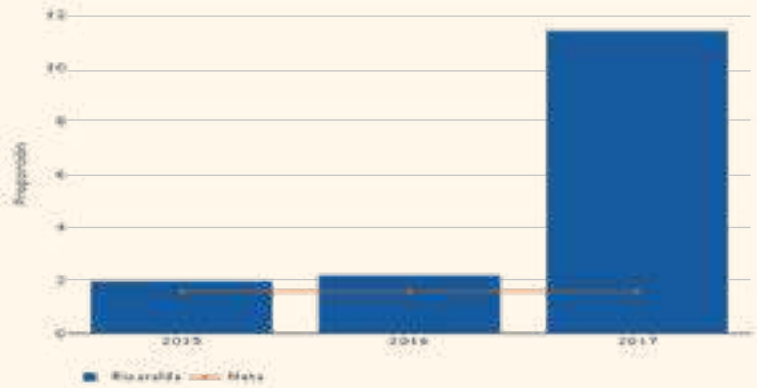
- En el nivel de desagregación geográfica por municipio de procedencia, en el Gráfico 156. en 2015 se observa que municipios como Belén de Umbría (50%), Dosquebradas (50%), Quinchía (20%) y Mistrató (10%) tuvieron el indicador por encima de la línea base departamental; cinco (5) de los diez (10) municipios con reporte del evento presentaron proporciones en cero (0) y Pueblo Rico se ubicó también dentro de la línea base departamental del 1,6%.

- En 2016, continuó el reporte de diez (10) municipios del departamento con el 50% de ellos muy por encima de la línea base departamental, se muestran en el Gráfico 101 porcentajes que oscilaron entre un máximo del 100% y un mínimo del 27,78%. Pueblo Rico continuó con un comportamiento estable en su indicador con una leve diferencia comparado con el período anterior. La Celia, Pereira, Quinchía y Dosquebradas con resultados del 0%.

- En el período evaluado 2017, el indicador a nivel municipal tuvo un comportamiento singular, cuando se redujo significativamente el número de casos en el denominador afectándose con ello el indicador para el departamento. Para el año en comento, cinco (5) de los diez (10) municipios reportaron el indicador en 0%, dentro de estos: Belén de Umbría, Dosquebradas, Balboa, Mistrató y Quinchía; los demás municipios presentaron resultados entre el 50% y el 8,89%.

Nota: *para el cálculo del indicador se tomaron los datos correspondientes a las bases de SIVIGILA suministradas por el departamento de Risaralda para el evento objeto de medición y de monitoreo, teniendo en cuenta las variables de los datos complementarios y realizando previamente los ajustes a las bases de datos según el evento.*

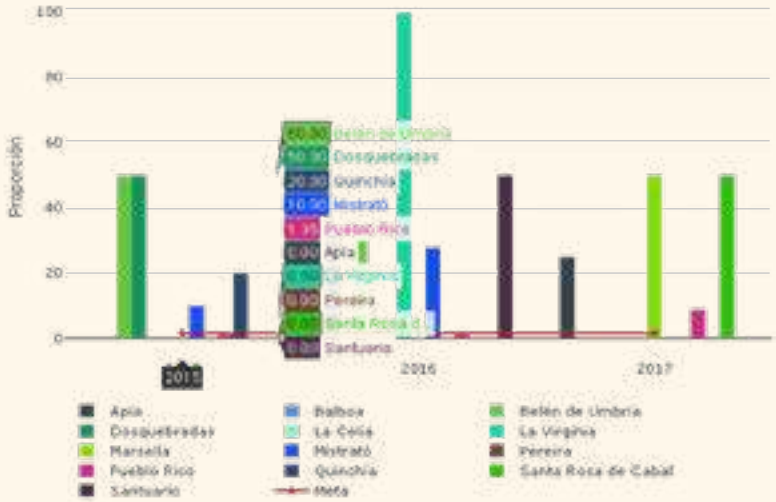
Gráfico 155. Proporción de malaria complicada – departamento de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Malaria - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

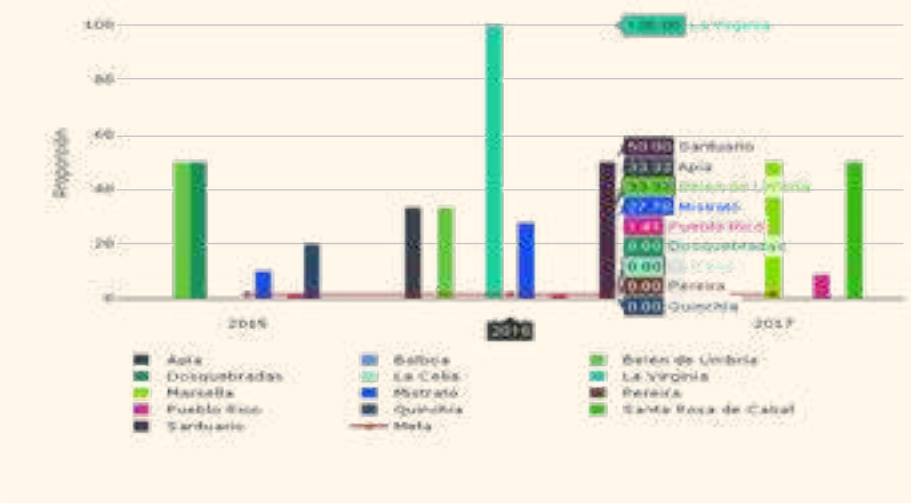
Gráfico 156. Proporción de malaria complicada 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Malaria - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

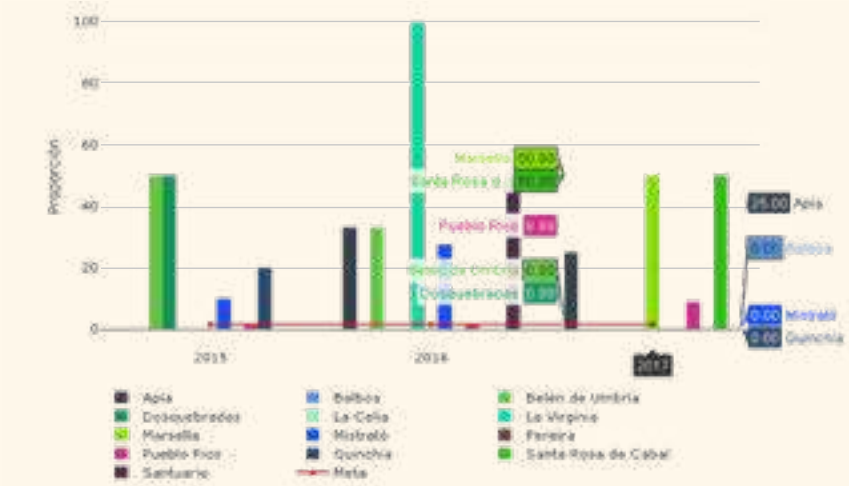
Gráfico 157. Proporción de malaria complicada 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Malaria - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 158. Proporción de malaria complicada 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bases de datos SIVIGILA - Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Protocolo de Vigilancia en salud pública Malaria - Instituto Nacional de Salud 2017

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Efectividad global de la atención

Subdominio conformado por un (1) único indicador de tipo cuantitativo que permite monitorear u objetivar información relacionada con la calidad de la atención en salud de los prestadores, orientado a medir la capacidad resolutiva de la institución en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención.

Subdominio 2 Mortalidad intrahospitalaria

Subdominio que recoge un (1) único indicador:

EF5.1.1 Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

EF5.1.1Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la oportunidad, racionalidad técnica-científica e integralidad de la atención durante la estancia hospitalaria.

Resultados

- Este indicador se obtiene de dividir el número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso entre el número total de pacientes hospitalizados multiplicado por mil. A nivel del departamento de Risaralda para los tres (3) años objeto de medición y monitoreo, en el Gráfico 91 se encontraron 5,98 casos (2014), 7,24 casos (2015) y 2,64 casos (2016) por cada 1000 pacientes; se observó al respecto un aumento del indicador en 2015 sin que se afectara el buen desempeño del indicador frente al criterio de referencia enunciado en el documento INCAS 2015: menor o igual a 13,1 casos por cada 1000 pacientes hospitalizados.

- Respecto a la desagregación por municipio, en 2014 se observó que diez (10) de los catorce (14) municipios presentaron el indicador en cero (0) casos por 1000. Para el restante de municipios entre los que se encuentran Pereira, Marsella, Belén de Umbría y La Virginia la tasa de mortalidad intrahospitalaria osciló entre un valor máximo de 9,71 casos x 1000 y un mínimo de 0,45 casos por mil pacientes hospitalizados.

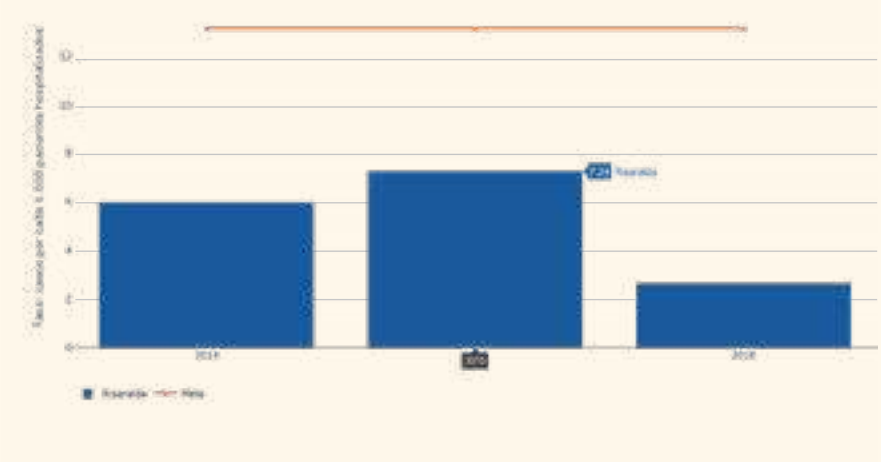
- Según el Gráfico 161, en 2015 se evidenció que nueve (9) de los catorce (14) municipios

no reportaron casos de mortalidad intrahospitalaria posterior a 48 horas; se sumó al listado con datos para el indicador Dosquebradas que en 2014 había presentado cero (0) casos. Para el resto de municipios que incluye Dosquebradas se visualizan resultados entre 11,59 casos por mil (Pereira) como valor máximo y 0,79 casos x 1000 pacientes hospitalizados (Dosquebradas) como valor mínimo; Pereira y Marsella continuaron con un incremento sostenido en su indicador.

- Para 2016, disminuyó el número de municipios con registro de la tasa de mortalidad en cero (0) casos por cada 1000 pacientes hospitalizados, pasando a casi la mitad de municipios respecto al 2015, con reporte de datos para Mistrató (1,99 casos), Pueblo Rico (1,76 casos), Santuario (2,85 casos) y La Virginia (0,65 casos). Pereira presentó un descenso en su indicador en casi la mitad de casos por 1000 pacientes hospitalizados en comparación con el 2015.

Nota: Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.

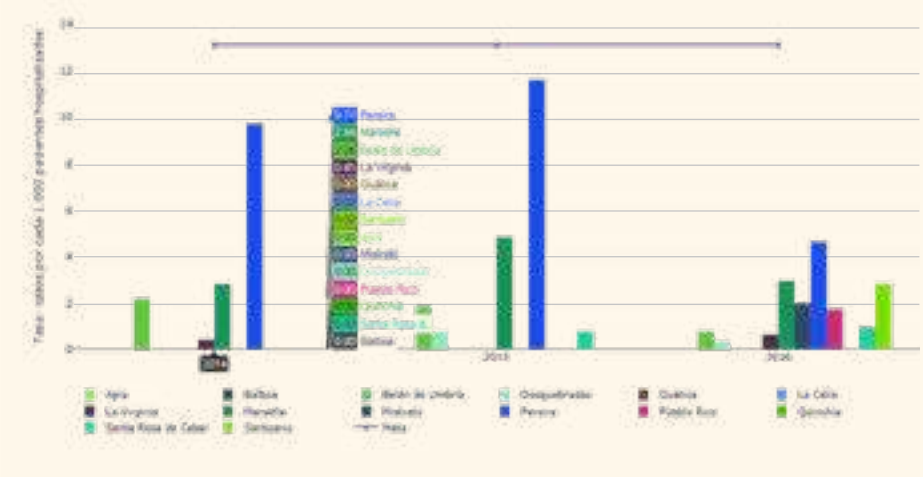
Gráfico 159. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas – departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) y RUAF (Defunciones) Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

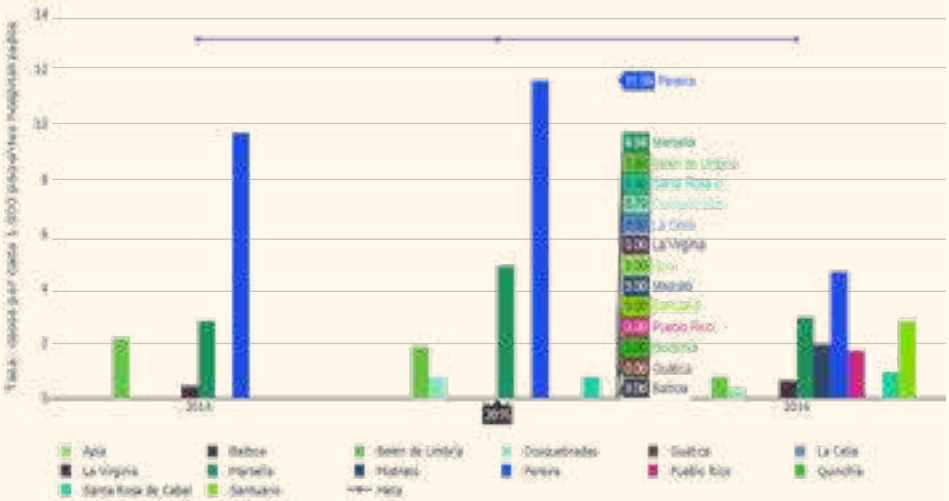
Gráfico 160. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas año 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) y RUAF (Defunciones) Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

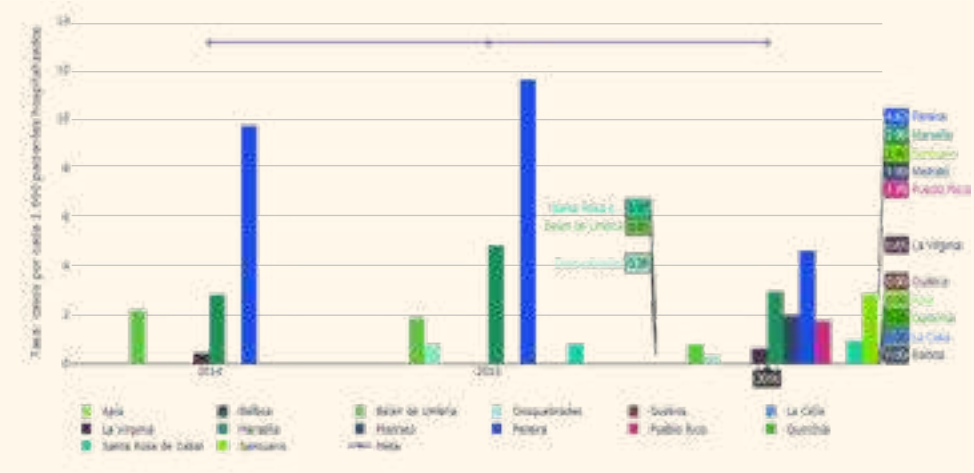
Gráfico 161. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas año 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) y RUAF (Defunciones) Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 162. Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas año 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) y RUAF (Defunciones) Departamento de Risaralda
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2009 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Admisiones evitables en hospitales

Batería de cuatro (4) indicadores orientados a monitorear y medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la racionalidad técnica-científica y el desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales.

Subdominio 2 Asma

Subdominio que recoge un (1) único indicador descrito a continuación.

EF6.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma

EF6.1.1 Admisión hospitalaria de adultos por asma

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto

a la racionalidad técnica-científica y al desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales.

Resultados

- De acuerdo a información disponible concerniente a los RIPS de prestadores de servicios de salud públicos del departamento de Risaralda, de los tres (3) períodos de tiempo coleccionados 2014, 2015 y 2016, se nota en el Gráfico 163 que la admisión hospitalaria de adultos por asma pasó de 13,25 casos en 2014 a 11,47 casos en 2015 y posteriormente a 7,94 casos por 100.000 habitantes; la tendencia general fue hacía la disminución en el número de casos, con una permanente estabilidad dentro del criterio de referencia: menor o igual a 47 casos por 100.000 habitantes – OCDE.

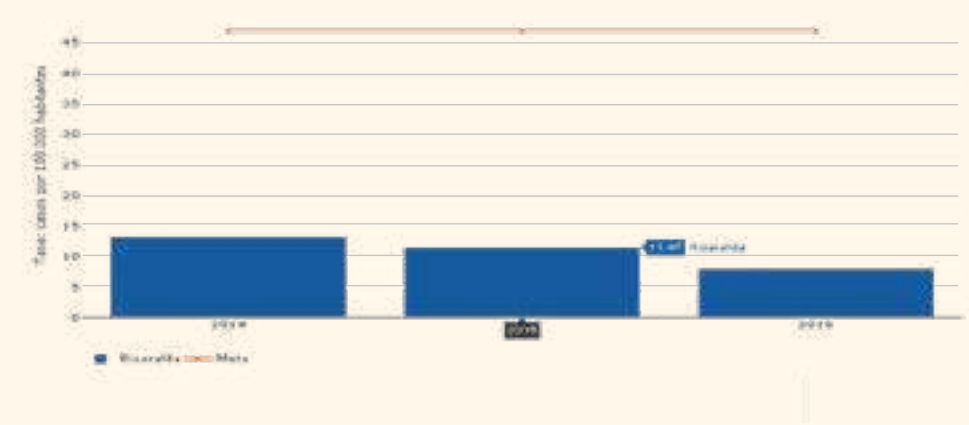
- En la desagregación por municipio, es posible observar en los registros individuales de prestación de servicios en 2014, datos de cero (0) casos por 100.000 habitantes para los municipios de Guática, La Celia y La Virginia; siete (7) municipios se encontraron también dentro de la línea base de la OCDE con tasas que oscilaron entre un valor máximo de 17,53 casos y un mínimo de 4,65 casos x 100 mil habitantes. Balboa, Pueblo Rico y Mistrató obtuvieron resultados por encima del criterio de referencia con 151,35 casos, 61,11 casos y 49,96 casos, respectivamente.

- En 2015, Balboa, Belén de Umbría, Marsella, Mistrató y Santuario presentaron en su indicador una tendencia decreciente respecto al período anterior, ubicándose dentro de la línea base definida por la OCDE, dentro de este criterio se encontraron los demás municipios a excepción de Pueblo Rico que repuntó con 72,22 casos por 100.000 habitantes.

- Para último período de medición que corresponde a 2016, el indicador en la mayoría de los municipios registró una estabilidad con tendencia decreciente, mejorando su desempeño frente al criterio de referencia; Pueblo Rico mostró una tendencia hacía la disminución en el número de casos con un descenso importante respecto al período anterior distando de la meta en 0,49 casos x 100 mil habitantes.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

Gráfico 163. Admisión hospitalaria de adultos por asma - Departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

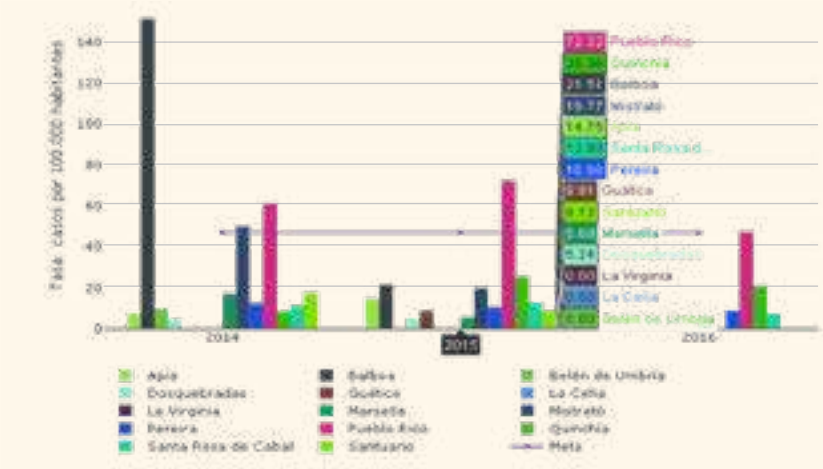
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 164. Admisión hospitalaria de adultos por asma 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

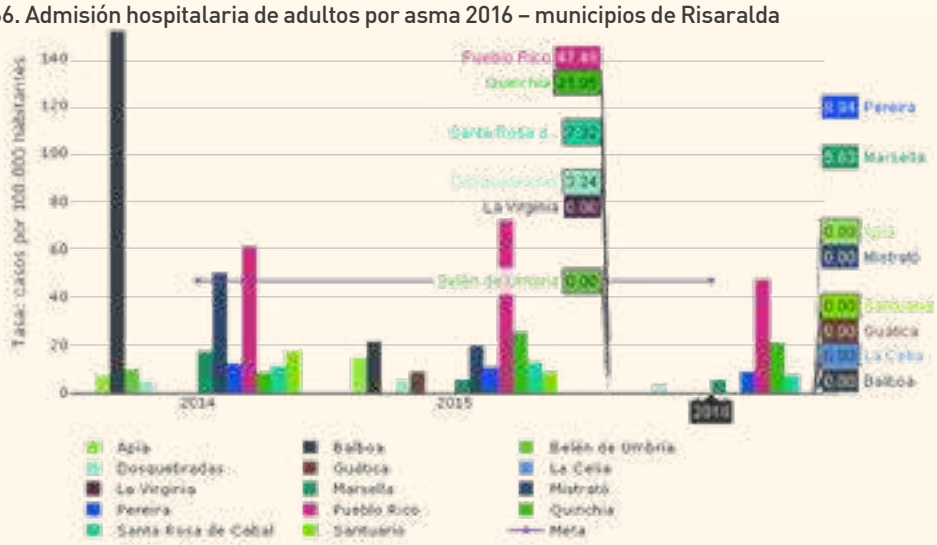
Gráfico 165. Admisión hospitalaria de adultos por asma 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 166. Admisión hospitalaria de adultos por asma 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Subdominio que colecciona un (1) único indicador que se refiere a continuación:

EF6.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

EF6.2.1 Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la racionalidad técnica-científica y el desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales.

Resultados

- Dentro de los tres (3) períodos de tiempo observados, 2014, 2015 y 2016, el valor de la tasa de admisión hospitalaria de adultos por EPOC en el departamento de Risaralda pasó de 320,23 casos a 204,79 casos y posteriormente a 166,70 casos por 100.000 habitantes. Tendencia: disminución sostenida, con mejor desempeño en el último período frente al criterio de referencia indicado por la OCDE: menor o igual a 190 casos por 100.000 habitantes.

- Para 2014, el indicador para el 50% de los municipios mostró resultados que se encontraron dentro del criterio de referencia mencionado anteriormente, en el restante 50% de municipios se presentaron resultados que oscilaron entre un valor máximo de 432,43 casos y un valor mínimo de 207,77 casos x 100 mil habitantes.

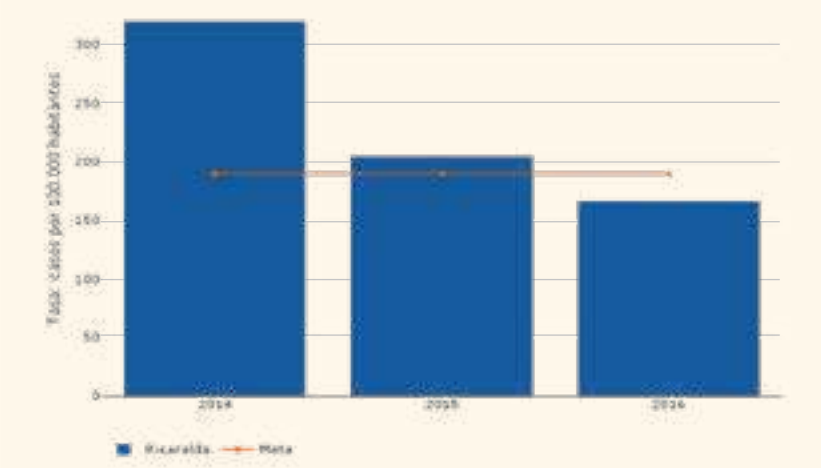
- En 2015, diez (10) de los catorce (14) municipios del departamento obtuvieron para la tasa de admisión hospitalaria por EPOC resultados que se ubicaron dentro de la línea base indicada por la OCDE; el restante de municipios como Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal, Balboa y Marsella mostraron resultados por encima del criterio de

referencia con valores que fluctuaron entre un valor máximo de 433,32 casos y un mínimo de 1199,18 casos, respectivamente. Llama la atención Pueblo Rico que duplicó el número de casos respecto al período anterior en donde venía con 207,77 casos por 100.000 habitantes.

- En el último año observado, cuatro (4) municipios Balboa, Pueblo Rico, Belén de Umbría y Santa Rosa de Cabal registraron tasas por encima de 190 casos x 100 mil habitantes, cabe mencionar que Balboa casi duplicó su resultado frente al 2015 con 407,90 casos y en Pueblo Rico decreció el resultado en aproximadamente 112,77 casos por cada 100.000 habitantes. Los demás municipios mostraron resultados dentro de la línea base mencionada por la OCDE.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

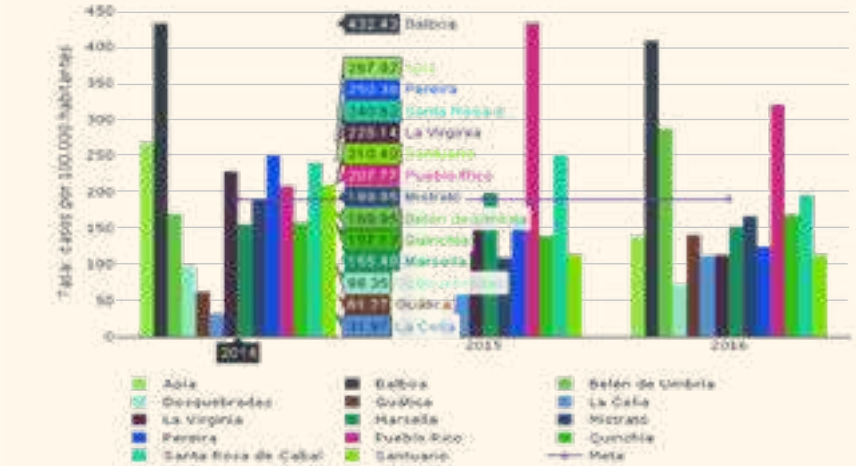
Gráfico 167. Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - Departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

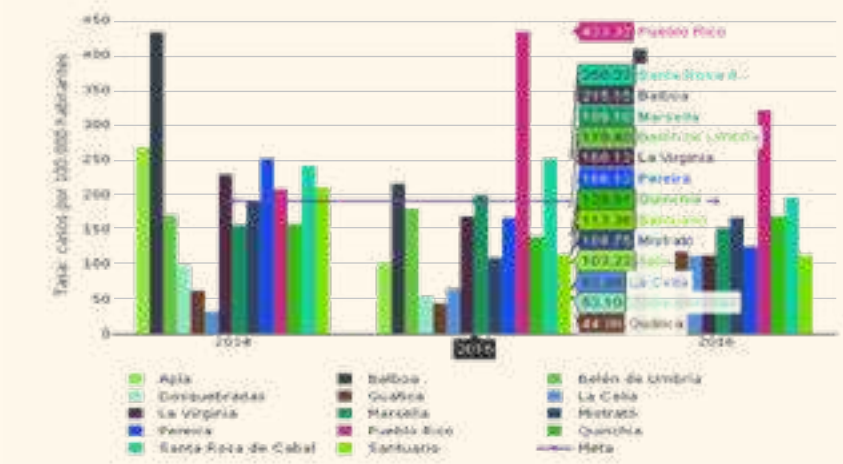
Gráfico 168. Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

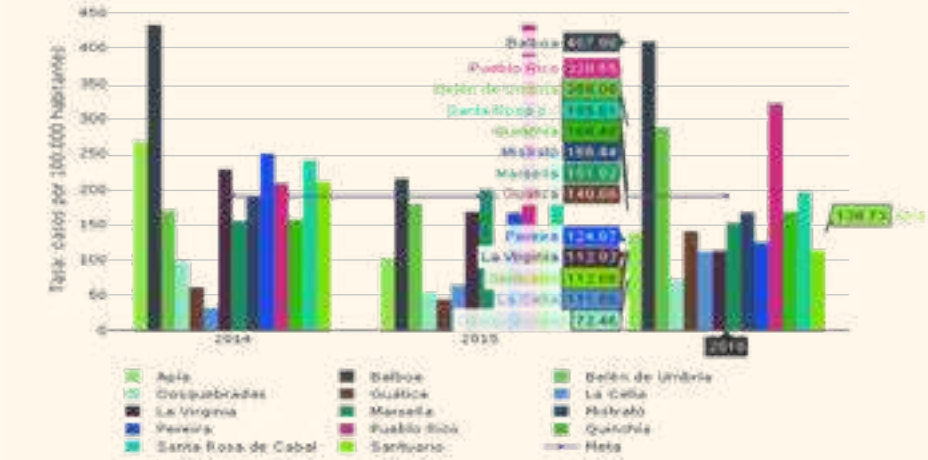
Gráfico 169. Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 170. Admisión hospitalaria de adultos por enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Insuficiencia cardiaca congestiva

Subdominio compuesto por un (1) indicador a saber:

EF6.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva

EF6.3.1 Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la racionalidad técnicocientífica y el desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales.

Resultados

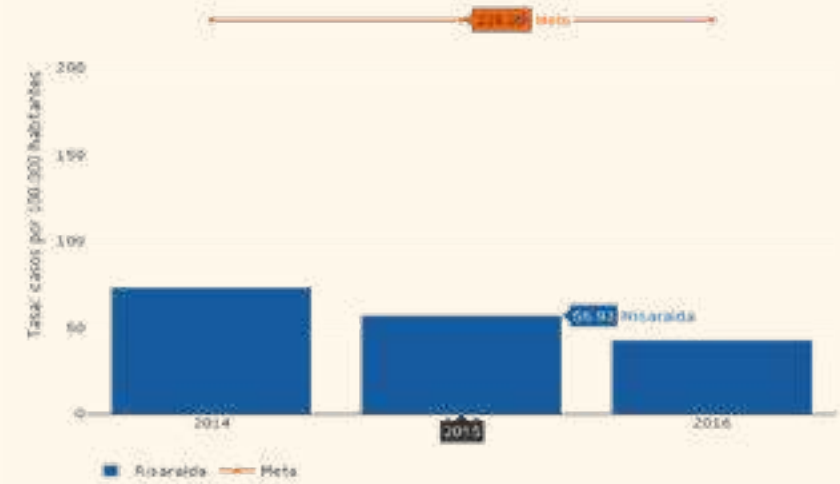
- En el Gráfico 171, se muestra el comportamiento de la tasa de admisión hospitalaria por insuficiencia cardíaca congestiva en el departamento de Risaralda para los períodos de

medición 2014, 2015 y 2016, con una tendencia decreciente sostenida en los resultados, orientando el indicador a una estabilidad dentro del criterio de referencia mencionado por la OCDE: Menor o igual a 228 casos por 100.000 habitantes.

- Al desagregar la información por municipio, es posible observar en la serie de datos anuales 2014, 2015 y 2016 que los catorce (14) municipios del departamento presentaron para la tasa de admisión resultados dentro de la línea base referida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE, con valores máximos en 2014 de 154,95 casos, en el 2015 de 99,67 casos y 2016 con 129,14 casos por 100 mil habitantes. Llama la atención que Belén de Umbría y Balboa registraron para los tres años objeto de medición los valores más altos en los resultados del indicador (Gráfico 172, Gráfico 173 y Gráfico 174).

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

Gráfico 171. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva - Departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 172. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

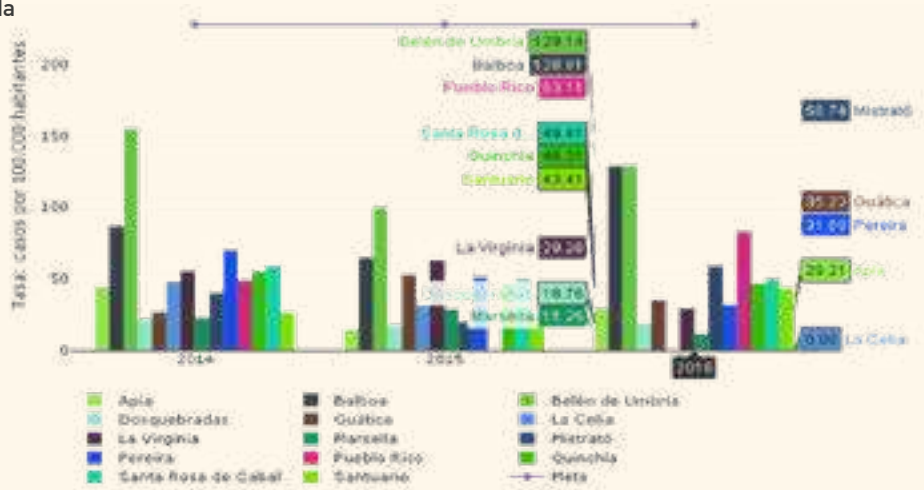
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 173. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva 2015 – municipios de Risaralda

Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 174. Admisión hospitalaria de adultos por insuficiencia cardiaca congestiva 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Diabetes

Subdominio que colecciona un (1) único indicador:

EF6.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes

EF6.4.1 Admisión hospitalaria de adultos por diabetes

Indicador orientado a medir la capacidad resolutiva del prestador de servicios de salud en cuanto a la racionalidad técnicocientífica y el desempeño de la atención primaria desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mecanismos de referencia y educación en salud para grupos de riesgo, ello enfocado a la disminución de admisiones evitables en hospitales.

Resultados

- La tasa de admisión hospitalaria de adultos por diabetes en el departamento de Risaralda tuvo para los tres (23) períodos de tiempo evaluados 2014, 2015 y 2016, unos resultados que fluctuaron dentro del criterio de referencia precisado por la OCDE, con 130,55 casos en 2014, 84,84 casos en 2015, y 60,40 casos en 2016. Tendencia decreciente

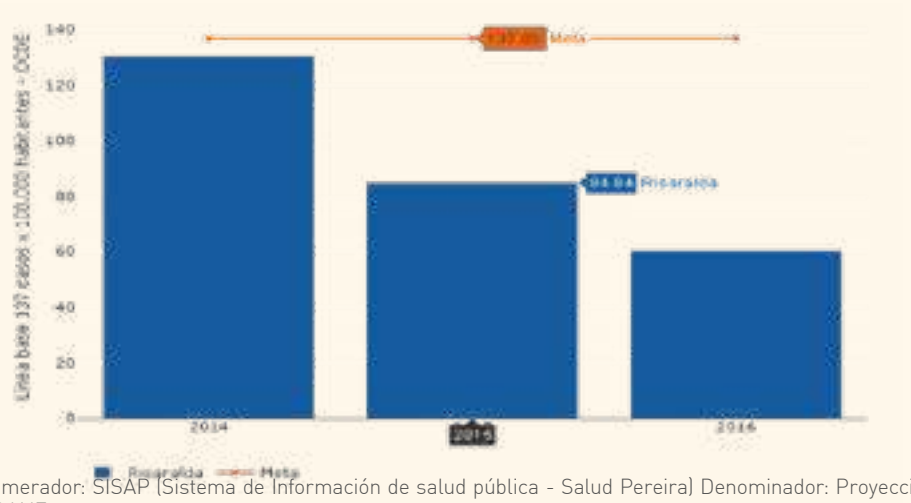
con un comportamiento estable en los tres (3) períodos. Criterio de referencia: menor o igual a 137 casos por 100.000 habitantes – OCDE.

- Por municipio, se muestra en el Gráfico 176, Gráfico 177 y Gráfico 178 que trece (13) de los municipios de Risaralda en los tres (3) períodos de registros mostraron una fluctuación en los resultados con diferencias importantes entre período y período y comportamiento irregular del indicador, tal es el caso de Apía, Balboa, Santa Rosa de Cabal y Pueblo Rico. Tendencia decreciente en La Virginia, Marsella, Pereira, y Santuario y, tendencia hacía el incremento del indicador en el municipio de La Celia. Estos municipios mantuvieron un desempeño dentro del criterio de referencia de menor o igual a 137 casos x 100 mil habitantes.

- Quinchía fue el único municipio con resultados que se ubicaron por encima de la línea base con 233,57 casos, 198,69 casos y 176,82 casos por 100.000 habitantes, respectivamente y, una tendencia de disminución sostenida.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

Gráfico 175. Admisión hospitalaria de adultos por diabetes - Departamento de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

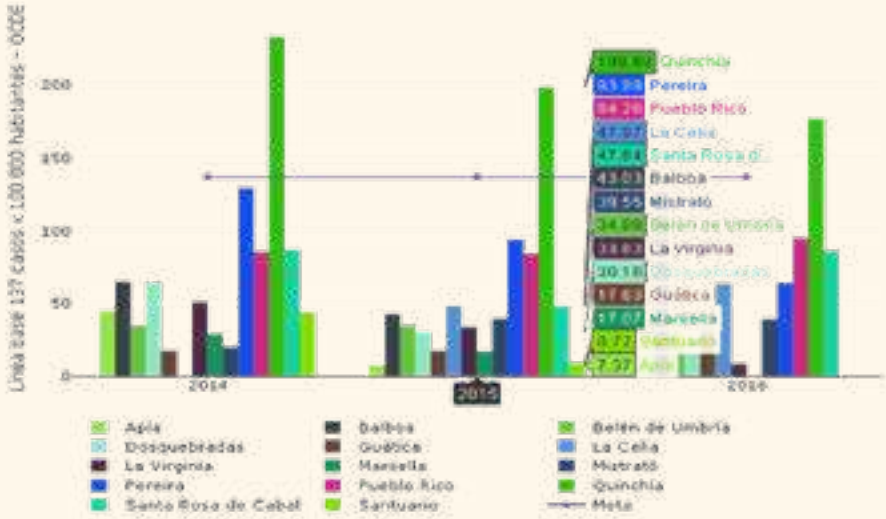
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 176. Admisión hospitalaria de adultos por diabetes 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

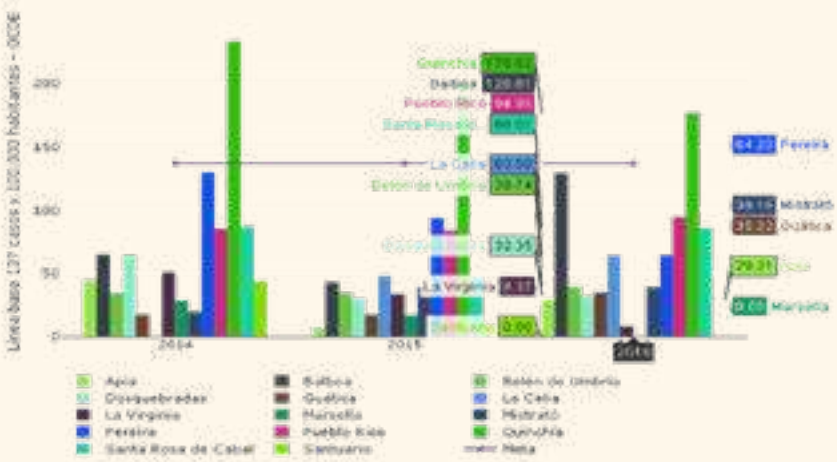
Gráfico 177. Admisión hospitalaria de adultos por diabetes 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 178. Admisión hospitalaria de adultos por diabetes 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Numerador: SISAP (Sistema de Información de salud pública - Salud Pereira) Denominador: Proyecciones población DANE
Fuente Metodológica: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico – OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Indicadores de seguridad en la atención del paciente

Este grupo de indicadores tiene como finalidad evaluar el fomento de las actuaciones seguras y de una cultura de seguridad en salud para la disminución de los riesgos de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias, ello por parte de los prestadores de servicios de salud.

Esta dimensión reúne un total de 17 indicadores agrupados en los siguientes Subdominios 1:

- Infección asociada a la atención en salud
- Procesos / procedimientos clínicos
- Reingresos institucionales
- Cirugías programadas
- Administración de medicamentos

Las mediciones de seguridad del paciente que se compilaron para el presente informe se muestran en la Tabla 78.

Tabla 78. Indicadores del dominio seguridad en la atención del paciente

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador priorizado	No.
1. Infección asociada a la atención en salud	1. Infección de línea central	SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) - adulto	1
		SE1.1.2 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) - neonatal	2
		SE1.1.3Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) - pediátrica	3
	2. Infección por neumonía	SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) - adulto	4
		SE1.2.2 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) - neonatal	5
		SE1.2.3 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) - pediátrica	6
	3. Infección de vías urinarias	SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) - adulto	7
		SE1.3.2 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociadas a catéter (ISTU-AC) - pediátrica	8
	4. Úlceras por presión	SE1.4.1Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	9
2. Procesos o procedimientos clínicos	1. Obstétricas	SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado	10
		SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal	11
	2. Quirúrgicos	SE2.2.1 Proporción de apéndices perforadas	12
3. Reingresos institucionales	1. Reingresos al servicio de hospitalización o urgencias	SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas.	13
		SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días	14
4. Cirugías programadas	1. Cancelación de cirugía	SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía	15
5. Administración de medicamentos	1. Medicamentos	SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización	16
		SE5.1.2Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias	17

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Subdominio 1 Infección asociada a la atención en salud

Batería de indicadores de carácter cuantitativo cuya finalidad es generar, monitorear y difundir información relacionada con la seguridad del paciente y la calidad en la prestación de los servicios de salud respecto a la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Subdominio 2 Infección de línea central

Subdominio integrado por tres (3) indicadores discriminados por tipo de unidad de cuidados intensivos:

SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI adulto

SE1.1.2 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI neonatal

SE1.1.3 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI pediátrica

SE1.1.1 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI adulto

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

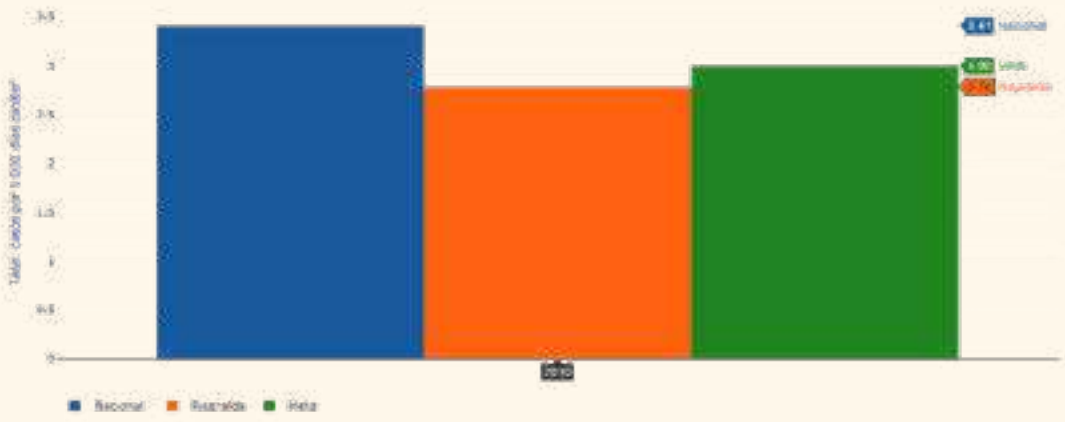
- Para el período de medición 2016, se observó que a nivel nacional la tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter central en la unidad de cuidados intensivos adulto se encontraba en 3,41 casos por 1000 días catéter, por encima del valor de referencia definido en la Resolución 256 de 2016, de 3 casos por 1000 días catéter.

- La tasa de infección hematógena asociada a catéter central en el departamento de Risaralda para el mismo año objeto de medición en comento, se estimó en 2,78 casos por 1000 días catéter.

Los municipios de Risaralda con reporte de datos para el presente indicador corresponden a Pereira y Dosquebradas con resultados de 2,90 casos y 1,17 casos por 1000 días catéter respectivamente, pertenecientes dichos resultados a nueve (9) instituciones prestadoras de servicios de salud con unidad de cuidados intensivos adulto.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

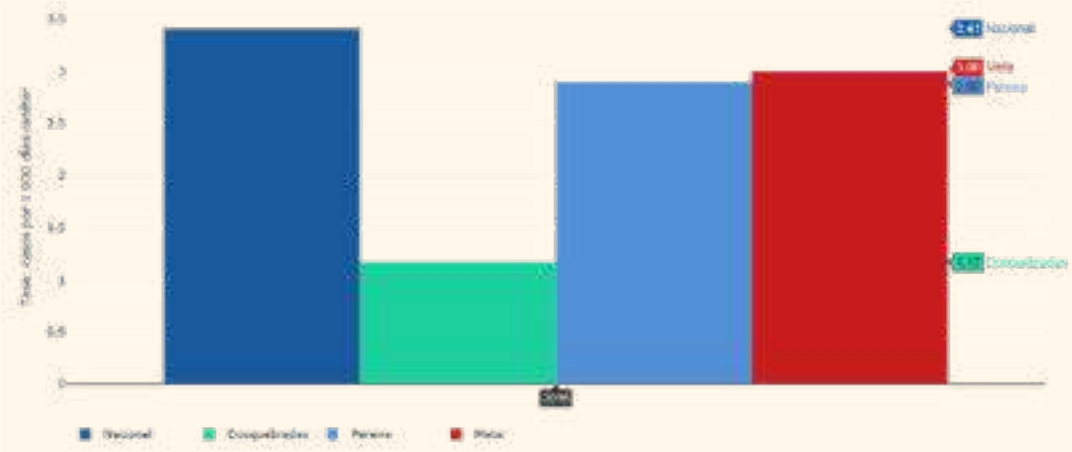
Gráfico 179. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI adulto – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 180. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI adulto – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE1.1.2 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) – UCI neonatal

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

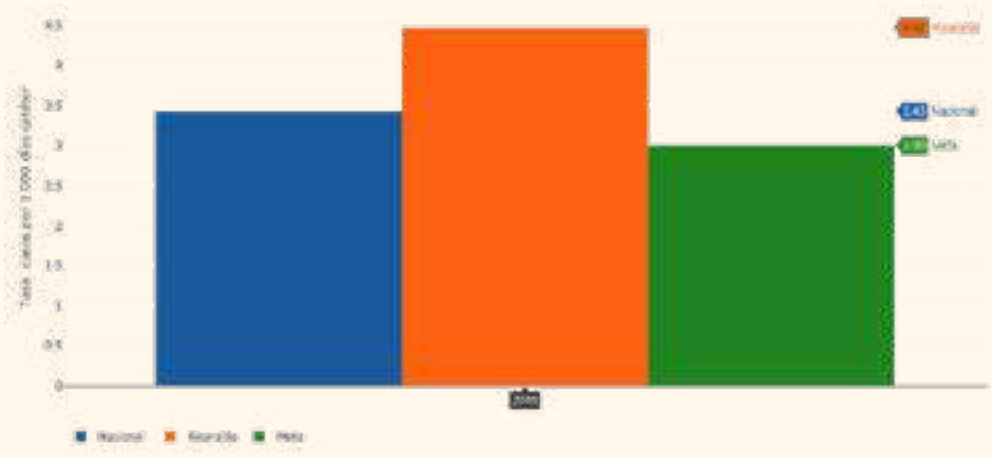
- Para la unidad de cuidados intensivos neonatal, la tasa de incidencia de infección para la media nacional se encuentra en 3,43 casos por 1.000 días catéter central; valor de referencia: 3 casos por 1000 días catéter (Resolución 256 de 2016).

- De acuerdo al Gráfico 181, la tasa de infección del torrente circulatorio asociada a catéter central en la unidad de cuidados intensivos neonatal para el total del departamento de Risaralda en el año 2016 se estimó en 4,47 casos por 1.000 días catéter.

El resultado del indicador para el departamento de Risaralda, corresponde al reporte de cuatro (4) instituciones prestadoras de servicios de salud (Gráfico 20), todas ellas ubicadas en el municipio de Pereira: Clínica Comfamiliar (4,36 casos), Clínica Los Rosales (3,38 casos), Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge (5,95 casos) y Clínica SaludCoop Pereira (0,00 casos); el 75% de estos prestadores presentó el indicador por encima del valor de referencia mencionado por la normatividad vigente.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

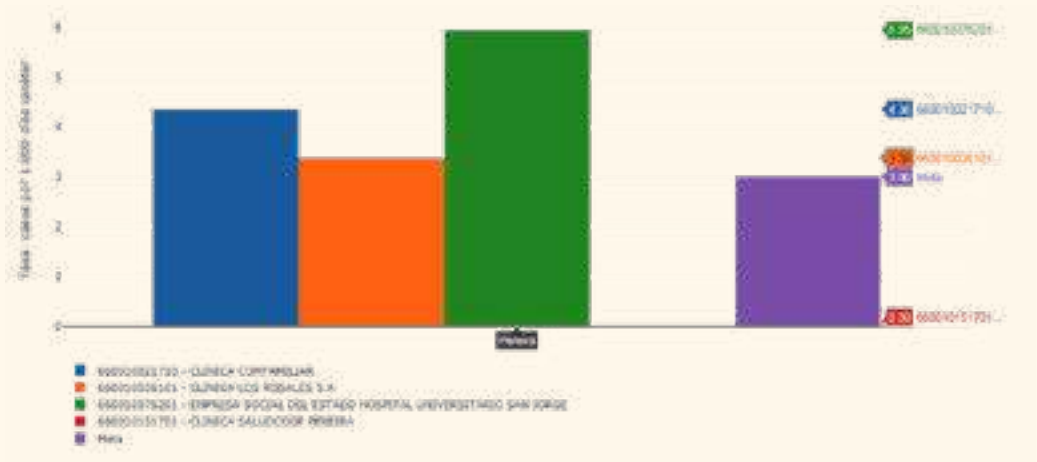
Gráfico 181. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI neonatal – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 182. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI neonatal – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE1.1.3 Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS- AC) – UCI pediátrica

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

- A nivel nacional, la tasa de infección hematógena asociada a catéter central en la unidad de cuidados intensivos pediátrica se estima en 3,74 casos por 1.000 días catéter; encontrándose una no muy marcada diferencia (0,74 casos) frente al valor de referencia citado en la Resolución 256 de 2016 con 3 casos por 1000 días catéter.

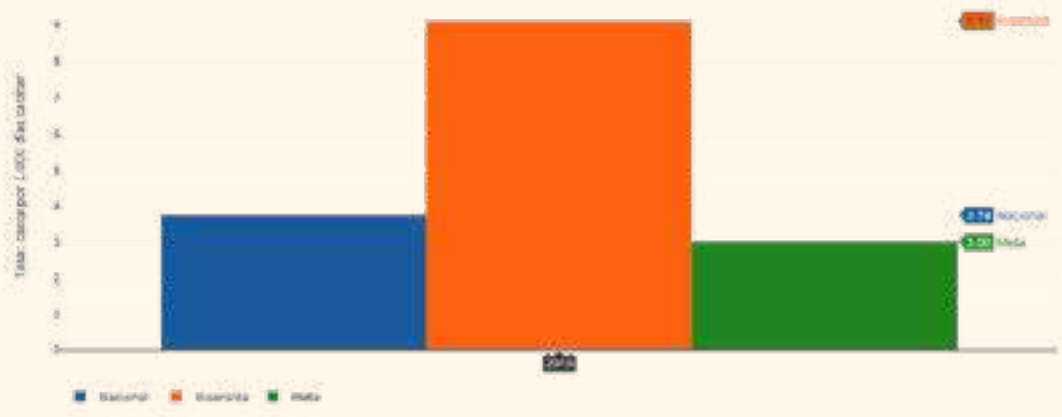
- Se observó para las tres (3) unidades de cuidados intensivos un comportamiento similar para el período de medición con 3,41 casos (UCIA), 3,43 casos (UCIN) y 3,74 casos por 1.000 días catéter central (UCIP) respectivamente.

En el Gráfico 183, el resultado del indicador para el departamento de Risaralda se encuentra para el período de medición en 9,12 casos por 1.000 días catéter, ello tres (3) veces el valor de referencia nacional mencionado en la Resolución 256 de 2016.

- El único municipio que reportó el indicador en comento para el departamento de Risaralda es Pereira, con dos (2) instituciones prestadoras de servicios de salud que corresponden a Clínica Comfamiliar y la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge con 11,70 y 6,86 casos por 1.000 días catéter respectivamente; ubicándose dicho indicador para las dos (2) IPS por encima de la meta establecida a nivel nacional.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

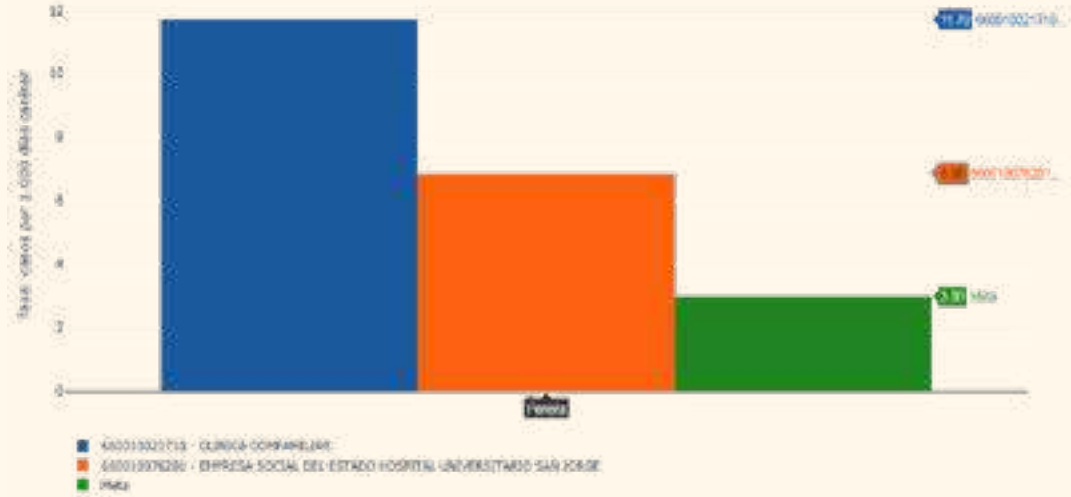
Gráfico 183. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI pediátrica – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 184. Tasa de incidencia de infección del torrente sanguíneo asociada a catéter (ITS-AC) UCI pediátrica – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Infección por neumonía

Subdominio conformado por tres (3) indicadores que se encuentran segregados por tipo de unidad de cuidados intensivos, de la siguiente manera:

SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI adulto

SE1.2.2 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI neonatal

SE1.2.3 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI pediátrica

SE1.2.1 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI adulto

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

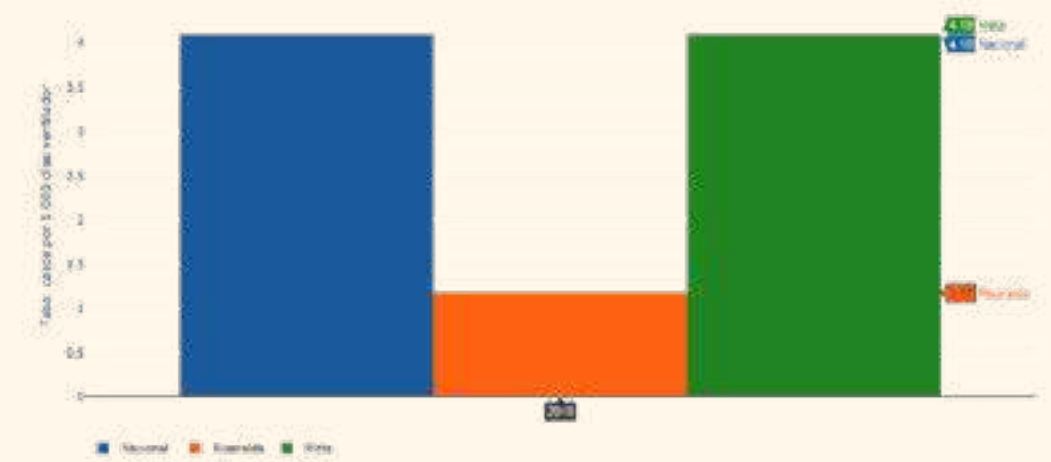
- A nivel nacional, la tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico en la UCI adulto en 2016 se estimó en 4,10 casos por 1.000 días ventilador; valor de referencia según lo mencionado en la Resolución 256 de 2016: 4,1 casos por 1.000 días catéter.

- Durante el 2016 se reportaron en el departamento de Risaralda diez (10) casos nuevos de neumonías asociadas a ventilador mecánico entre 8.516 días de ventilador mecánico en UCI (adulto), que corresponde a una tasa de incidencia de 1,17 casos por 1.000 días ventilador, situándose dentro del valor de referencia nacional.

- Respecto a los municipios de Risaralda que reportaron el indicador en comento para el período objeto de medición 2016 (Gráfico 186), se encuentran Pereira y Dosquebradas con ocho (8) y una (1) institución prestadora respectivamente; en su orden descendente para Pereira están la Clínica San Rafael con el indicador en 10,38 casos, Oncólogos del Occidente 1,64 casos, Clínica Comfamiliar 1,24 casos por 1.000 días ventilador y demás IPS con 0,00 casos por 1.000 días ventilador para una estimación de la media de Pereira de 1,23 casos y de Dosquebradas de 0,00 casos por 1.000 días ventilador.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

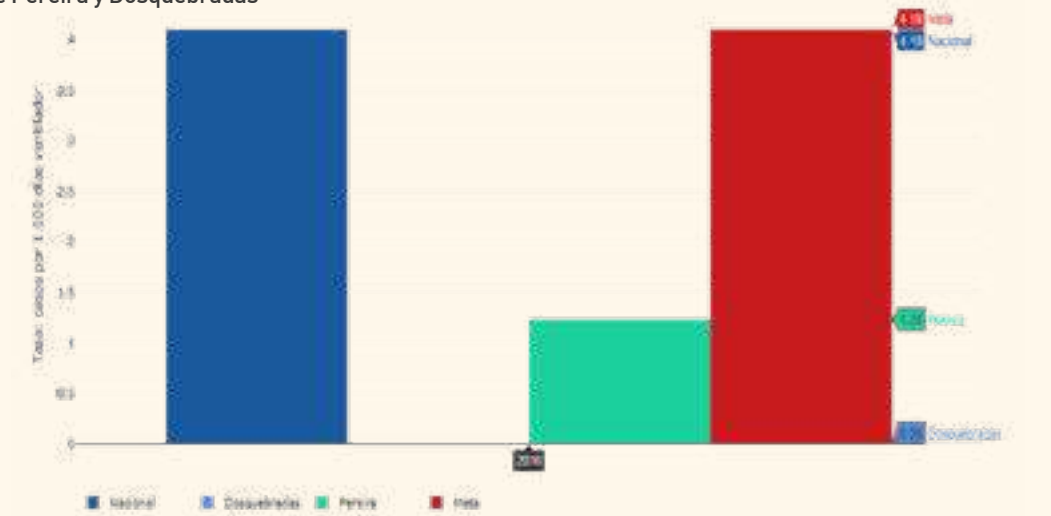
Gráfico 185. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI adulto – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 186. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI adulto -municipios de Pereira y Dosquebradas



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE1.2.2 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI neonatal

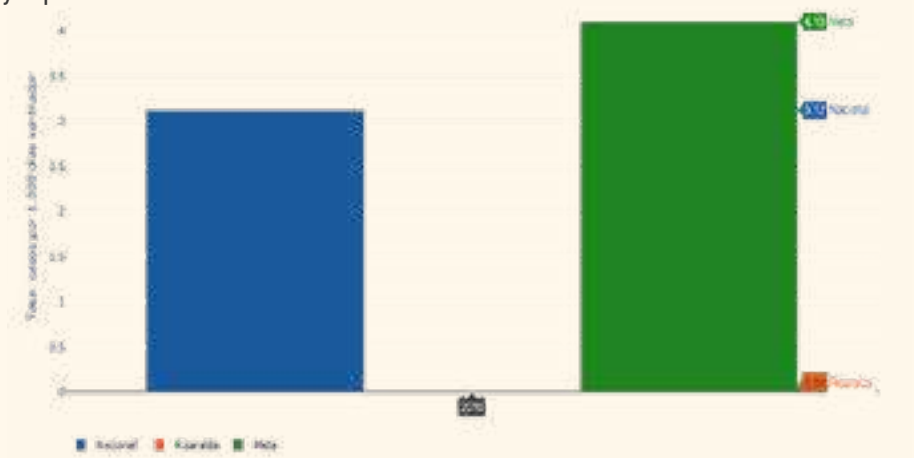
Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

- La media nacional para la tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico en la UCI neonatal, se estimó en 2016 en 3,12 casos por 1.000 días ventilador (Gráfico 187), lo que corresponde a 121 casos nuevos entre 38.778 días de ventilador en la respectiva unidad. Valor de referencia: Resolución 256 de 2016 con 4,1 casos por 1.000 días ventilador.
- Para el departamento de Risaralda, la tasa de incidencia de neumonía en la UCI neonatal se estimó en 0,00 casos por 1.000 días ventilador, perteneciendo ello al reporte por su nivel de complejidad de cuatro (4) instituciones prestadoras de servicios de salud ubicadas en el municipio de Pereira: Clínica Comfamiliar, Clínica Los Rosales S.A., Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge y Clínica SaludCoop Pereira.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

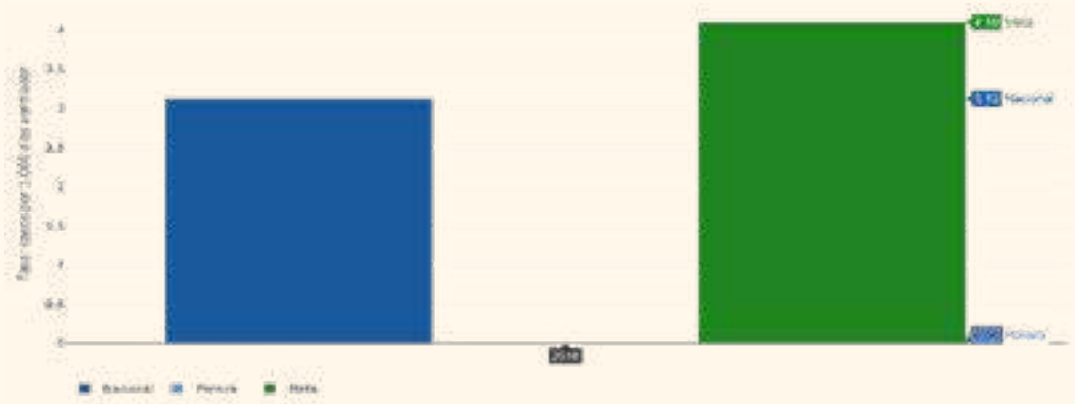
Gráfico 187. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI neonatal – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 188. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI neonatal – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE1.2.3 Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) – UCI pediátrica

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

- En el Gráfico 189, en 2016 la tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico en la UCI pediátrica a nivel nacional se estimó en 1,83 casos por 1.000 días ventilador. Valor de referencia: 4,1 por 1.000 días ventilador - Resolución 256 de 2016.

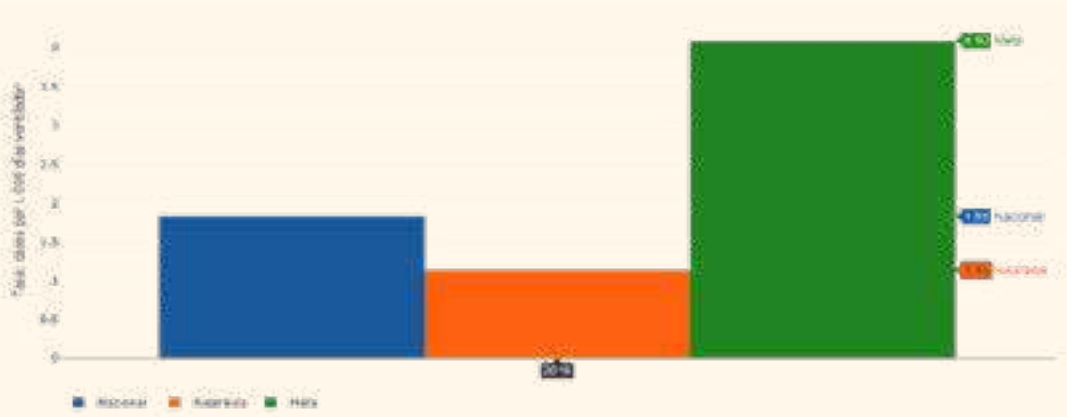
- La tasa de neumonía asociada a ventilador mecánico en el departamento de Risaralda para el mismo período objeto de medición se estimó en 1,13 casos por 1.000 días

ventilador correspondiendo ello al reporte de dos (2) Instituciones Prestadoras de servicios de Salud ubicadas en el municipio de Pereira: Clínica Comfamiliar con 3,12 casos y la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge con 0,00 casos por 1.000 días ventilador respectivamente.

- El valor de la tasa de neumonía para el municipio de Pereira atañe a la misma tasa estimada para el nivel departamental con 1,13 casos por 1.000 días ventilador.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

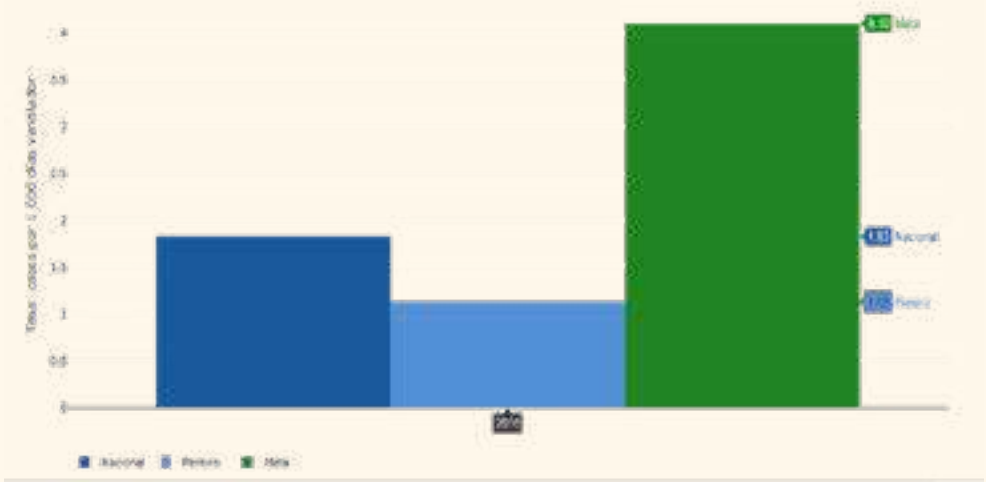
Gráfico 189. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI pediátrica – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 190. Tasa de incidencia de neumonía asociada a ventilador mecánico (NAV) UCI pediátrica – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Infección de vías urinarias

Subdominio que compila dos (2) indicadores separados por tipo de unidad de cuidados intensivos:

SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) - UCI adulto

SE1.3.2 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) - pediátrica

SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) - UCI adulto

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

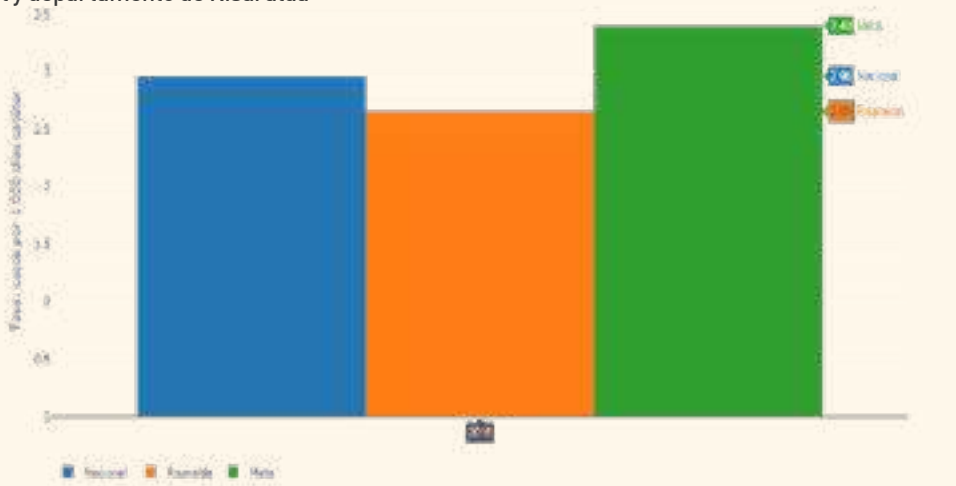
- En el Gráfico 191, se observa que a nivel nacional la tasa de incidencia de infección asociada al catéter del tracto urinario en 2016 en la unidad de cuidados intensivos adulto se estimó en 2,96 casos por 1.000 días catéter, dicho resultado se obtiene de dividir el número total de casos nuevos de infección del tracto urinario asociada a catéter (875 casos nuevos) entre el número días catéter urinario en UCI (295.465 días) por 1.000 días catéter. Valor de referencia estipulado en la Resolución 256 de 2016, de 3,4 por 1.000 días catéter.

- Según el reporte de los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud especificados en la normatividad vigente, se evidenció que para el departamento de Risaralda se estimó la tasa de incidencia de infección del tracto urinario en 2016 en 2,65 casos por 1.000 días catéter (Gráfico 191), resultado del reporte de información de nueve (9) prestadores de servicios de salud georreferenciados en los municipios de Pereira y Dosquebradas.

- Por municipio, se observó para Pereira el reporte del indicador por parte de ocho (8) IPS dentro de las cuales se encuentran en orden descendente de acuerdo al resultado del indicador: UCI Dumian Pereira (285,71 casos), Clínica Saludcoop Pereira (7,68 casos), Oncólogos del Occidente S.A. (4,69 casos), Clínica Comfamiliar (2,43 casos), Clínica San Rafael (1,60 casos) y Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge (1,07 casos), y con reporte de 0,00 casos por 1.000 días catéter están Clínica los Rosales S.A. y UCIMED Liga contra el cáncer. Con lo mencionado anteriormente se estimó la tasa de incidencia para Pereira en 2,79 casos por 1.000 días catéter.

- Respecto al municipio de Dosquebradas, la IPS UCIMED Hospital Santa Mónica reportó 0,00 casos por 1.000 días catéter.

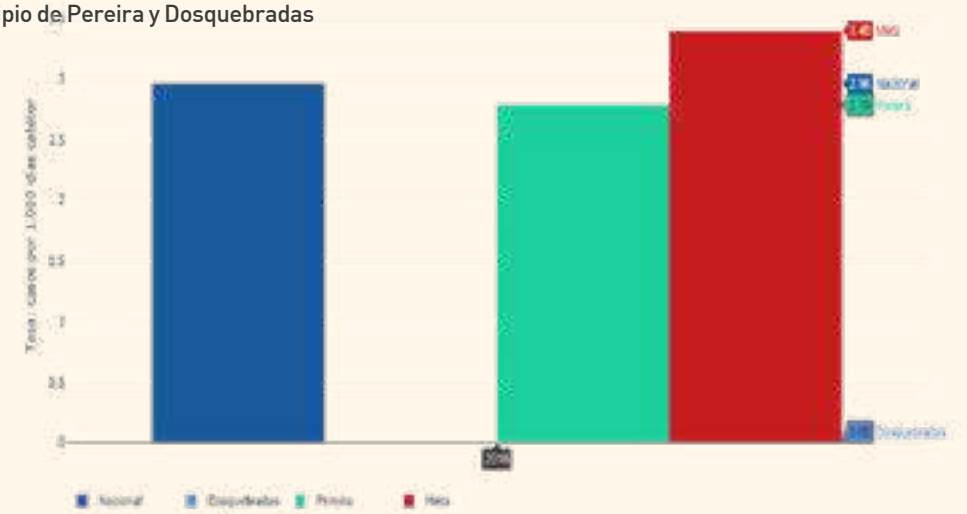
Gráfico 191. Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) UCI adulto – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 192. Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) UCI adulto – municipio de Pereira y Dosquebradas



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE1.3.1 Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) – UCI pediátrica

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con la seguridad del paciente y la gestión del programa de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud por parte de los prestadores.

Resultados

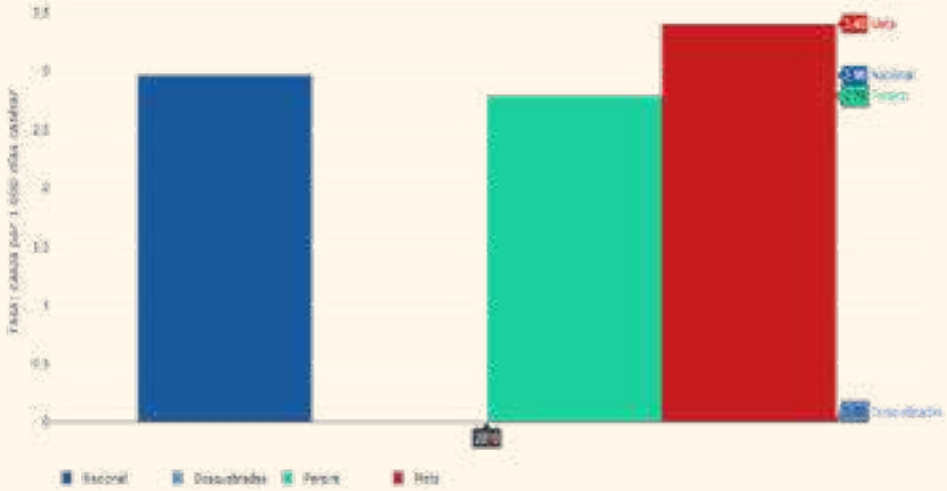
- A nivel nacional, en 2016 la tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter se estimó en 2,29 casos por 1.000 días catéter (Gráfico 193), resultado obtenido de dividir el número total de casos nuevos de infección del tracto urinario asociada a catéter (8 casos nuevos) entre el número días catéter urinario en UCI (1.037 días) por 1.000 días catéter. Valor de referencia 3,4 casos por 1.000 días catéter, de la Resolución 256 de 2016.

- La tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) en la unidad de cuidados intensivos pediátrica a nivel del departamento de Risaralda en 2016 se estimó en 2,89 casos por 1.000 días catéter, con el reporte del indicador por parte de dos (2) prestadores de servicios de salud ubicados en el municipio de Pereira.

- Para Pereira (Gráfico 194), la tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter vesical en 2016 se estimó en 2,89 casos por 1.000 catéter, encontrándose dentro del valor de referencia nacional de 3,4 casos respectivamente. De igual forma, para el municipio en comento se evidenció el reporte de información de Clínica Comfamiliar con 2,31 casos por 1.000 días catéter y la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge con 3,31 casos por 1.000 días catéter.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

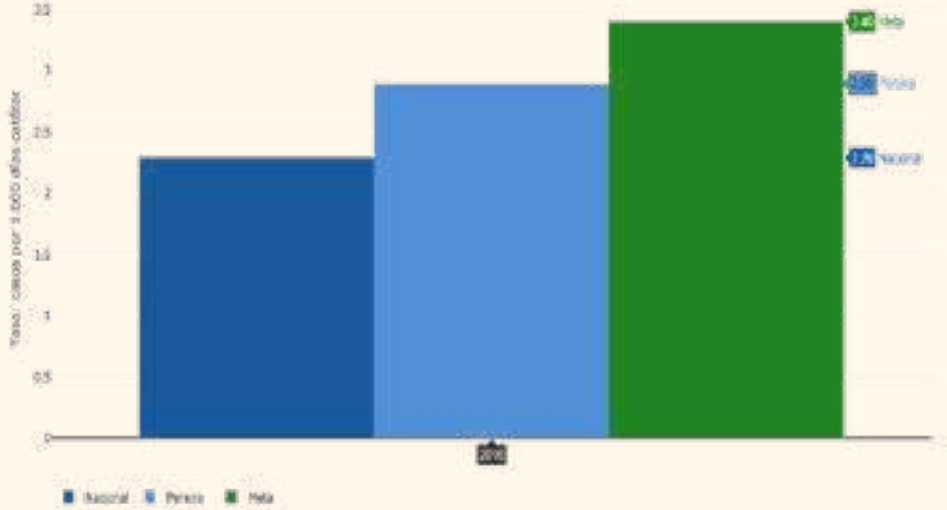
Gráfico 193. Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) UCI pediátrica – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 194. Tasa de incidencia de infección del tracto urinario asociada a catéter (ISTU-AC) UCI pediátrica – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Ulceras por presión

Subdominio que contiene un único indicador que se relaciona a continuación.

SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria

SE1.4.1 Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria

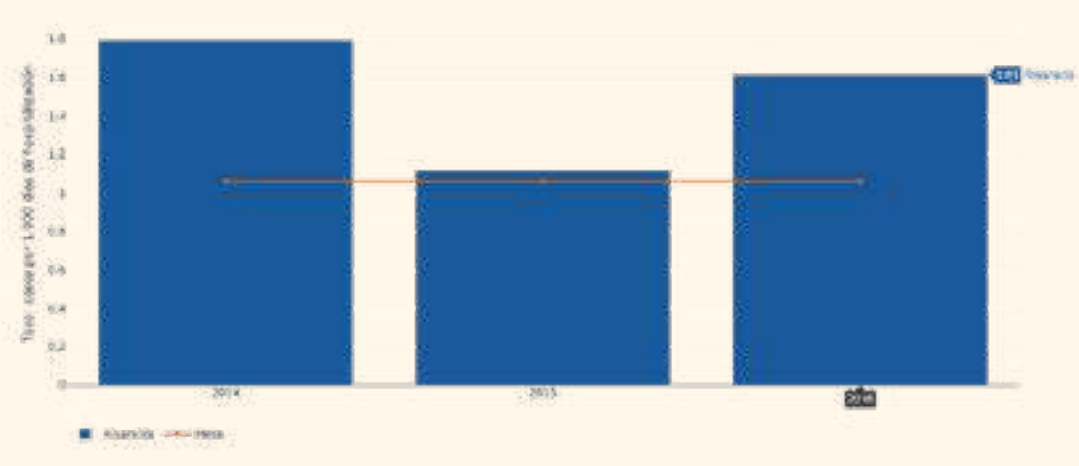
Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionada con el conjunto de procesos e iniciativas institucionales implementados y encaminados a disminuir o controlar factores de riesgo en pacientes hospitalizados como la prevención de úlceras por presión, ello en el contexto de la seguridad del paciente.

Resultados

- De acuerdo con los datos disponibles en los registros individuales de prestación de servicios, la tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria presentó para los tres (3) períodos de medición un comportamiento con diferencias importantes entre período y período con 1,79 casos en 2014, 1,12 casos en 2015 y 1,61 casos por cada 1000 días paciente, con mejor desempeño del indicador en el segundo período evaluado frente al criterio de referencia: menor o igual a 1,06 casos por cada 1000 días paciente (Valero, Parra, Rey, & Camargo, 2011).
- En la desagregación por municipio, en 2014 se evidenció que tres (3) de los catorce (14) municipios con sus respectivos prestadores de carácter público muestran resultados por encima del criterio de referencia nacional con valores que oscilaron entre un máximo de 4,17 casos y un mínimo de 1,87 casos x cada 1000 días paciente, dentro de estos se encuentran: Santa Rosa de Cabal, Dosquebradas y Pereira. Los demás municipios registraron cero (0) casos para la tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria.
- En 2015, Dosquebradas presentó mayor crecimiento del indicador con 4,02 casos por cada 1000 días paciente, Santa Rosa de Cabal mantuvo estabilidad en su indicador con 4,20 casos, Pereira redujo su indicador a casi la mitad del número de casos del período anterior y apareció con reporte de datos Pueblo Rico con 2,92 casos x 1000 días paciente. El restante de municipios presentó cero (0) casos.
- Para 2016, existen diferencias municipales importantes, desde municipios con registro de cero (0) casos hasta municipios como Marsella y Guática con repunte importante del indicador y resultados de 18,52 casos y 18,18 casos por cada 1000 días paciente, respectivamente.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

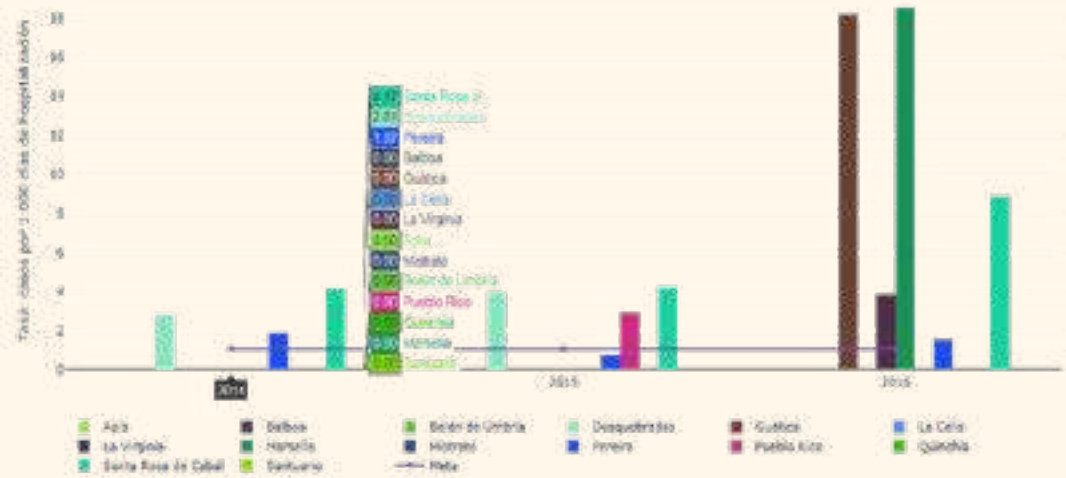
Gráfico 195. Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria - Departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

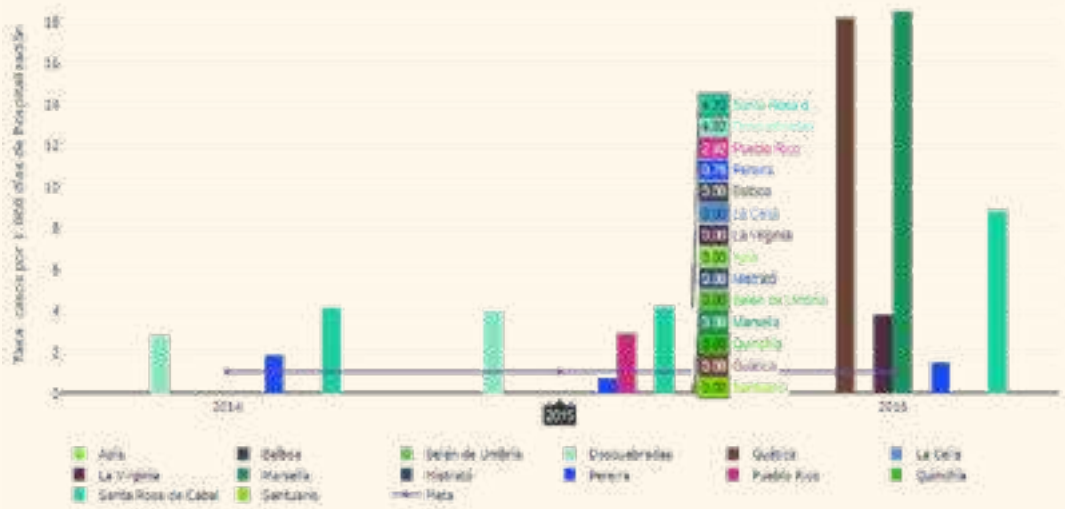
Gráfico 196. Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

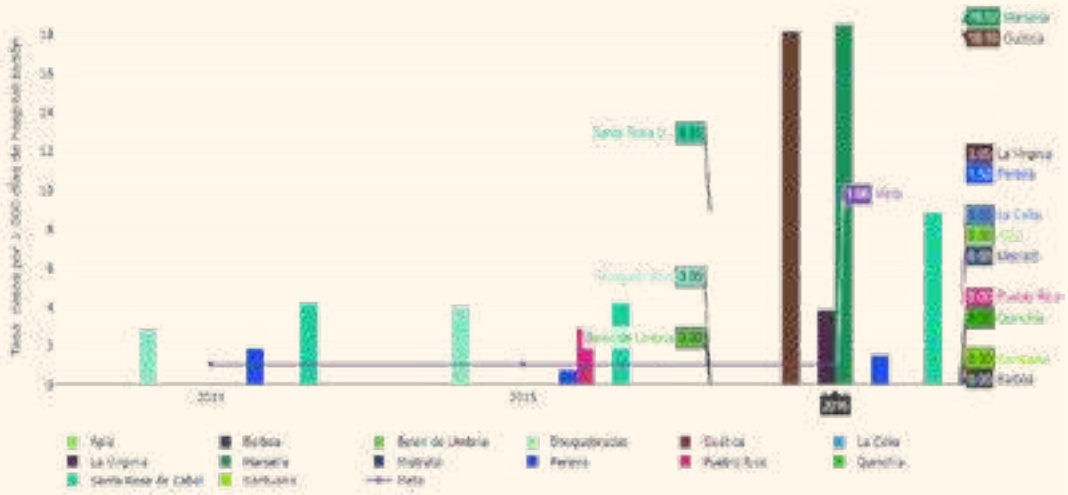
Gráfico 197. Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 198. Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Procesos o procedimientos clínicos

Batería de indicadores cuantitativos que monitorean y permite reflejar la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de los servicios concernientes a la seguridad del paciente y la calidad asistencial a mujeres gestantes en el momento del anteparto, intraparto y postparto inmediato, así como la pertinencia médica, accesibilidad y oportunidad de la atención, diagnóstico e intervención del paciente con diagnóstico de apendicitis.

Subdominio 2 Obstétricas

Subdominio constituido por dos (2) indicadores desagregados de la siguiente manera:

SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal

SE2.1.1 Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios relacionada con la seguridad del paciente y la calidad asistencial a mujeres gestantes en el momento del parto.

Resultados

- En los tres (3) años evaluados, 2014, 2015 y 2016, la tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado en el departamento de Risaralda presentó un comportamiento estable sin variaciones importantes en los resultados con valores que fluctuaron entre un máximo de 0,10 casos y un mínimo de 0,07 casos por 100 partos no instrumentados.

- Tendencia: permanece estable en el tiempo y dentro del criterio de referencia definido por la OCDE: menor o igual a 1,5 casos x 100 partos no instrumentados.

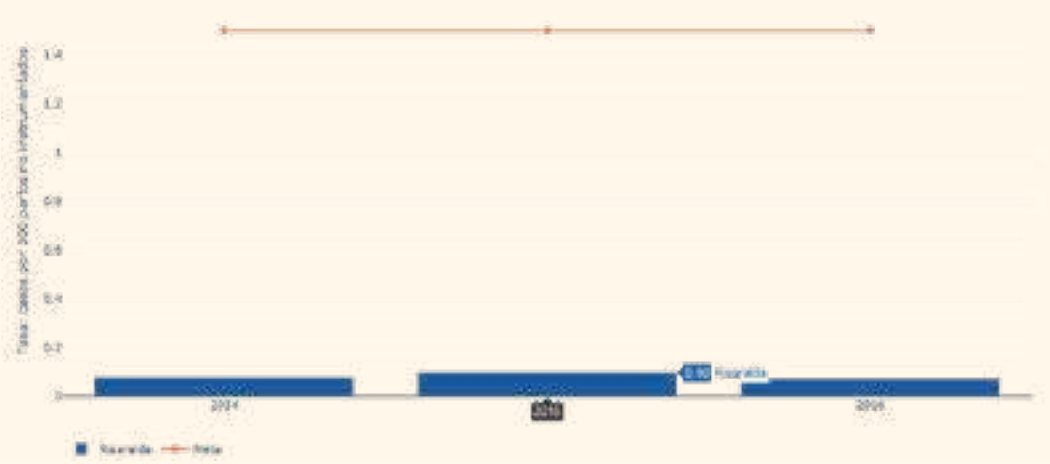
- Al desagregar la información por municipio y de acuerdo al registro de la prestación de servicios por parte de los prestadores públicos, se evidenció en 2014 que los

municipios de Pereira y Santa Rosa de Cabal mostraron una tasa de trauma obstétrico de 0,53 y 0,08 casos por cien partos no instrumentados; en 2015, Pereira mostró un crecimiento del indicador con una diferencia de casi el doble del número de casos reportados en el primer período evaluado finalizando con 0,16 casos x 100 partos no instrumentados. Para 2016, Santa Rosa de Cabal y Pereira presentaron datos que alimentaron el indicador con resultados que correspondieron a 0,50 y 0,14 casos por 100 partos no instrumentados, respectivamente.

- Los demás municipios para las tres (3) vigencias auditadas ilustraron datos en cero (0) casos para la tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

Gráfico 199. Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado - Departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización de la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 200. Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización de la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

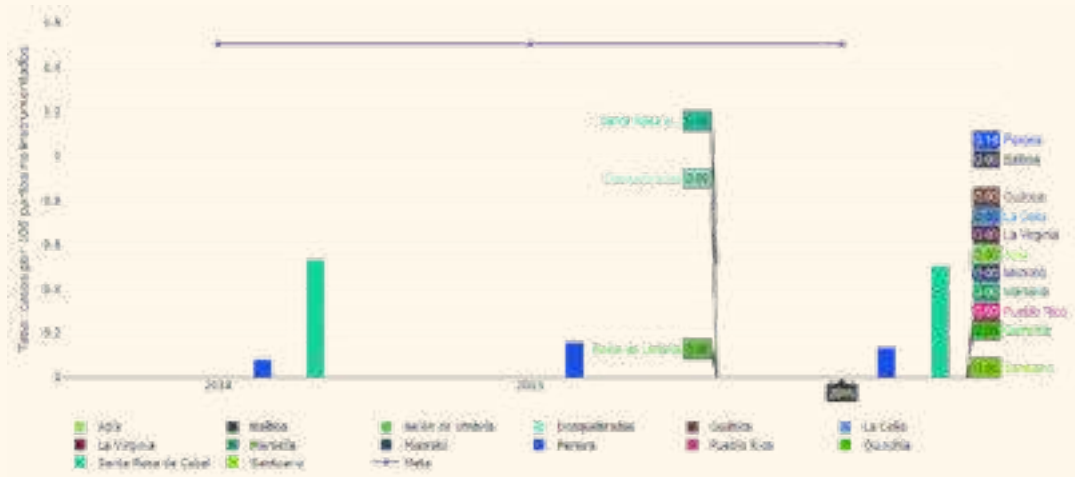
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 201. Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado 2015 – municipios de Risaralda

Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización de la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 202. Tasa de trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Organización de la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCA

SE2.1.2 Tasa de asfixia perinatal

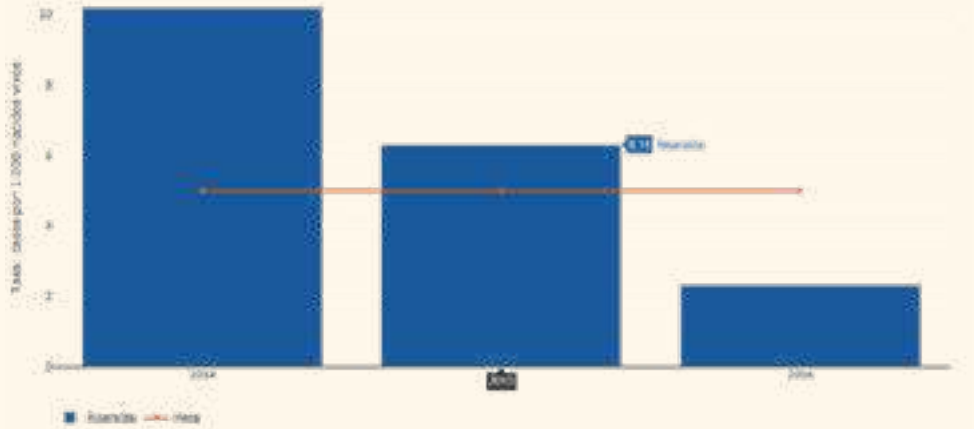
Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud relacionado con la efectividad y seguridad de la atención obstétrica durante los momentos claves del trabajo de parto: anteparto, intraparto y postparto inmediato, en la garantía del bienestar fetal y la disminución de la posibilidad de asfixia perinatal.

Resultados

- La tasa de asfixia perinatal para el departamento de Risaralda en los tres (3) períodos objeto de evaluación, 2014, 2015 y 2016, presentó una variación importante en sus resultados con tendencia al descenso, pasando de 10,20 a 6,34 casos por cada 1000 nacidos vivos y luego a 2,31 casos por x 1000 nacidos vivos. Tendencia decreciente con mejor desempeño del indicador en el último período de medición frente al criterio de referencia definido: menor o igual a 5-10 x 1000 nacidos (McGuire, 2007).
- A nivel municipal, todos los municipios a excepción de Pereira, registraron cero (0) casos por cada 1000 nacidos vivos, ello en los tres (3) períodos de tiempo observados; Pereira mostró un comportamiento similar al departamental con descenso en los resultados de su indicador entre período y período, observándose una diferencia importante de aproximadamente siete (7) casos y un mejor desempeño en 2016 respecto al criterio de referencia.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

Gráfico 203. Tasa de asfixia perinatal - Departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira) Denominador: Bodega de datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas Vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

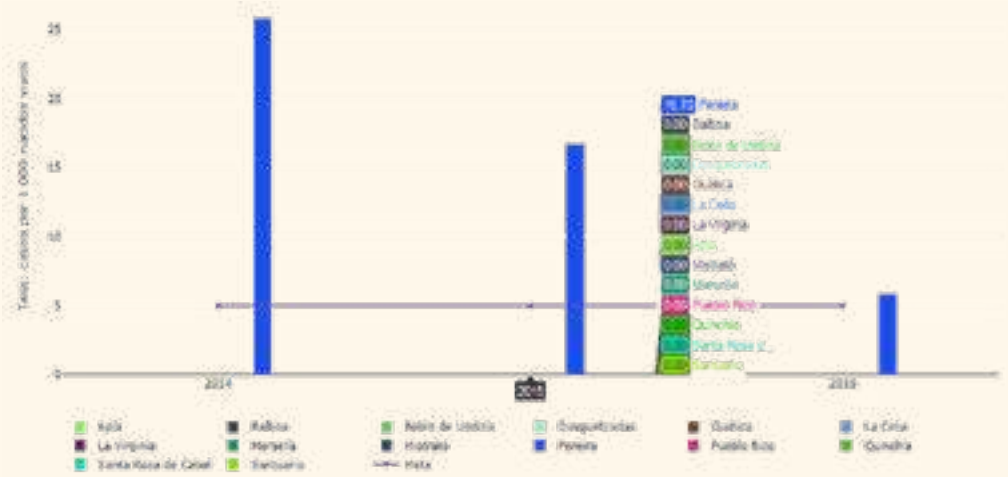
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 204. Tasa de asfixia perinatal 2014 – municipios de Risaralda

Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira) Denominador: Bodega de datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas Vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

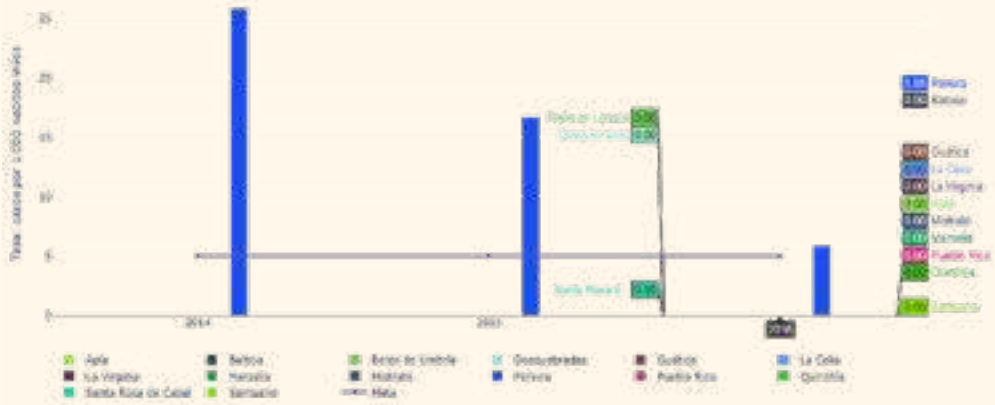
Gráfico 205. Tasa de asfixia perinatal 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira) Denominador: Bodega de datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas Vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 206. Tasa de asfixia perinatal 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira) Denominador: Bodega de datos SISPRO: Cubo Registro Estadísticas Vitales - Nacimientos
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Quirúrgicos

Subdominio formado por un (1) único indicador:

SE2.2.1 Proporción de apéndices perforados

SE2.2.1 Proporción de apéndices perforados

Indicador orientado a medir la calidad del proceso de atención en salud relacionados con la pertinencia médica, accesibilidad y oportunidad de la atención, diagnóstico e intervención del paciente con diagnóstico de apendicitis, dentro del marco de la seguridad del paciente y la atención segura.

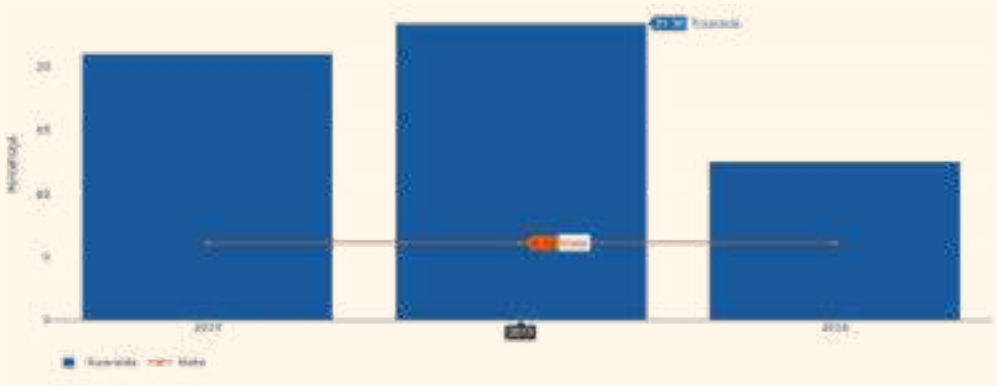
Resultados

- De los tres (3) períodos observados, 2014, 2015 y 2016, y con los datos disponibles de RIPS de los prestadores públicos, se encontró para el departamento de Risaralda un comportamiento irregular en los resultados del indicador con 21,02%, 23,38% y 12,50%, respectivamente, se observó una diferencia importante entre el segundo y tercer período evaluado pasando a casi la mitad de los puntos porcentuales; existe para los tres períodos un desempeño regular del indicador frente al criterio de referencia internacional que corresponde a: menor o igual a 6,1% de los egresos con apendicitis - SAEH 2015 (Sistema automatizado de egresos hospitalarios) Dirección de Planeación Subdirección de Información en Salud, México.

- Respecto al nivel de desagregación municipal, se presentó información en los tres (3) períodos evaluados para Pereira y Dosquebradas, este último con cero (0) puntos porcentuales en 2014 y 2015; el indicador en Pereira al igual que en el departamento expuso un comportamiento irregular con una diferencia significativa entre 2015 y 2016, sin que para los tres períodos de tiempo los resultados se encontraran dentro del criterio de referencia.

Nota: *Debido a la naturaleza de los RIPS, no existe completitud de los datos debido a la deficiencia por registro, lo que afecta la calidad del resultado. El valor del resultado es la proporción de los registros que fueron reportados en esta fuente de información por parte de los prestadores de servicios de salud de carácter público.*

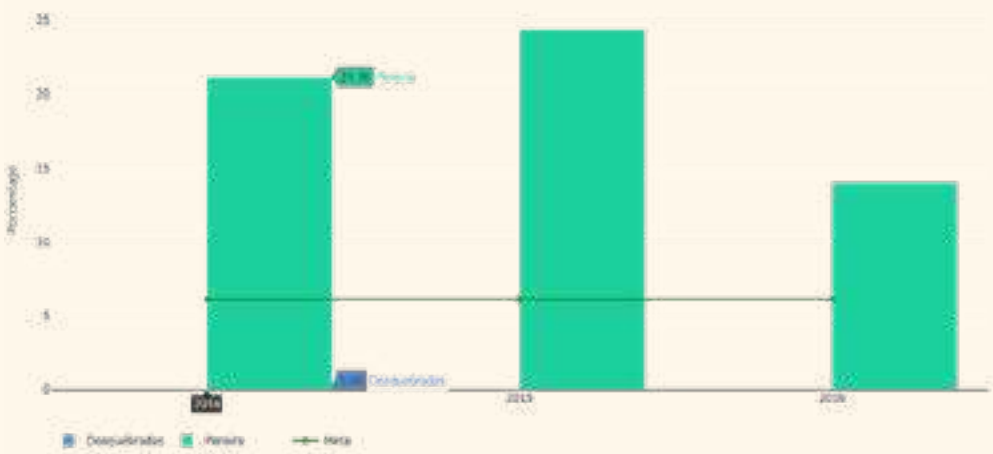
Gráfico 207. Proporción de apéndices perforados - Departamento de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

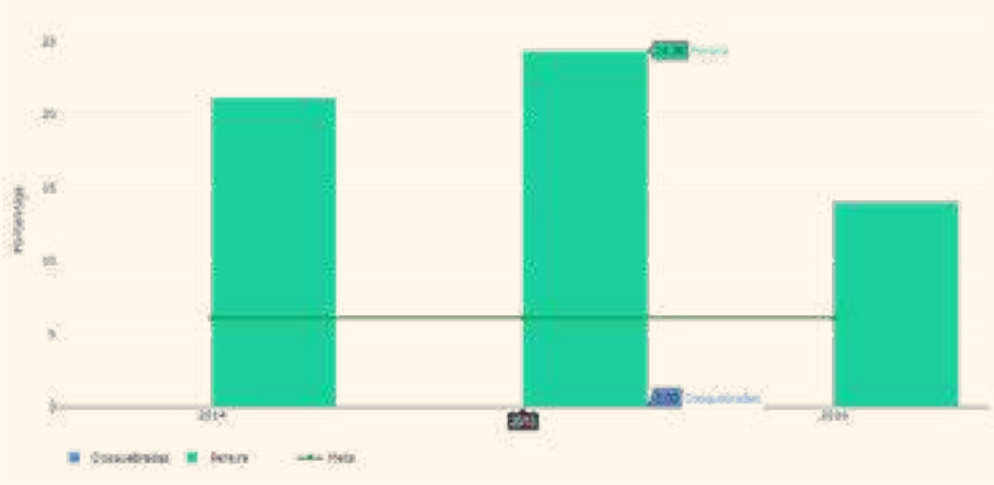
Gráfico 208. Proporción de apéndices perforados 2014 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

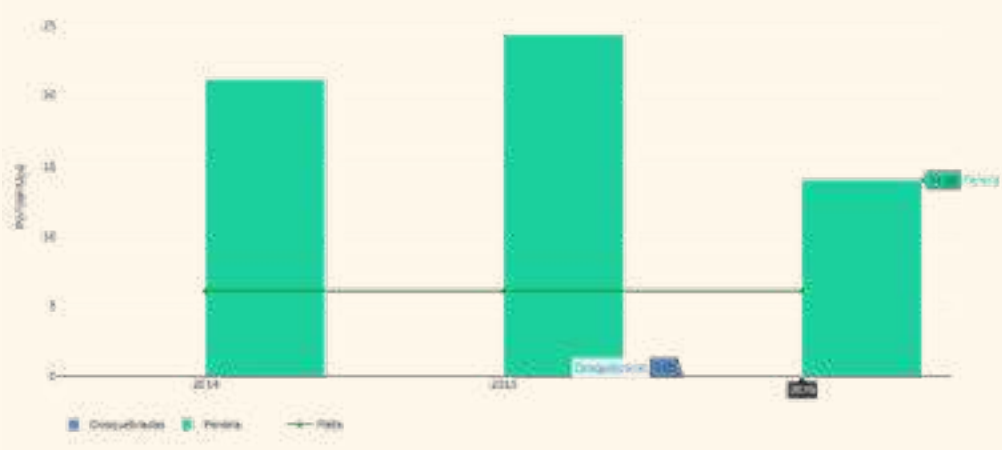
Gráfico 209. Proporción de apéndices perforados 2015 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 210. Proporción de apéndices perforados 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: SISAP (Sistema de información de Salud Pública - Salud Pereira)
Fuente Metodológica: Agency for healthcare Research and Quality - AHRQ

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Reingresos institucionales

Batería de indicadores cuantitativos que monitorean y presentan información periódica acerca de la calidad de la asistencia sanitaria en base a la racionalidad técnica científica, efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados durante el proceso de atención, así como la capacidad resolutiva de la institución en los servicios de urgencias y hospitalización.

Subdominio 2 Reingresos al servicio de hospitalización o urgencias

Subdominio organizado por dos (2) indicadores los cuales se mencionan a continuación:

SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

SE3.1.1 Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas

Indicador orientado a medir la calidad de la asistencia sanitaria en base a la racionalidad técnica-científica, efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados durante el proceso de atención, así como la capacidad resolutiva de la institución en el servicio de Urgencias.

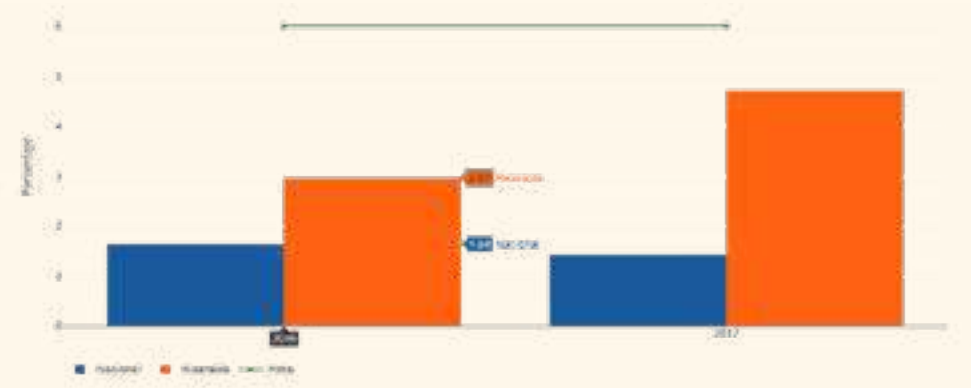
Resultados

- La proporción de retornos de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas, se obtiene de la aplicación de la fórmula entre el número de pacientes que reingresan al servicio de urgencias en la misma institución antes de 72 horas con el mismo diagnóstico de egreso y el total de egresos vivos atendidos en el servicio de urgencias en el periodo por 100; respecto al total nacional para los dos años de medición (2 semestres 2016 y un semestre 2017) la proporción corresponde a 1,64%y 1,43% respectivamente. Tendencia: disminución sostenida. Valor de referencia: menor al 6% según la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).
- Para el departamento de Risaralda, el indicador en comento tuvo un comportamiento contrario al del nivel nacional con un incremento sostenido año a año de medición: 2,97% (2016) y 4,71% (2017), observándose un mayor repunte del indicador en el segundo período de medición con una diferencia importante frente al primer período de 1,74 puntos porcentuales.
- Teniendo en cuenta las IPS habilitadas para cada uno de los catorce (14) municipios de Risaralda, se presenta en el Gráfico 212 y Gráfico 213 la información relacionada con el promedio por municipio y por año de medición.

- Para el 2016, los municipios de Apía, Santa Rosa de Cabal, Pueblo Rico, Dosquebradas, Mistrató y La Celia reportaron en cero (0) la proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas; los demás municipios, excepto Marsella, presentaron el indicador con valores que oscilaron entre 0,52% (La Virginia) y 4,96 (Balboa), estando dichos valores dentro del valor de referencia indicado por la SEMES. El municipio de Marsella mostró un promedio de 10,61% para el indicador en comento, ello casi dos (2) veces el valor de referencia.
- En el 2017 (I Semestre2017), el 93% de los municipios del departamento presentaó el promedio del indicador para sus IPS habilitadas dentro del valor de referencia definido por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias con valores entre el 0% y el 5,12%; el único municipio que su indicador se encontró por fuera del valor de referencia es Balboa con 8,89%.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

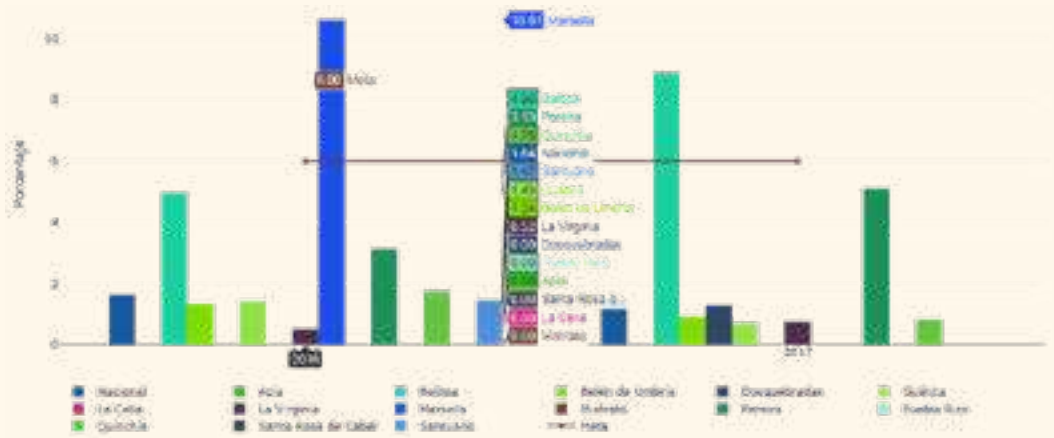
Gráfico 211. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

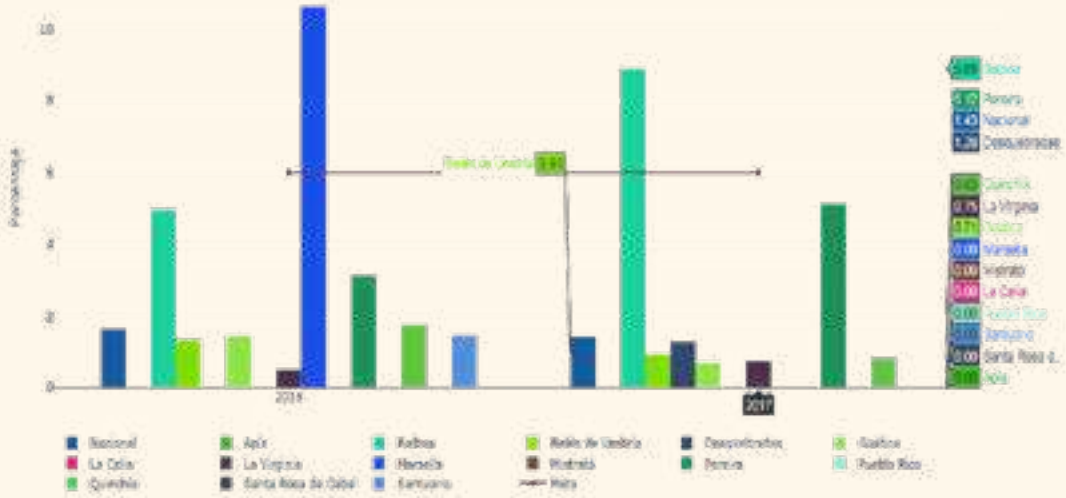
Gráfico 212. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 213. Proporción de reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas 1er Semestre 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE3.1.2 Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días

Indicador orientado a medir la calidad de la asistencia sanitaria en base a la racionalidad técnica-científica, efectividad del diagnóstico y tratamiento aplicados durante el proceso de atención, así como la capacidad resolutiva de la institución en el servicio de hospitalización.

Resultados

- El indicador objeto de medición se determina al dividir el número de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización en la misma institución antes de 15 días con el mismo diagnóstico de egreso en el período y el número total de egresos vivos atendidos en el servicio de hospitalización en el mismo periodo por 100 egresos hospitalarios; la media nacional para los dos (2) años de medición se situó en 2,35 casos (2016) y 2,40 casos (I Semestre 2017) por 100 egresos hospitalarios. Valor de referencia: 1,30 casos por 100 egresos hospitalarios, Resolución 256 de 2016.

- Para el departamento de Risaralda, la tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días se encontró en 1,36 casos (2016) y 1,09 casos (I Semestre 2017), con el indicador para el primer período de medición por encima del valor de referencia nacional.

- Teniendo en cuenta las IPS habilitadas para cada uno de los catorce (14) municipios de Risaralda, se presenta en el Gráfico 215 y Gráfico 216 la información relacionada con el promedio por municipio y por año de medición.

- En 2016, nueve (9) de los municipios del departamento tuvo un promedio de la tasa de reingreso en 0,00 casos por 100 egresos hospitalarios, dentro de estos se hallan Apía, Santa Rosa de Cabal, Quinchía, Pueblo Rico, Guática, Mistrató, Marsella, La Virginia y La Celia. Los demás municipios tuvieron un promedio del indicador para sus prestadores que osciló entre 0,38 casos (Dosquebradas) y 1,62 casos (Pereira) por 100 egresos hospitalarios. Santuario presentó el mayor promedio de los municipios con 5 casos por 100 egresos hospitalarios, observándose un mayor repunte en el II semestre de 2016 con 16,67 casos respectivamente.

- En 2017 (primer semestre), diez (10) de los municipios con sus respectivos prestadores reportaron el indicador en 0,00 casos por 100 egresos hospitalarios; estando por encima del valor de referencia nacional mencionado en Oncalidadsalud, MSPS, Quinchía (1,82 casos), Dosquebradas (2,27 casos) y Santa Rosa de Cabal (2,56 casos) por 100 egresos hospitalarios.

- Santuario que para el segundo semestre de 2016 presentó un incremento marcado en el promedio de su indicador, se estabilizó nuevamente en el siguiente semestre de medición con 0,00 casos por 100 egresos hospitalarios.

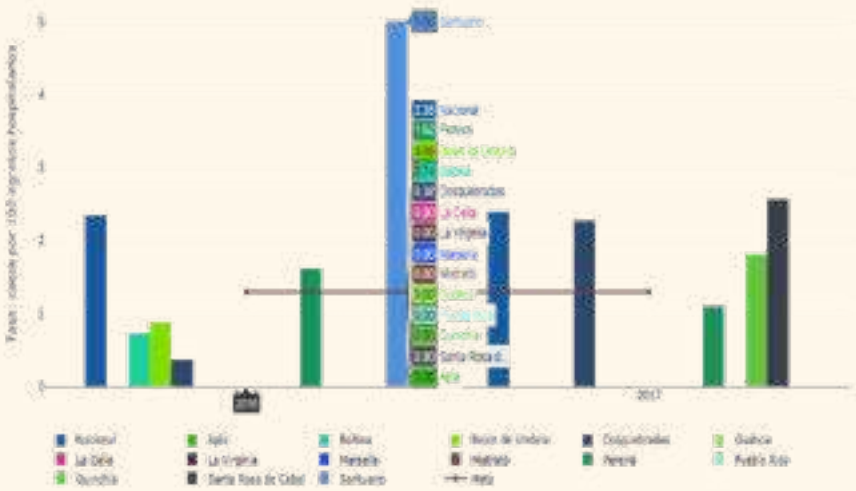
Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

Gráfico 214. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días – nivel nacional y departamento de Risaralda

Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

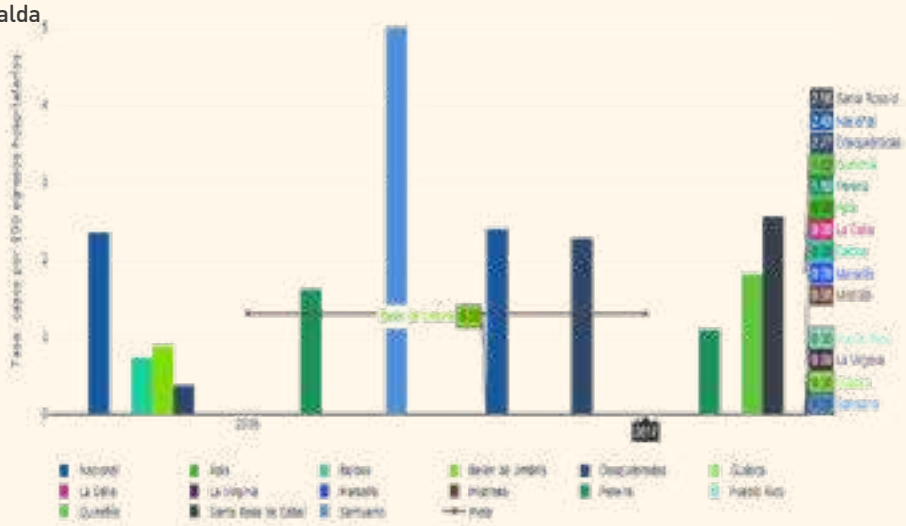
Gráfico 215. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 216. Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados en menos de 15 días 1er semestre 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Cirugías programadas

Subdominio integrado por un (1) indicador cuantitativo orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud en aspectos relacionados con la gestión institucional, la planeación y organización de los procesos asistenciales del servicio de cirugía que garanticen al usuario la accesibilidad, continuidad y oportunidad de la atención dentro del marco de gestión del riesgo en seguridad del paciente.

Subdominio 2 Cancelación de cirugía

Subdominio que comprende un único indicador, el cual se encuentra configurado de la siguiente manera:

SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía

SE4.1.1 Proporción de cancelación de cirugía programada

Indicador orientado a medir la calidad de la prestación de los servicios de salud en aspectos relacionados con la gestión institucional, la planeación y organización de los procesos asistenciales del servicio de cirugía que garanticen al usuario la accesibilidad, continuidad y oportunidad de la atención dentro del marco de gestión del riesgo en seguridad del paciente.

Resultados

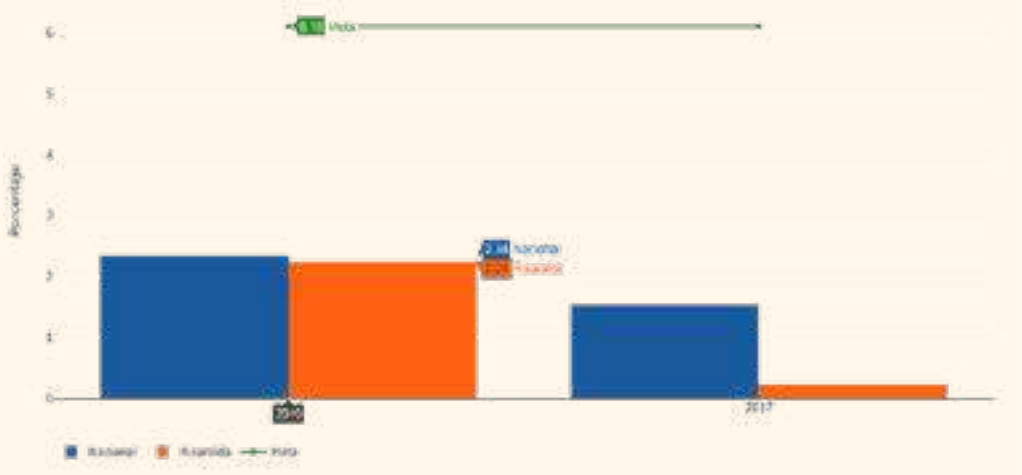
- La proporción de cancelación de cirugía se define como el número total de cirugías programadas que fueron canceladas por causas atribuibles a la institución y el número total de cirugías programadas por 100; la media nacional en 2016 se estimó en 2,24% y en 2017 en 1,53%. Tendencia: disminución sostenida. Valor de referencia: 6,13% - Resultados INCAS 2015.

- En el departamento de Risaralda la tendencia general del indicador para los dos (2) años de medición fue hacía la disminución de la proporción de cancelación de cirugía programada, presentando de un año al otro una diferencia importante de 2,01 puntos porcentuales (Gráfico 217).

- Se evidenció el reporte por parte de las IPS de tres (3) de los catorce (14) municipios del departamento de Risaralda, para un promedio en 2016 de 2,55% Pereira, 1,34% La Virginia y 0% Dosquebradas; respecto al 2017, los municipios de Pereira y La Virginia tuvieron una tendencia a la mejoría en el comportamiento del indicador con 0,25% y 0,06% mientras que Dosquebradas presentó un leve repunte respecto al año anterior en 0,07 puntos porcentuales.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

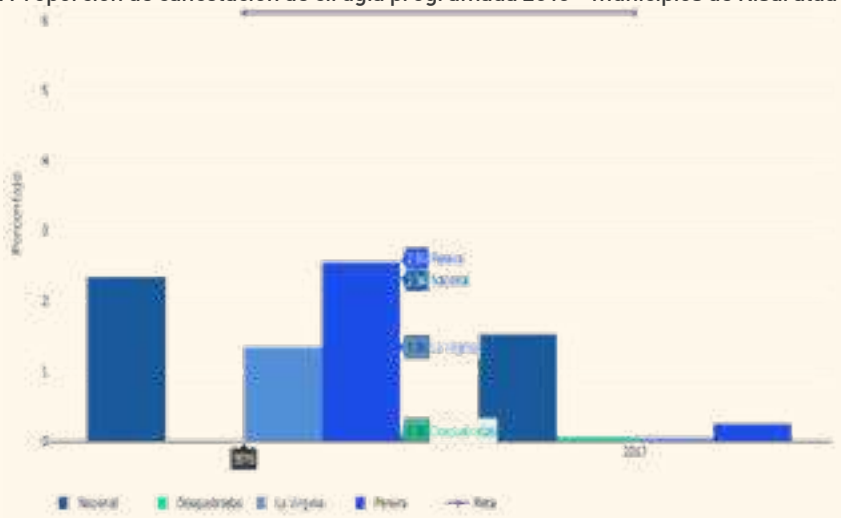
Gráfico 217. Proporción de cancelación de cirugía programada – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2015 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

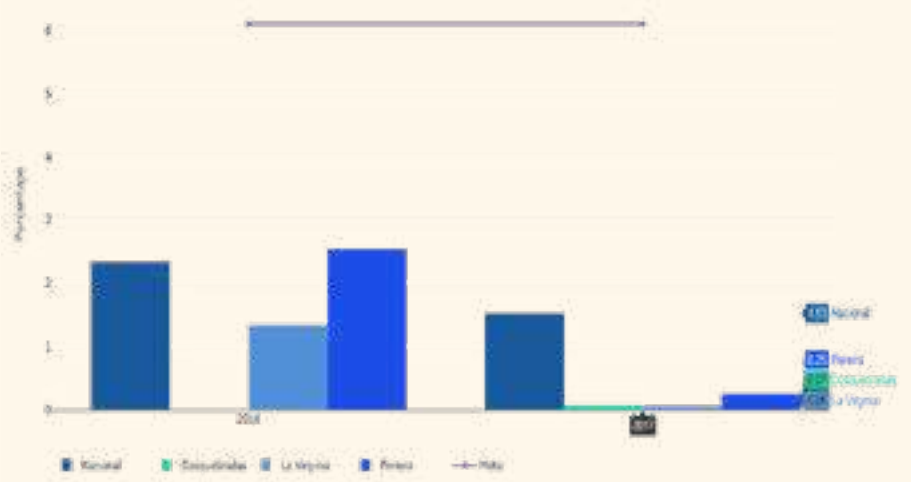
Gráfico 218. Proporción de cancelación de cirugía programada 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2015 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 219. Proporción de cancelación de cirugía programada 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud - INCAS 2015 - Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Administración de medicamentos

Batería de indicadores cuantitativos orientados a medir y monitorear la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud relacionado con la gestión de riesgos, implementación y monitoreo de prácticas seguras en el proceso de administración de medicamentos en el servicio de hospitalización y de urgencias dentro de la cultura de seguridad del paciente.

Subdominio 2 Medicamentos

Subdominio conformado por dos (2) indicadores que se coleccionaron en:

SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización

SE5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias

SE5.1.1 Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en hospitalización

Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud relacionado con la gestión de riesgos, implementación y monitoreo de prácticas seguras en el proceso de administración de medicamentos en el servicio de hospitalización dentro de la cultura de seguridad del paciente.

Resultados

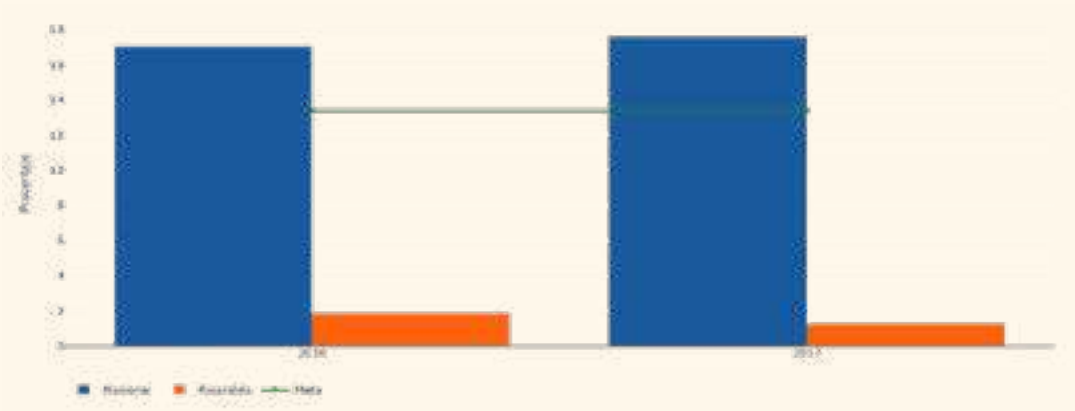
- La proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en hospitalización se obtiene de dividir el número de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización entre el total de egresos de hospitalización multiplicado por 100. El promedio nacional para los dos (2) años de medición se evidenció en 17,05% en 2016 y 17,58% en 2017, proporciones que se ven afectadas específicamente por el comportamiento del indicador en el segundo semestre de 2016 (21,89%) y primer semestre de 2017 (23,16%). Tendencia: incremento sostenido. Criterio de referencia: menor o igual a 13,4% - Resolución 256 de 2016.

- Respecto al nivel departamental, en el Gráfico 220 se muestran los resultados para Risaralda con un buen desempeño del indicador para los dos períodos de monitoreo con 1,86% y 1,26% respectivamente, ello frente al criterio de referencia nacional.

- En la desagregación por municipio, en 2016 se evidenció que las IPS de nueve (9) de los catorce (14) municipios presentaron el indicador en 0%, los prestadores del restante de municipios como Guática, Quinchía, Pereira, Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal reportaron la proporción de eventos adversos con valores que oscilaron entre un promedio máximo de 3,33% y un promedio mínimo de 0,46%. En el 2017 se redujo el número de los municipios con IPS cuya proporción del evento estuvo en cero por ciento (0%) respecto al 2016, saliendo de dicho grupo la Virginia con reporte en 2017 de 0,53%. Aunque el promedio de las IPS para Dosquebradas, Guática y Quinchía presentaron un incremento sostenido en el indicador, continuaron con un buen desempeño frente al criterio de referencia.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

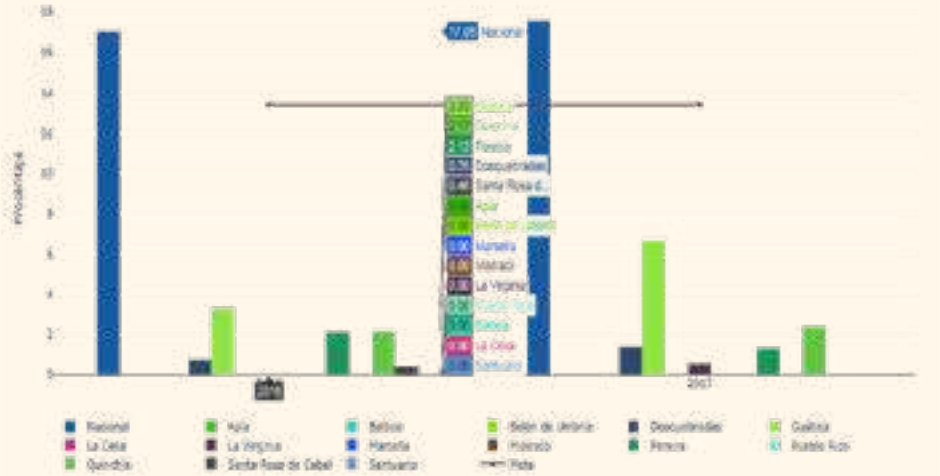
Gráfico 220. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en hospitalización – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

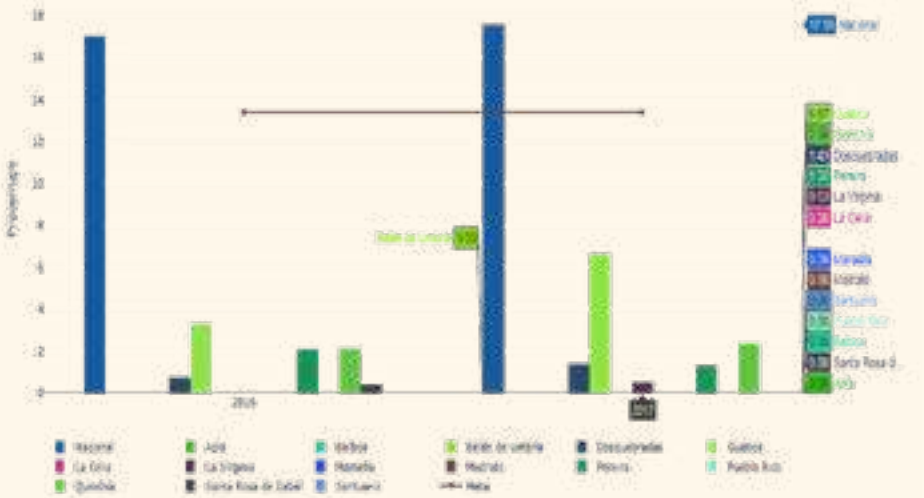
Gráfico 221. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en hospitalización 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 222. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en hospitalización 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

SE5.1.2 Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en urgencias

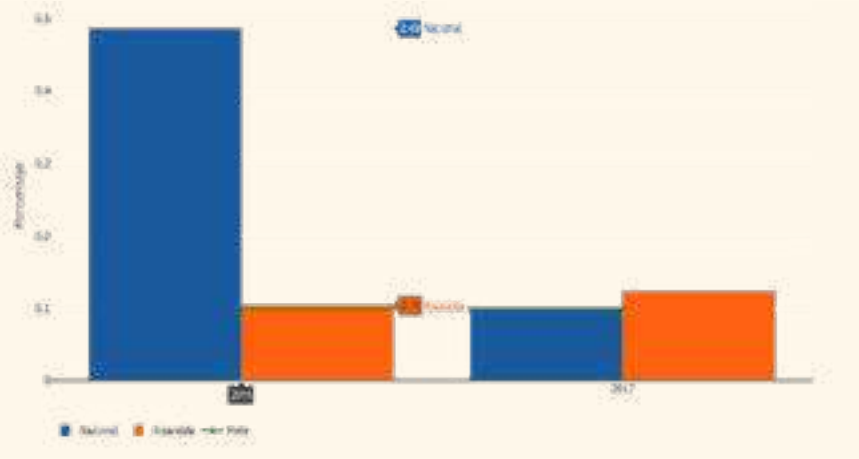
Indicador orientado a medir la calidad de la atención en salud desde la perspectiva de la prestación de servicios de salud relacionado con la gestión de riesgos, implementación y monitoreo de prácticas seguras en el proceso de administración de medicamentos en el servicio de urgencias dentro de la cultura de seguridad del paciente.

Resultados

- La media nacional para la proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en el servicio de urgencias se estimó en 2016 en 0,49% y en 2017 en 0,10%. Observándose una disminución importante del indicador de período a período de 0,39 puntos porcentuales, con mejora en el comportamiento del indicador. Criterio de referencia: línea base país primer semestre de 2017: menor o igual a 0,10% - Resolución 256 de 2016.
- El indicador en el departamento de Risaralda para el primer año de medición se ubicó dentro de la línea base país mencionada anteriormente con igual porcentaje; en 2017 se presentó un leve incremento en la media del indicador alcanzando 0,12%, con un repunte en el primer semestre de 0,14% y una estabilización del mismo para el segundo semestre con 0,12%.
- Al desagregar la información para los catorce municipios de Risaralda se evidenció que en 2016 ocho (8) de estos tuvieron un promedio del 0%, dentro de los cuales se encuentran Apía, Santa Rosa de Cabal, Quinchía, Pueblo Rico, Belén de Umbría, La Celia, Marsella y Mistrató.
- El municipio de Pereira mostró una proporción del 0,06%, lo que le permitió ubicarse dentro del criterio de referencia del país; los promedios de los demás municipios oscilaron entre 0,33% (Guática) y 0,64 (Dosquebradas). Balboa tuvo un promedio anual del 4,20%, viéndose afectado éste resultado por un aumento del indicador en el segundo semestre de 2016 con 7,55%.
- Para 2017, el promedio del indicador para Balboa (3,03%) mejoró su comportamiento respecto al año anterior; sin embargo, continuó por encima de la línea base país y de la media nacional; el indicador para el municipio de Mistrató tuvo un crecimiento importante pasando de 0% en 2016 a 2,86% en el 2017, con una desmejora en su comportamiento respecto al criterio de referencia.

Nota: la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx

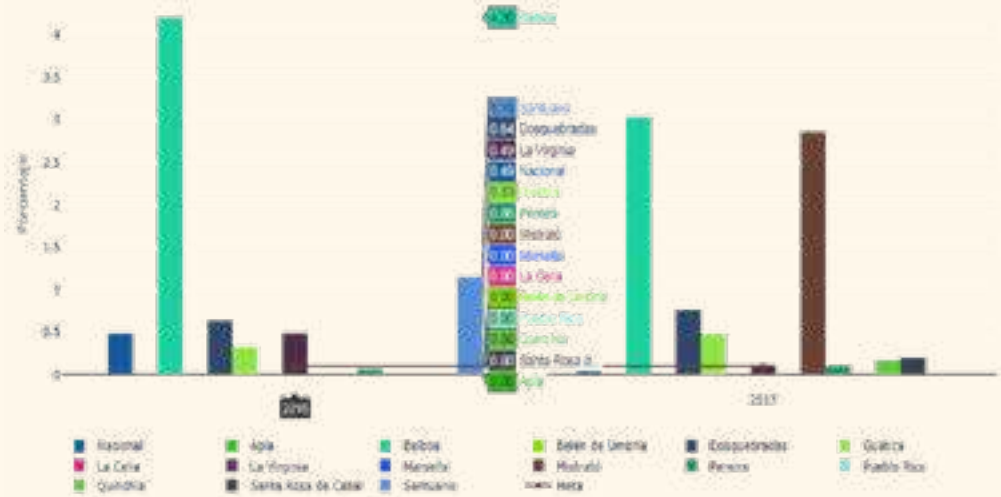
Gráfico 223. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en urgencias – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

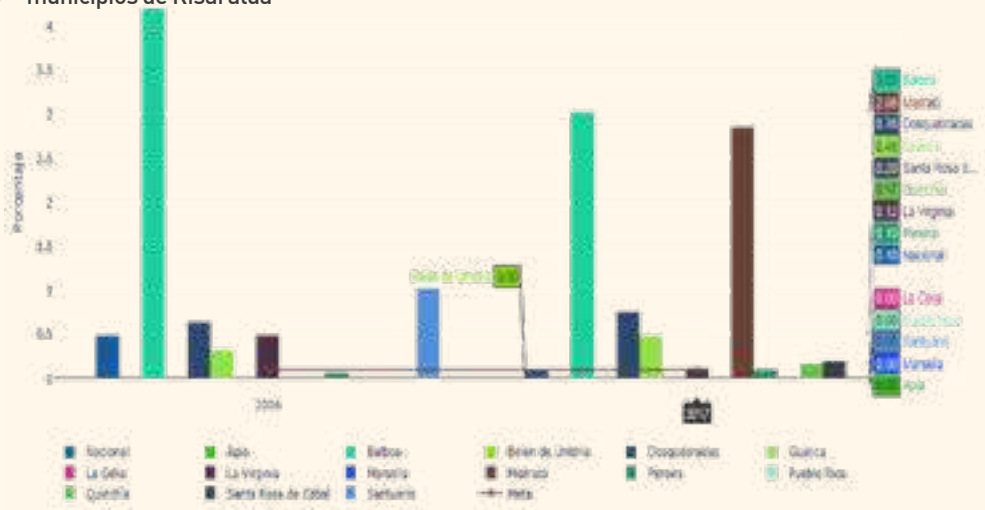
Gráfico 224. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en urgencias 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 225. Proporción de eventos adversos relacionados con administración de medicamentos en urgencias 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Indicadores de experiencia de atención del paciente

Este conjunto de atributos tiene como finalidad valorar la manera subjetiva como los usuarios perciben el acceso, el uso de los servicios de salud y la interacción con las personas e instituciones que intervienen durante el proceso de atención en salud, se incluyen también mediciones en temas de oportunidad, satisfacción y fidelidad.

Las mediciones de experiencia de atención del paciente reúnen un total de catorce (14) indicadores que se coleccionaron en los siguientes subdominios 1:

- Oportunidad en el tiempo de respuesta
- Evaluación global de la experiencia de la atención

Los indicadores de experiencia de la atención se denotan en la Tabla 79.

Tabla 79. Indicadores del dominio de experiencia de atención del paciente

Subdominio 1	Subdominio 2	Indicador priorizado	No.
1. Oportunidad en el tiempo de respuesta	1. Tiempos de espera para consulta	AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	1
		AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina Interna	2
		AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	3
		AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología	4
		AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia	5
		AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general	6
	2. Tiempos de espera para cirugía programada	AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general	7
		AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas	8
		AT1.2.3 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica	9
	3. Tiempos de espera para imágenes diagnósticas	AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía	10
		AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	11
	4. Tiempos de espera para urgencias	AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias	12
2. Evaluación global de la experiencia de la atención	1. Satisfacción IPS	AT2.1.1 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	13
		AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	14

Fuente: Elaboración Fundación Salutia

Subdominio 1 Oportunidad en el tiempo de respuesta

Batería de indicadores cuantitativos que valoran la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de citas de consulta externa e imágenes diagnósticas, realización de cirugías y atención en el servicio de urgencias, desde la perspectiva de la prestación de los servicios de salud: accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Subdominio 2 Tiempo de espera para la consulta

Subdominio que incluye seis (6) indicadores discriminados por servicio:

AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología

AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general

AT1.1.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de medicina general, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

- Se obtiene de dividir la sumatoria total de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, entre el número total de citas de medicina general de primera vez asignadas en el mismo período; la media nacional en 2016 se estimó en 2,97 días y en 2017 en 3,60 días. Criterio de referencia: 3 días - Resolución 256 de 2016.

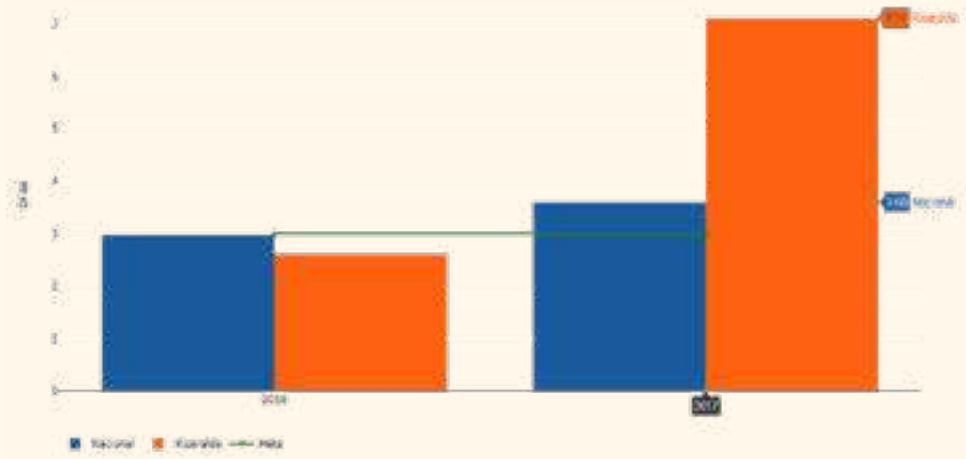
- En el departamento de Risaralda, para los dos (2) años objeto de medición el indicador tuvo una tendencia al crecimiento con una diferencia importante entre un período y el otro de 4,51 días, lo que conllevaó a que en 2017 el indicador se encontrara por encima del criterio de referencia nacional con un promedio de 7,11 días.

- A nivel del departamento de Risaralda, en 2016 cuatro (4) de los municipios según el reporte de sus prestadores tuvieron un tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general por encima del criterio de referencia con valores que oscilaron entre 8,13 días (Marsella) y 10,81 días (Quinchía); llama la atención el municipio de La Celia con un promedio de 23,51 días en el primer semestre de 2016 y sin reporte del indicador en el segundo semestre.

- En 2017, los municipios de Balboa, Apía, Belén de Umbría, Guática, La Virginia, Pueblo Rico y Santa Rosa de Cabal continuaron con un comportamiento estable del indicador por debajo del criterio de referencia mencionado en la Resolución 256 de 2016. Dosquebradas, Mistrató y Pereira presentaron un repunte del indicador, casi tres (3) veces el valor reportado en 2016. El municipio de Santuario, venía en 2016 con un promedio de 10,41 días cuadriplicándose su resultado en 2017 con 49,93 días; aunque el indicador para La Celia mejoró de período a período continuó por fuera del criterio de referencia con 15,60 días.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

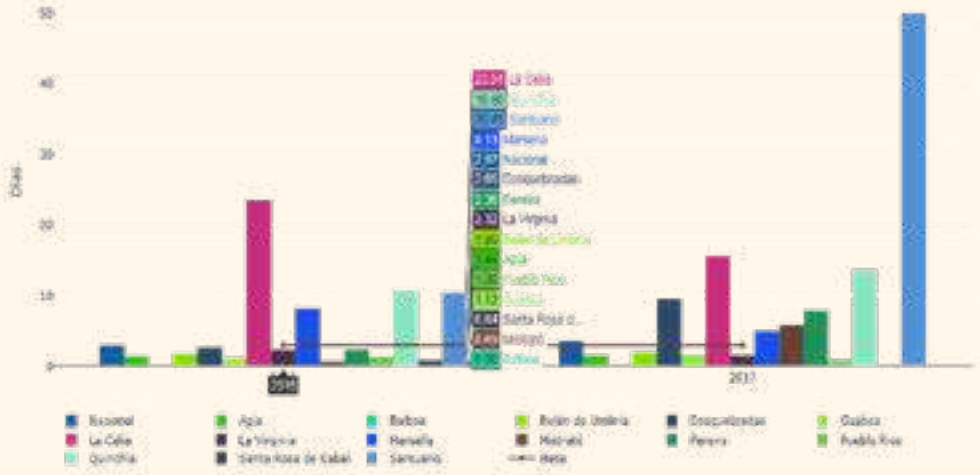
Gráfico 226. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

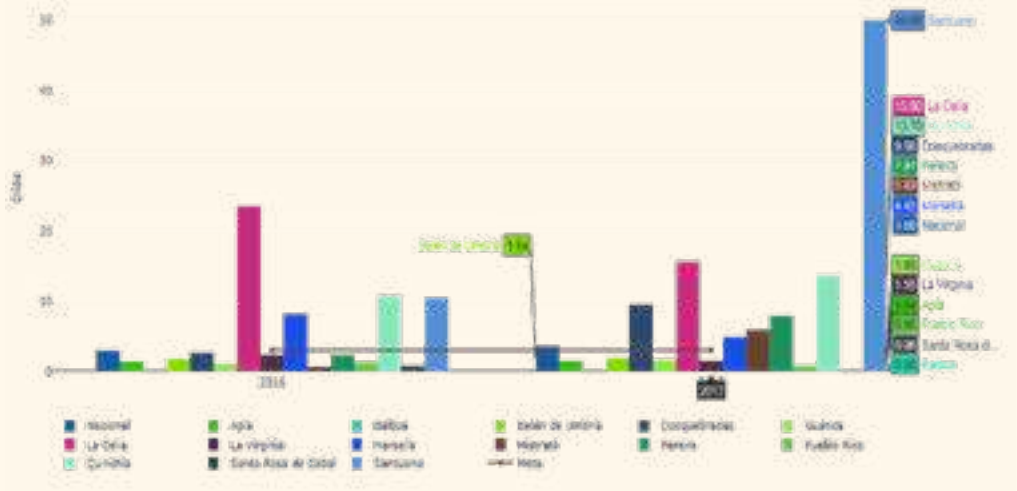
Gráfico 227. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 228. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.1.2 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de medicina interna, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

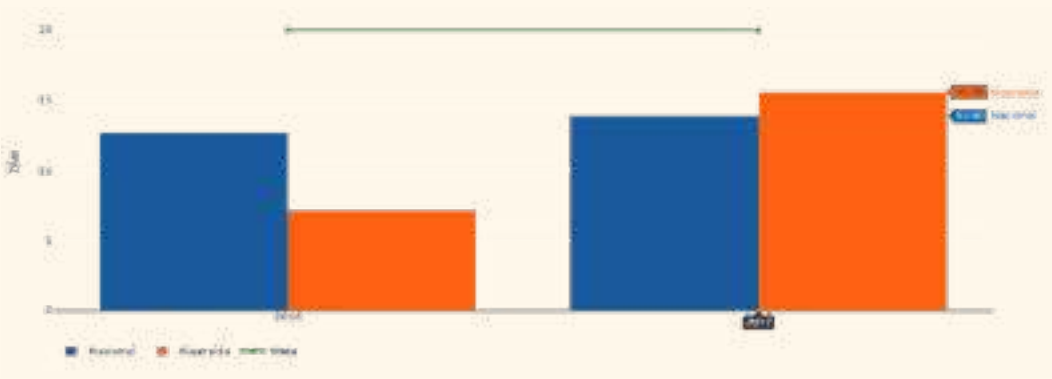
- Con los datos publicados por parte del MSPS (Observatorio Nacional de Calidad en Salud), reportados por los prestadores de servicios de salud a SISPRO, se observó una media nacional del indicador en 2016 en 12,68 días y 2017 en 13,90 días, permitiendo para los dos (2) años de medición que el indicador se encontrara dentro del criterio de referencia mencionado en la Resolución 256 de 2016: 20 días.

- El comportamiento del indicador para el departamento de Risaralda presentó una tendencia de crecimiento entre un año y el otro, con un reporte en 2016 de 7,14 días y 2017 con 15,56 días, doblando el resultado para el segundo período de medición.

- En relación a los municipios de Risaralda, dentro de los dos (2) períodos de tiempo observados, el comportamiento de todas las IPS públicas que reportaron el indicador para los seis (6) municipios fue estable permitiendo que estuvieran dentro del criterio de referencia mencionado en la Resolución 256 de 2016, con resultados que oscilaron entre 1,89 días (Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica - Dosquebradas) y 13,28 (Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl - Santuario). Cabe mencionar que prestadores privados como Salud Total EPS-S S.A. Lago (Pereira), Unidad Integral en Salud Pereira y Salud Total EPS-S S.A. (Dosquebradas) tuvieron en al menos uno (1) de los cuatro (4) semestres resultados por encima de los 20 días alcanzando inclusive 44,90 días y 53,54 días.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

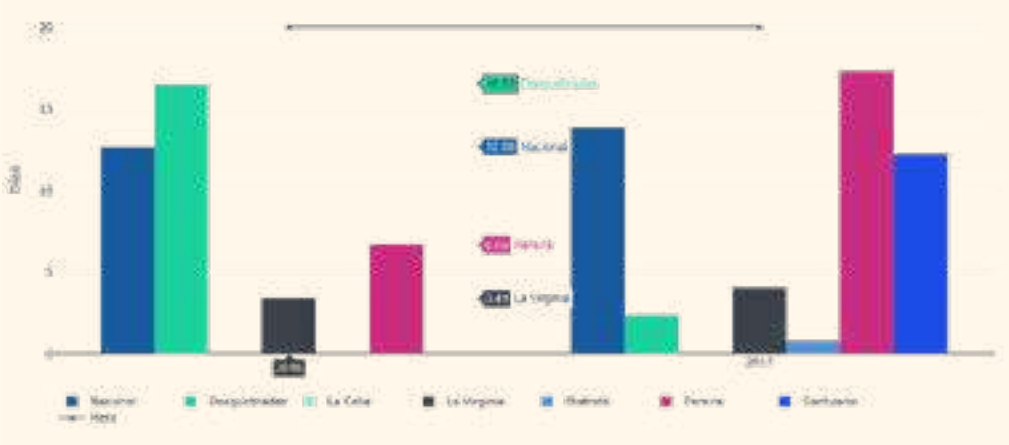
Gráfico 229. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

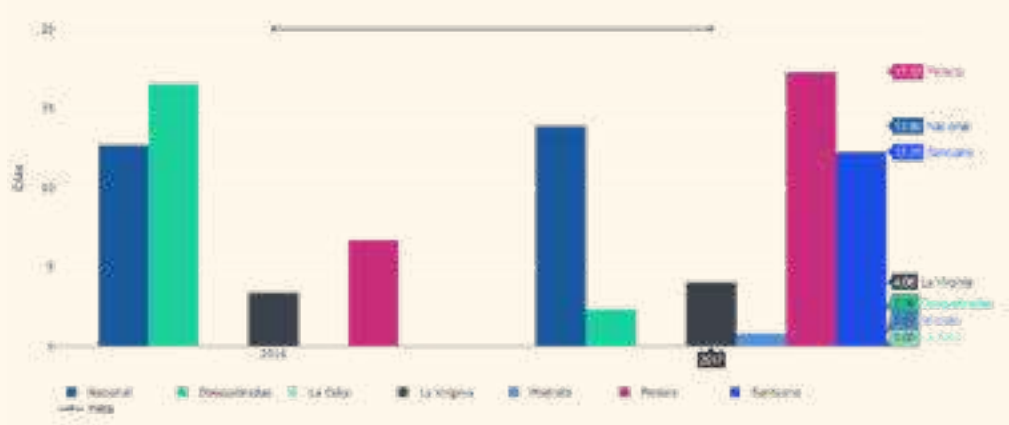
Gráfico 230. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 231. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.1.3 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

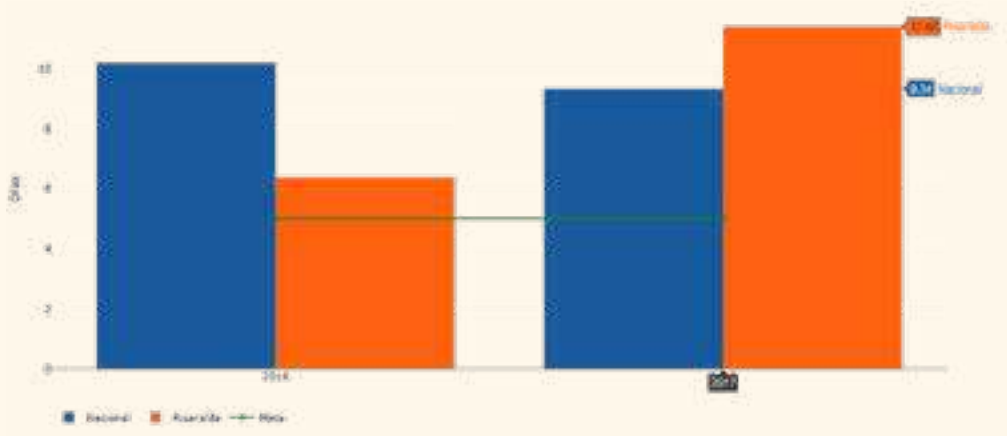
Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de pediatría, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

- Se observó que, dentro de los datos reportados por los prestadores a nivel nacional, se obtuvieron para los dos (2) períodos de medición 2016 y 2017 promedios de resultados de 10,19 días y 9,34 días respectivamente, aunque de período a período se observó un mejor comportamiento del indicador con tendencia a su descenso, continuó por encima del criterio de referencia citado en la Resolución 256 de 2016 que corresponde a 5 días.
- Caso contrario sucedió en el departamento de Risaralda con una tendencia hacia el incremento de semestre a semestre y diferencias importantes de cuatro (4) días entre dichos períodos, lo que repercutió en el promedio anual del indicador con resultados de 6,39 días en 2016, y 11,40 días en 2017, alejándose del valor de referencia nacional.
- A nivel municipal, el reporte corresponde a los prestadores de seis (6) municipios de Risaralda, se mostró que en el primer año de monitoreo el promedio del indicador estuvo dentro del criterio de referencia para los municipios de La Virginia (3,03 días), Dosquebradas (2,46 días) y Quinchía (0 días), con mayor estabilidad en el comportamiento de la IPS pública de Dosquebradas para los dos (2) semestres. El municipio de Pereira presentó un promedio de 8,38 días para la asignación de cita de pediatría, con comportamiento de IPS privadas para los dos (2) semestres por encima inclusive de los 12 días como es el caso de Salud Total EPS-S S.A. Lago, Salud Total EPS-S S.A., UUBC Rosales y Unidad Integral en Salud Pereira. Cabe mencionar la IPS Megacentro que en el primer semestre presentó el indicador en 27 días, mejorando este en el segundo semestre con 7,08 días.
- En 2017, las instituciones prestadoras de cinco (5) municipios realizaron el reporte del indicador con promedios para los municipios de Dosquebradas, La Virginia, Mistrató y Santuario que oscilaron entre 0,18 días y 4,67 días; Pereira continuó por encima del valor de referencia con 15,70 días, tendencia: incremento sostenido, se evidenció al respecto el reporte de IPS privadas con no menos de 17 días, lo que afectó directamente el resultado del indicador tanto para Pereira como para Risaralda.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

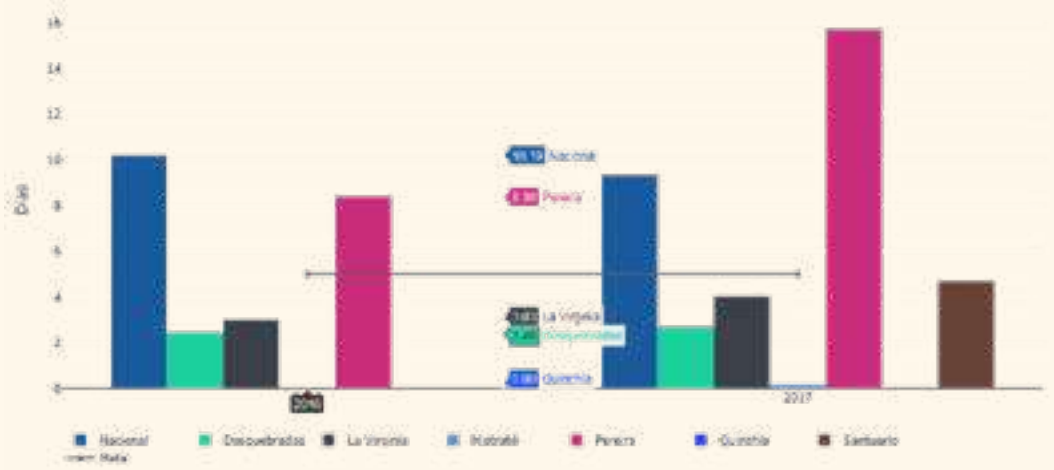
Gráfico 232. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

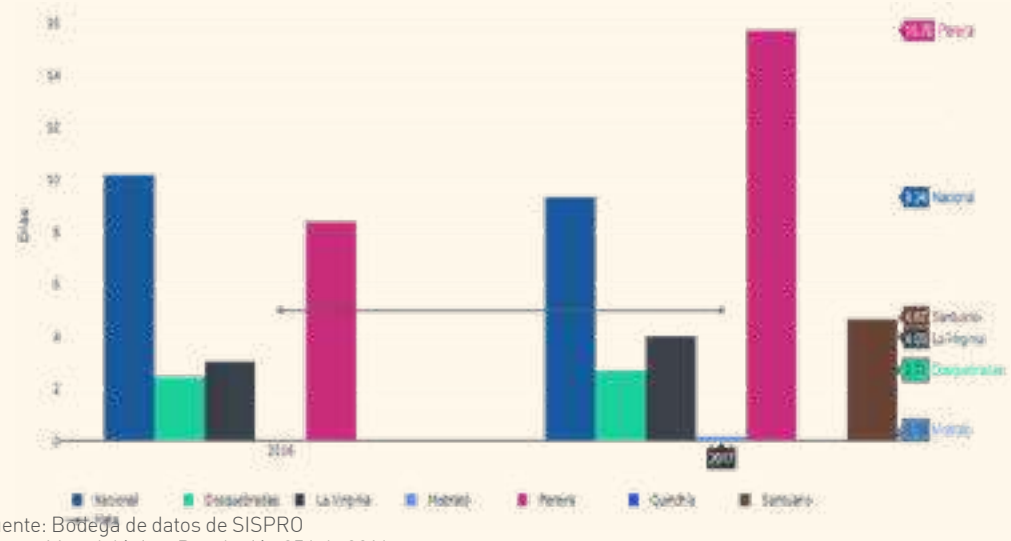
Gráfico 233. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 234. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.1.4 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de ginecología, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

- Con los datos disponibles correspondientes a los períodos de 2016 y 2017, se observó a nivel nacional un tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología de 12,23 días y 10,65 días respectivamente, con una tendencia que presenta una leve disminución para el último período en 1,58 días. Criterio de referencia: 15 días según lo mencionado en la Circular 056 de 2009 (SNS).

- De acuerdo a la información reportada por los prestadores de servicios de salud, se mostró para el departamento de Risaralda un tiempo promedio de espera para

la consulta médica especializada de 8,58 días en 2016 y 9,48 días en 2017, con una fluctuación leve del indicador entre semestre y semestre; sin embargo, para los dos (2) años de medición el indicador se encontró dentro del criterio de referencia nacional.

- A nivel municipal en los dos (2) años de medición y monitoreo, se muestra en el Gráfico 236 los resultados correspondientes al 2016 con un promedio de espera para la asignación de cita de ginecología en las IPS de Pereira de 9,96 días, Dosquebradas 4,93 días y La Virginia de4,39 días, ubicándose el promedio de los prestadores de los tres (3) municipios dentro del criterio de referencia nacional. Para 2017, se presentó información reportada por los prestadores de servicios de salud de Pereira, Dosquebradas, La Virginia y Mistrató con promedios que oscilaron entre un valor máximo de 11,46 días y un mínimo de 1 día, con un buen desempeño para la mayoría de las IPS de carácter público.

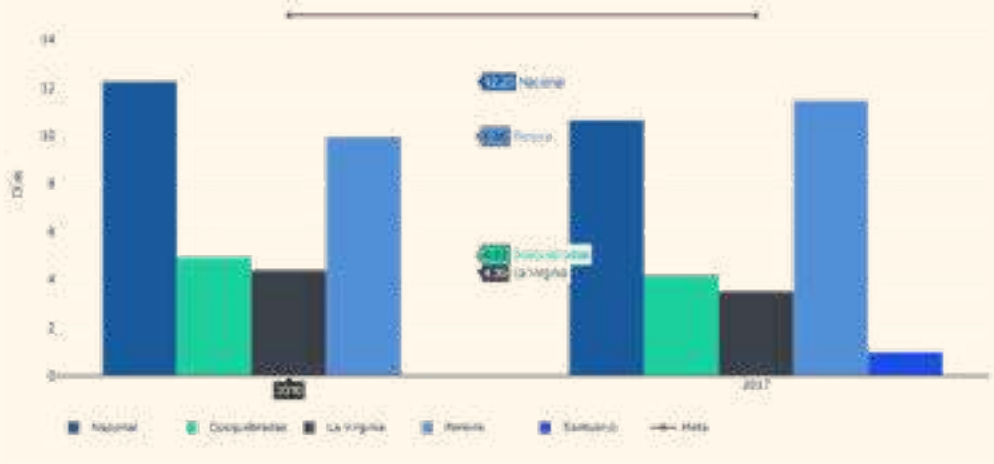
Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

Gráfico 235. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología – nivel nacional y departamento de Risaralda

Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

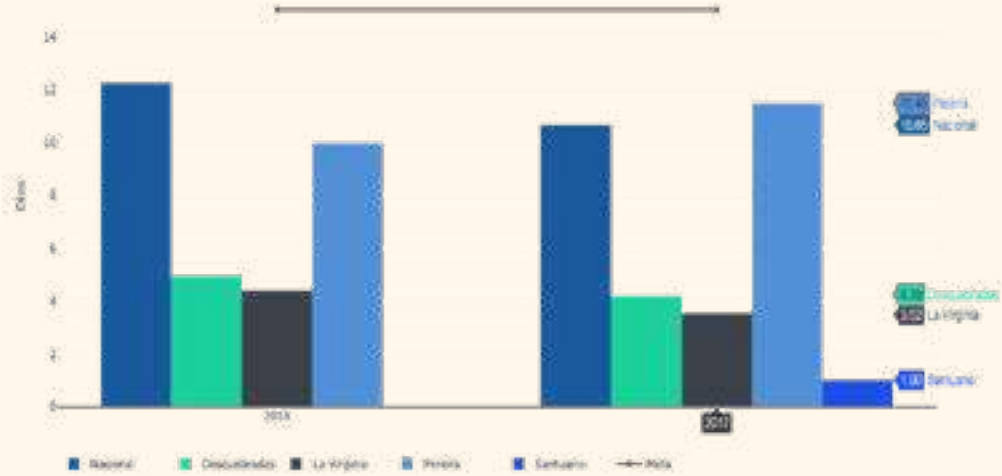
Gráfico 236. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 237. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.1.5 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de obstetricia, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

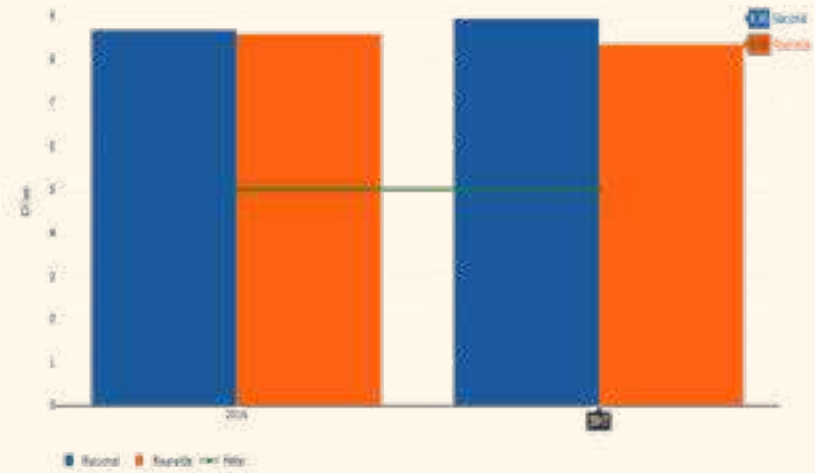
- Dentro de los datos reportados por los prestadores a nivel nacional, se muestra en el Gráfico 238 el tiempo de espera para la asignación de cita de obstetricia con promedios de 8,67 días (2016) y 8,95 días (2017), aunque no se observó una diferencia importante entre período y período, el indicador tuvo una tendencia al incremento sostenido. Criterio de referencia: menor o igual a 5 días - Circular 056 de 2009 (SNS).

- Teniendo en cuenta los datos reportados por los prestadores de servicios de salud, se estimó para los años 2016 y 2017 en el departamento de Risaralda un tiempo promedio de espera para la consulta médica especializada de 8,59 días y 8,35 días respectivamente, encontrándose por fuera dentro del criterio de referencia nacional.

- En el Gráfico 237, se muestran los resultados correspondientes al 2016 con un promedio de espera para la asignación de cita de Ginecología en las IPS de Pereira de 9,02 días, La Virginia de 6,38 días y Dosquebradas de 5,42 días, los tres (3) municipios por fuera del criterio de referencia de 5 días. Para 2017, se presentó información reportada por los prestadores de servicios de salud de Pereira, La Virginia, Dosquebradas y Mistrató con promedios que oscilaron entre un valor máximo de 10,27 días y un mínimo de 1,43 días; ubicándose los municipios de La Virginia y Mistrató con sus dos (2) IPS públicas dentro del máximo aceptable definido en la Circular 056 de 2009.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

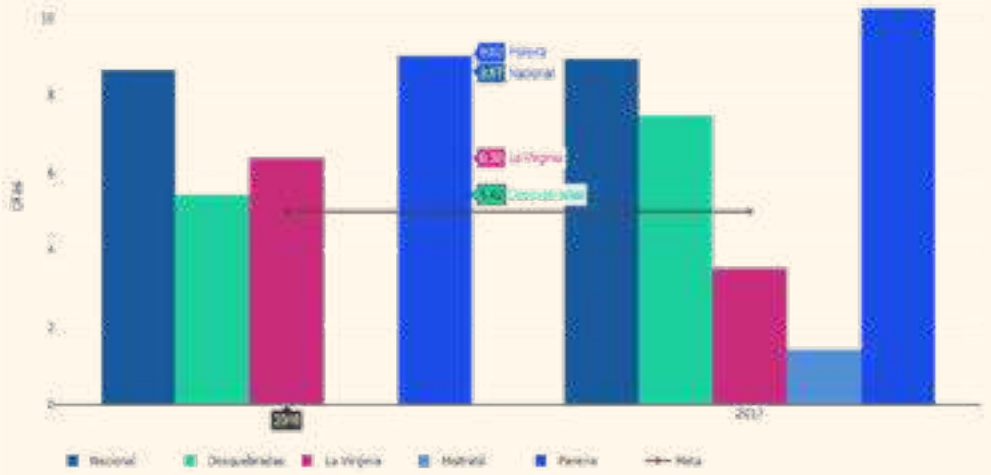
Gráfico 238. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

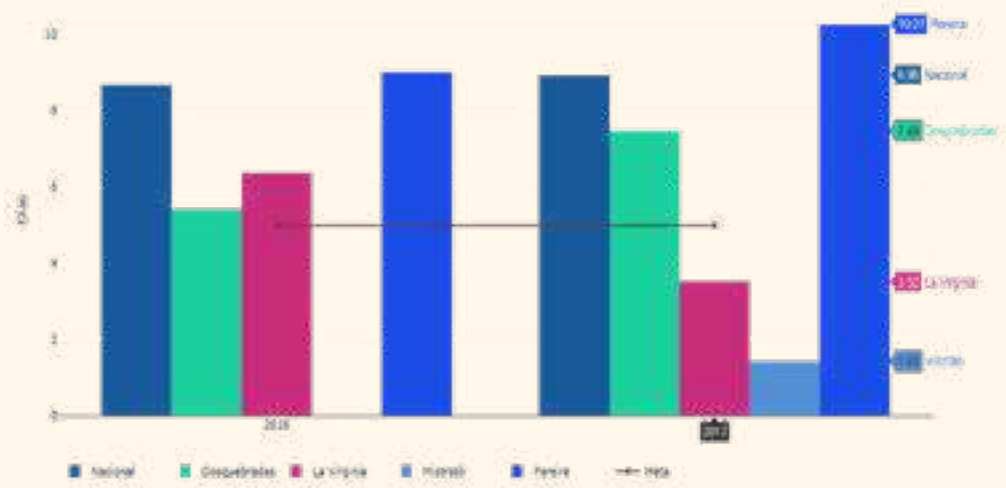
Gráfico 239. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 240. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.1.6 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de cita de consulta externa de odontología general, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

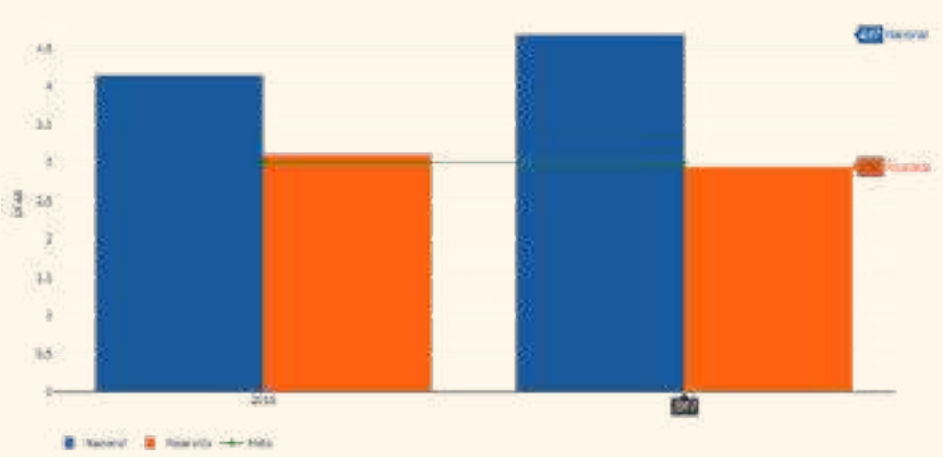
Resultados

- Con los datos disponibles publicados por parte del MSPS (Observatorio Nacional de Calidad en Salud), reportados por los prestadores de servicios de salud a SISPRO, se estimó una media nacional del indicador en 2016 en 4,15 días y 2017 en 4,67 días. Tendencia: incremento sostenido. Criterio de referencia: menor o igual a 3 días - Resolución 256 de 2016.
- El comportamiento del indicador para el departamento de Risaralda y de acuerdo a los datos reportados por los prestadores presentó una tendencia decreciente entre un período y el otro, con un tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general de 3,11 días en 2016 y de 2,95 días en el 2017, mejorando su desempeño en este último año lo que permitió que se ubicara dentro del criterio de referencia nacional.

- En relación a la desagregación por municipio, dentro del primer período de tiempo medido y monitoreado 2016 se observó que seis (6) de los doce (12) municipios cuyas IPS reportaron datos en SISPRO mostraron un tiempo promedio de espera que se encontró dentro del criterio de referencia de 3 días. Municipios como Santuario, Belén de Umbría, Marsella, Dosquebradas y La Virginia de acuerdo al reporte de sus prestadores, tuvieron un tiempo promedio de espera con un valor máximo de 12,55 días y un mínimo de 3,40 días; las IPS de carácter público de Santuario y Belén de Umbría presentaron información solamente en el primer semestre de 2016 con un regular desempeño de su indicador frente al criterio de referencia nacional.
- Para el segundo período de medición 2017, ocho (8) de los catorce (14) municipios con reporte de información de sus prestadores públicos en SISPRO, mostraron un comportamiento estable de su indicador con tiempos promedio de espera de menos de 3 días, cumpliendo con ello el criterio de referencia nacional y ubicándose con un mejor desempeño que la media nacional (4,67 días). Llama la atención los resultados de las IPS públicas de los municipios de La Celia y Santuario con promedios de espera de 16,06 días y 11,17 días respectivamente.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

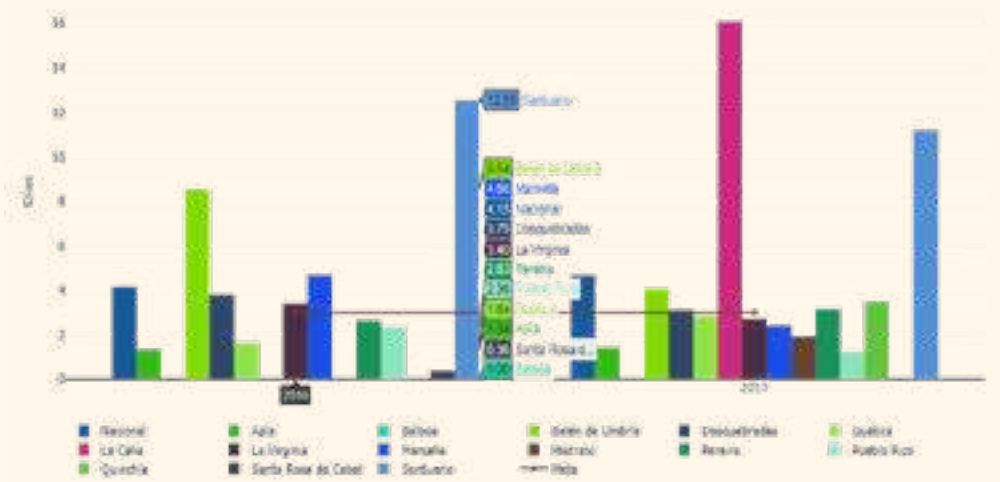
Gráfico 241. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

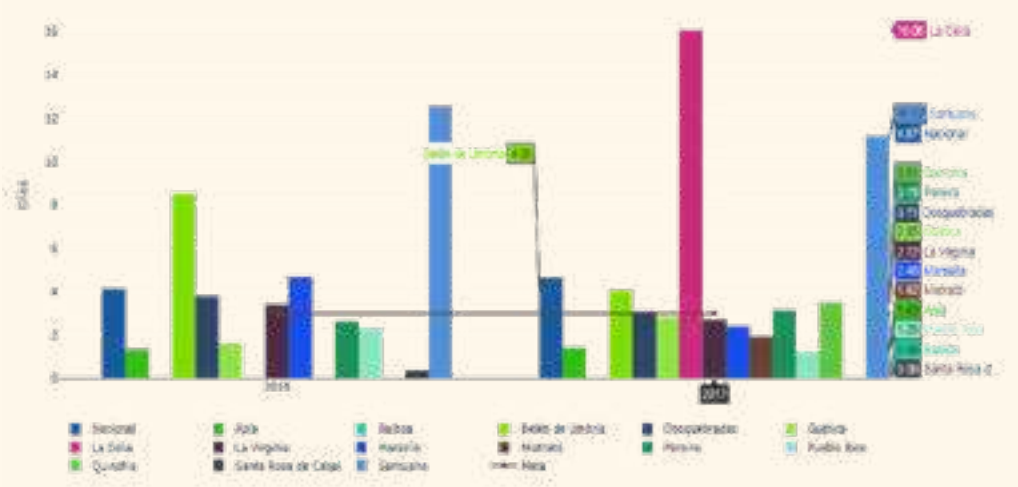
Gráfico 242. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 243. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de odontología general 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Tiempos de espera para cirugía programada

Subdominio que compila un total de tres (3) indicadores los cuales se mencionan a continuación:

AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general

AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas

AT1.2.3 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica

AT1.2.1 Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de citas de consulta externa, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

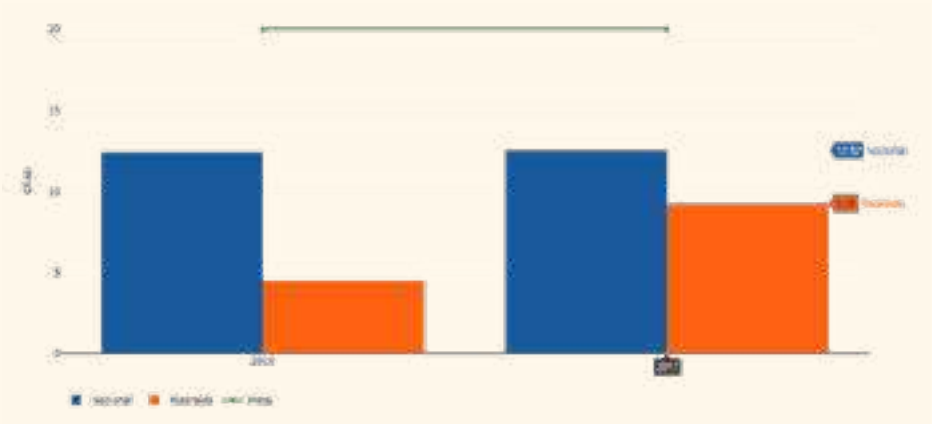
- Se observó que, dentro de los datos reportados por los prestadores a nivel país, se obtuvo para los dos (2) períodos de medición 2016 y 2017 promedios de resultados de 12,40 días y 12,52 días respectivamente, aunque de período a período se observó una leve variación en los resultados, el indicador se encontró dentro del criterio de referencia citado en la Resolución 256 de 2016 que corresponde a: menor o igual a 20 días.

- En el departamento de Risaralda, en el Gráfico 244 se muestra para el indicador tiempos promedios de espera para la asignación de cita de cirugía general de 4,50 días en 2016, y 9,25 días en el 2017, con una tendencia de incremento sostenido de semestre a semestre lo que afectó el promedio anual del indicador.

- A nivel municipal, el reporte en 2016 y 2017 correspondió a los prestadores de tres (3) y seis (6) municipios de Risaralda respectivamente, se mostró que en el primer año de monitoreo el tiempo promedio de espera en el 100% de los municipios se ubicó dentro del criterio de referencia nacional con los resultados de 5,31 días para La Virginia, 4,57 días para Pereira y Dosquebradas con 3,06 días, con un comportamiento estable del indicador tanto para las IPS públicas como privadas. En 2017, se registró información por parte de los prestadores de cinco (5) municipios del departamento, sumándose a estos municipios el reporte de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de Santuario y Mistrató con 16,83 días y 1 día, el resto de municipios con sus IPS se ubicaron con promedios que oscilaron entre 10,43 días (Pereira) y 2,99 días (Dosquebradas).

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

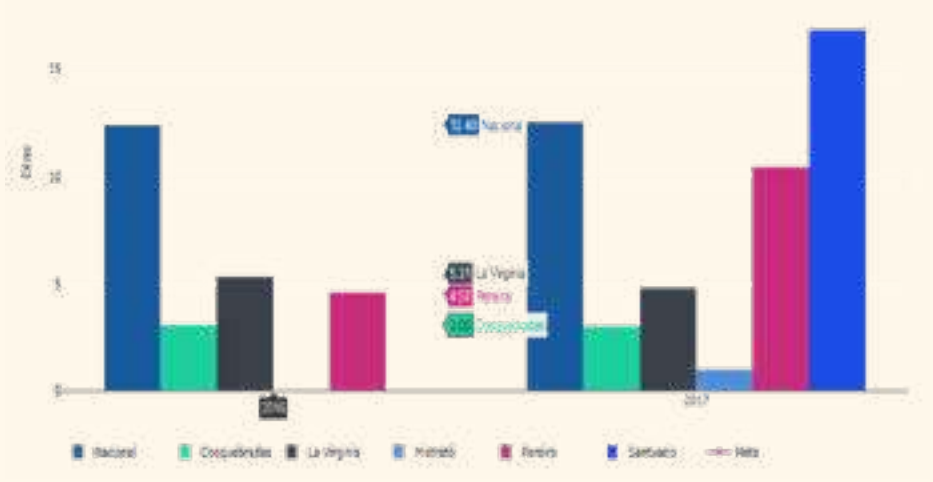
Gráfico 244. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

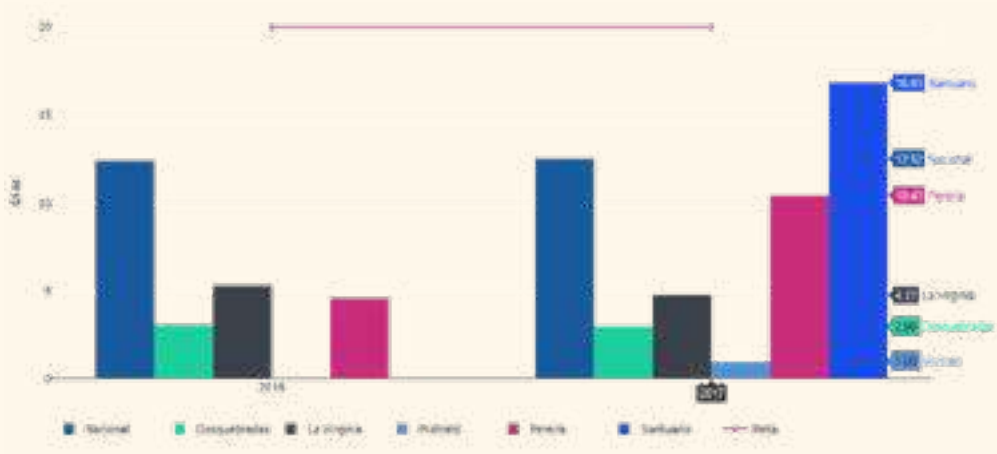
Gráfico 245. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 246. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.2.2 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la realización de cirugía de cataratas, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

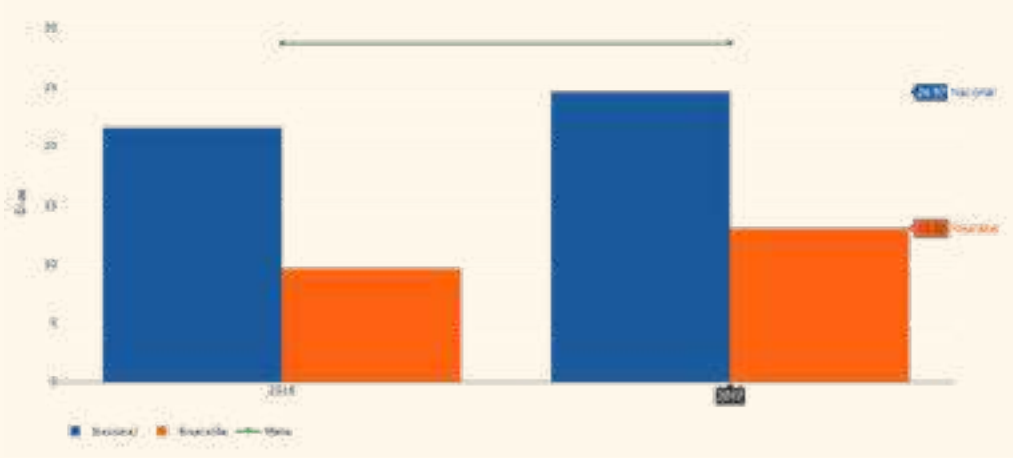
- Dentro de los datos reportados por parte de los prestadores a nivel nacional en SISPRO, se enseña en el Gráfico 247 el tiempo de espera para la realización de cirugía de cataratas con promedio país de 21,56 días (2016) y 24,57 días (2017). Tendencia: incremento sostenido. Criterio de referencia: menor o igual a 28,72 días - Resolución 256 de 2016.

- Para los dos (2) períodos de medición y monitoreo, de acuerdo a los datos reportados por los prestadores de servicios de salud, se estimó para el departamento de Risaralda un tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas 9,65 días en 2016 y 13,02 días en el 2017, crecimiento del indicador entre período y período con una diferencia importante de 3,37 días de un período a otro, sin que ello afectara el desempeño del indicador comparado con el criterio de referencia nacional.

- En el Gráfico 248, se indica en 2016 el tiempo promedio de espera según reporte de las IPS de los municipios con resultados para Dosquebradas de 18 días, La Virginia 16,27 días y Pereira de 9,57 días, con mejores resultados en las IPS privadas. En 2017, los resultados del tiempo promedio para los prestadores de La Virginia y Dosquebradas presentaron respecto al período inmediatamente anterior una tendencia a la disminución de su indicador con diferencias importantes llegando inclusive a cuatro (4) y cero (0) días.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

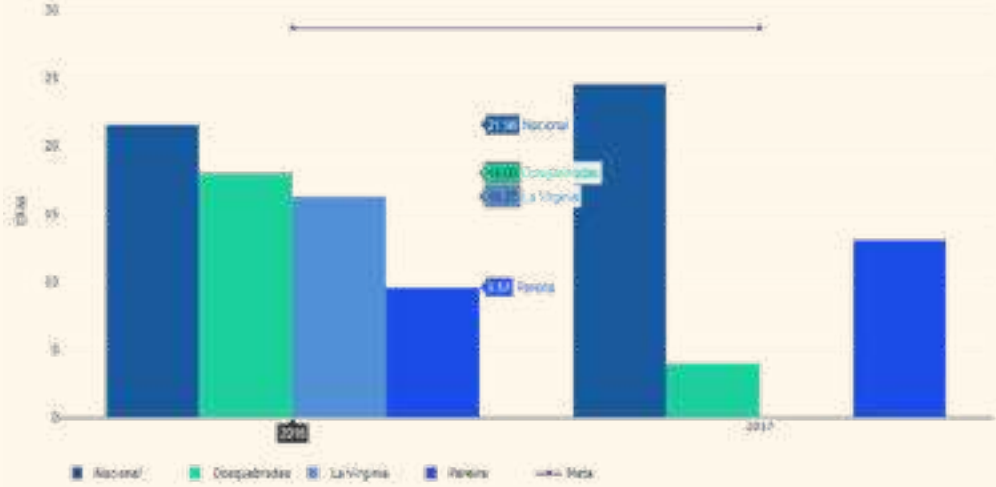
Gráfico 247. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

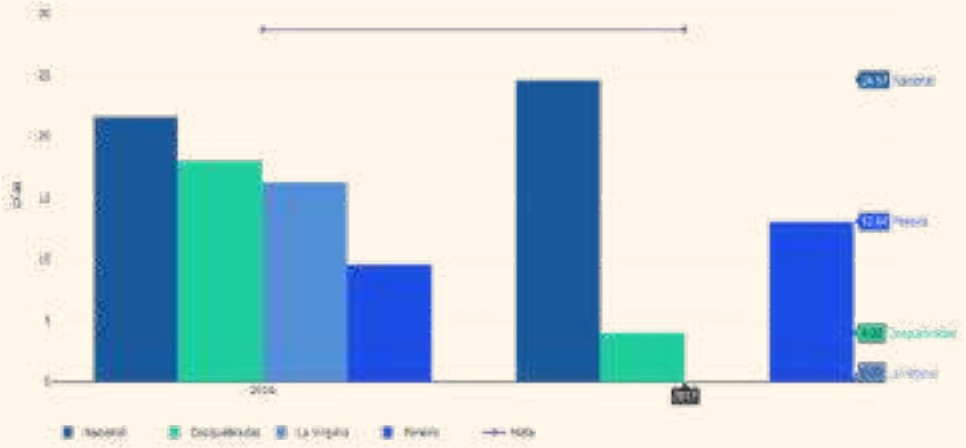
Gráfico 248. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 249. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT1.2.3 Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

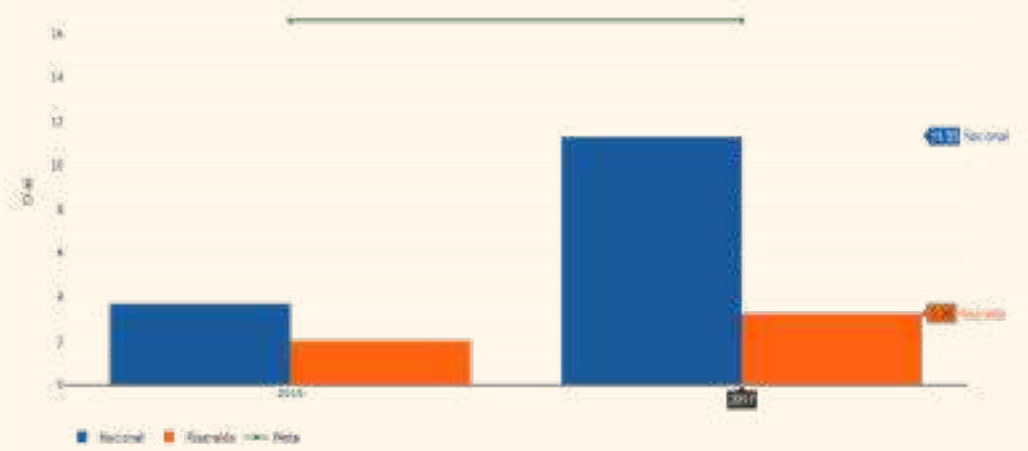
- Con los datos reportados por los prestadores en SISPRO, publicados y disponibles en la página web del MSPS, se calcularon para los dos (2) períodos objeto de medición 2016 y 2017 tiempos promedios de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica de 3,71 días y 11,33 días, observándose un crecimiento que se aproximó a casi tres (3) veces el valor del período inicial. Criterio de referencia: menor o igual a 16,66 días - Resolución 256 de 2016.

- Para el departamento de Risaralda, se presentó información solamente de IPS del municipio de Pereira para los períodos de 2016 y 2017, con resultados para el departamento de 2,02 días y 3,26 días, con un regular desempeño del indicador en el segundo semestre de 2017 lo que afectó el promedio anual; sin embargo, para los dos (2) años de medición el indicador se encontró dentro del criterio de referencia nacional.

Como se mencionó anteriormente, a nivel municipal, se contó con información reportada por parte de los prestadores de Pereira con un tiempo promedio de espera igual que el departamental tanto en 2016 como en 2017, siendo la IPS privada Clínica Los Rosales S.A. el único prestador con información para los cuatro (4) semestres evaluados y la Empresa Social del Estado Hospital Universitario San Jorge con información del segundo semestre de 2017.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

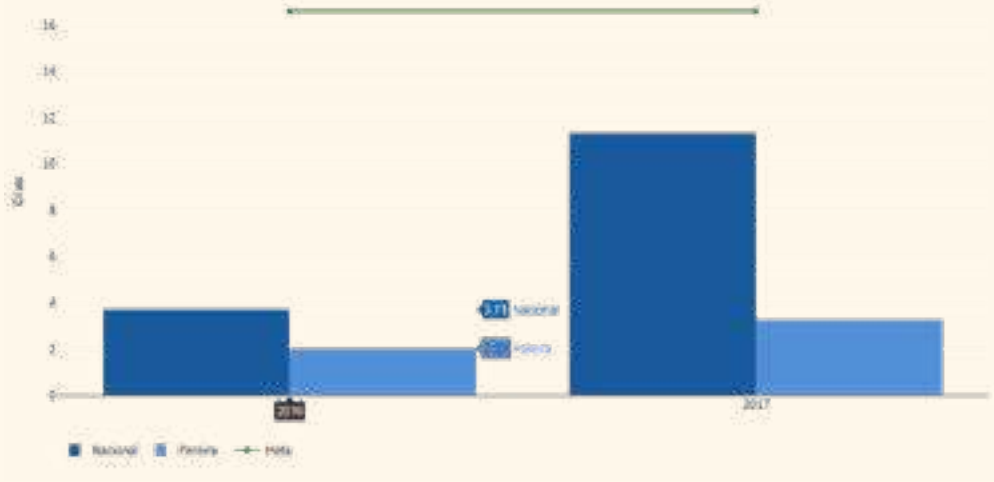
Gráfico 250. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

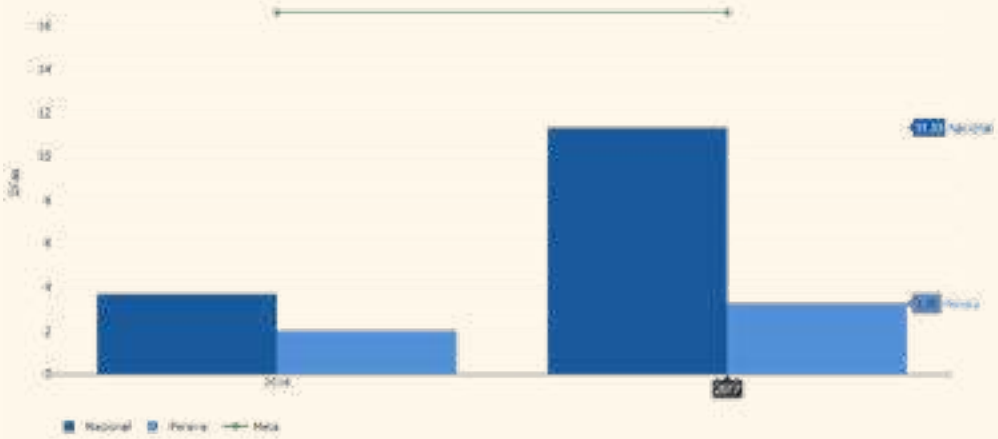
Gráfico 251. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica 2016 – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 252. Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de revascularización miocárdica 2017 – municipio de Pereira



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Tiempos de espera para para imágenes diagnósticas

Subdominio que integra dos (2) indicadores coleccionados de la siguiente forma:

AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear

AT1.3.1 Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía

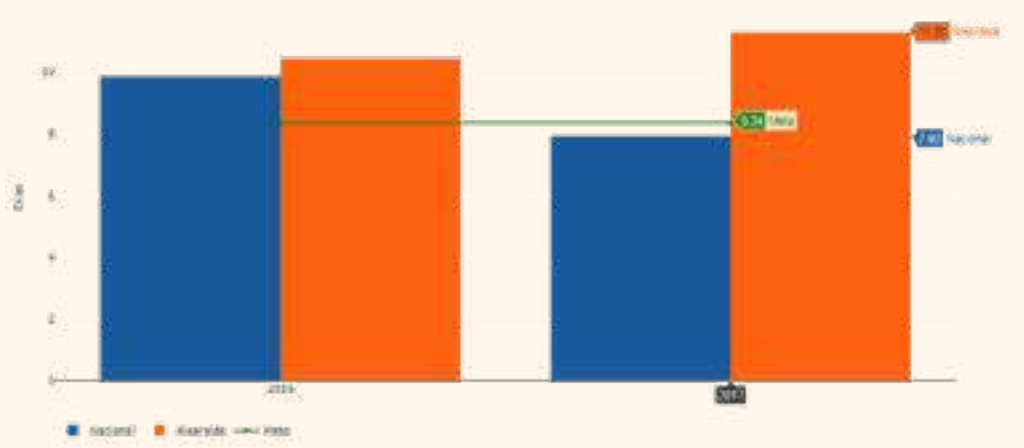
Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de citas de imágenes diagnósticas, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

- Dentro de los dos períodos de tiempo observados 2016 y 2017, el tiempo promedio de espera para la toma de ultrasonido a nivel nacional pasó de 9,85 días a 7,93 días, mejorando con ello el desempeño del indicador, ello producto del promedio del primer y segundo semestre en donde se obtuvieron 8,16 y 7,67 días respectivamente. La tendencia general fue hacia la disminución del tiempo promedio. Criterio de referencia: línea base departamental del segundo semestre de 2016: menor o igual a 8.34 días - Resolución 256 de 2016.
- Respecto a los resultados en el departamento de Risaralda se observó un crecimiento del indicador entre período y período de medición con una diferencia leve de 0,85 días, finalizando para el último año en 11,29 días. Cabe mencionar el comportamiento regular del indicador específicamente para el segundo semestre de 2017 con 12,57 días, que afectó el promedio anual. El promedio departamental para 2016 y 2017 se encontró por encima del promedio nacional con diferencias de 0,59 y 3,46 días.
- A nivel municipal, en 2016 el mejor comportamiento del indicador se ubicó en la ESE de Santa Rosa de Cabal con un tiempo promedio de espera para la toma de ecografía de 0 días. Dosquebradas presentó una oportunidad de 8,65 días y distantes un poco más de la meta se encuentraron La Virginia con 11,74 días y Pereira con 10,53 días. En 2017, la tendencia del indicador fue creciente para Pereira y Dosquebradas ubicándose por encima de la media nacional y de la línea base departamental, mientras que La Virginia mostró un comportamiento decreciente a casi la mitad de los días de tiempo promedio reportados en 2016 situándose junto con Santuario, Mistrató y Santa Rosa de Cabal dentro del criterio de referencia departamental.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

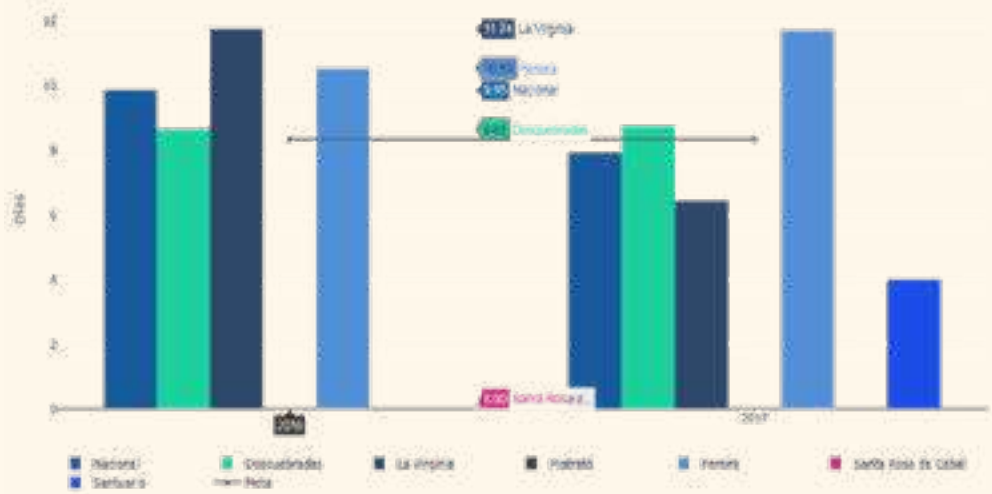
Gráfico 253. Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

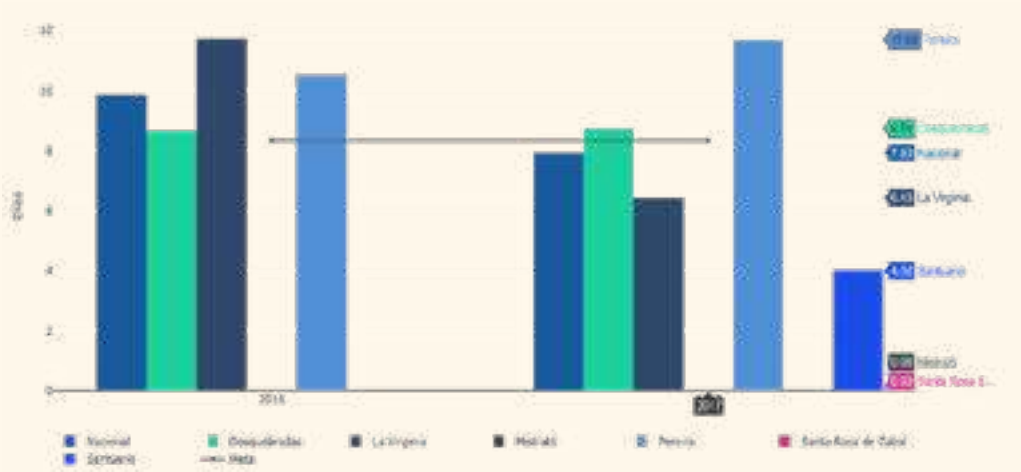
Gráfico 254. Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 255. Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Nota: la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx

AT1.3.2 Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la asignación de citas de imágenes diagnósticas, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

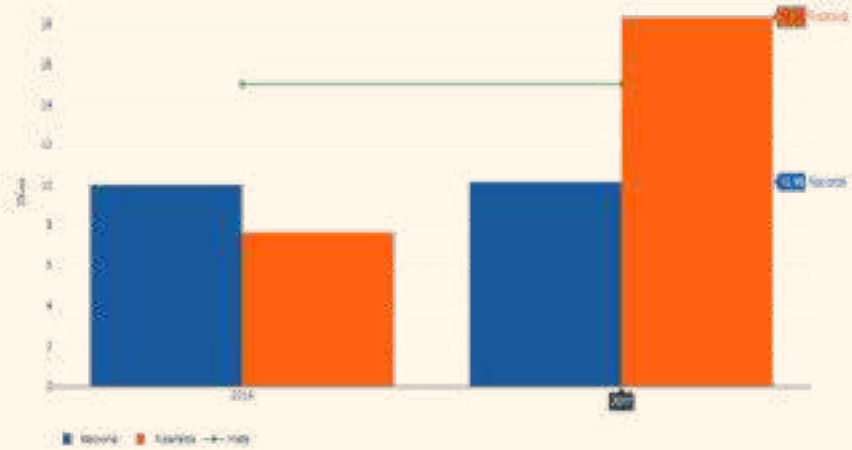
- En el Gráfico 256, se observa que a nivel nacional el tiempo promedio de espera para la toma de resonancia se encontró en 2016 en 10,01 días y en el 2017 en 10,16 días, con poca variabilidad en los valores del indicador y una tendencia estable en el comportamiento de este. Criterio de referencia: menor o igual a 15 días - Circular 056 de 2009 (SNS).

- Según el reporte de los indicadores por parte de los prestadores para el monitoreo de la calidad en salud especificados en la normatividad vigente, se mostró que para el departamento de Risaralda el tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética en los dos (2) períodos de medición y monitoreo 2016 y 2017 se estimó en 7,65 días y 18,32 días respectivamente, afectándose este último año por el resultado del primer semestre con un promedio de 21,44 días y, por tanto, un regular desempeño del indicador frente al criterio de referencia.

- En la desagregación por municipio y por el nivel de complejidad del servicio de radiología e imágenes diagnósticas de medicina nuclear, se encontró información reportada por tres (3) prestadores ubicados en Pereira con un desempeño bueno para el indicador en 2016 tanto en las IPS públicas como en las IPS privadas; en 2017 ocurrió un incremento en el indicador para una (1) de las dos (2) IPS privadas con 22,87 días (1er semestre) y 18,24 días (2º semestre) afectando ello su desempeño anual y, por tanto, el promedio del indicador para el departamento.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

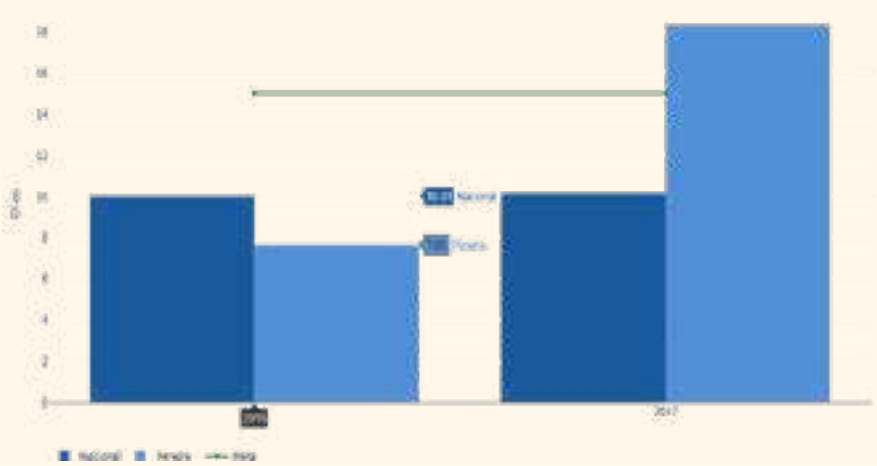
Gráfico 256. Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

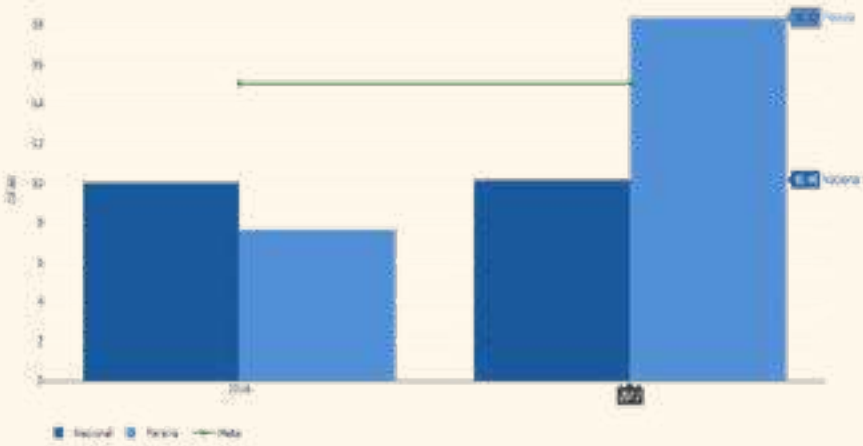
Gráfico 257. Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 258. Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 2 Tiempos de espera para urgencias

Subdominio conformado por un (1) único indicador el cual se menciona a continuación:

AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias

AT1.4.1 Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias

Indicador orientado a medir la experiencia de la atención con la medición objetiva de los tiempos de espera para la atención en el servicio de urgencias, desde la perspectiva de accesibilidad, suficiencia institucional y capacidad resolutiva de los procesos de atención de los prestadores.

Resultados

- Con los datos publicados por parte del Ministerio de salud y Protección Social en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud, se obtuvo para el nivel nacional un tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias de 115,88 minutos en 2016, y 92,23 minutos en el 2017, con regular desempeño para los dos (2) períodos observados. Criterio de referencia: menor o igual a 30 minutos - Resolución 5596 de 2015.

- El tiempo promedio de espera en el departamento de Risaralda para los dos (2) períodos observados 2016 y 2017, se encontró en 77,87 y 216,93 minutos, respectivamente, en el segundo año casi se triplicó el resultado frente al promedio de 2016, aumentando así la distancia frente al criterio de referencia nacional mencionado en la Resolución 5596 de 2015 y respecto al promedio nacional.

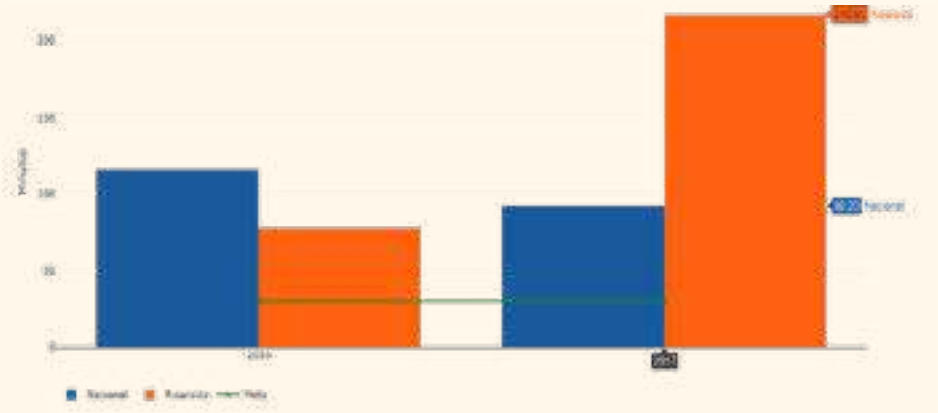
- Según el reporte de los indicadores por parte de los prestadores para el monitoreo de la calidad en la desagregación por municipio, se observó en 2016 que cinco (5) de los catorce (14) municipios del departamento Guática, Marsella, Apía, Santa Rosa de Cabal y La Celia presentaron tiempos promedios de espera dentro de la meta nacional definida de 30 minutos; en el resto de municipios se encontraron promedios por fuera del criterio de referencia con valores que oscilaron entre un valor máximo

de 2127,98 minutos y un mínimo de 55,59 minutos. Llama la atención los valores extremos en los municipios de Quinchía y Mistrató que distan significativamente del criterio de referencia.

- En 2017, Marsella, Guática y Apía continuaron con un buen desempeño del indicador frente al criterio de referencia nacional; Quinchía continuó con el tiempo promedio más alto dentro de los municipios de Risaralda con 7071,85 minutos y le sigue Santuario con 6555,93 minutos, es importante revisar en este aspecto la calidad de los datos reportados por los prestadores, dados los resultados obtenidos y la distancia importante frente a los promedios del resto de municipios.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

Gráfico 259. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

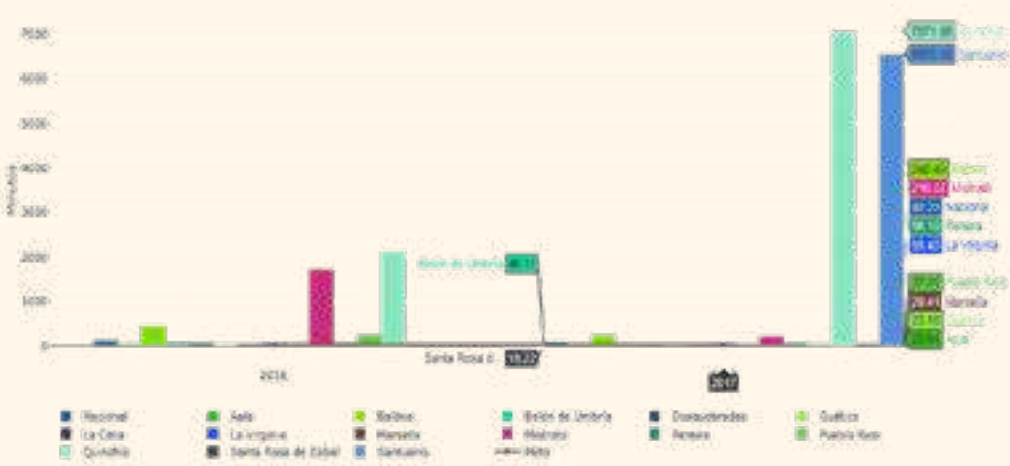
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 260. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias 2016 – municipios de Risaralda

Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 261. Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como triage 2 en el servicio de urgencias 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Subdominio 1 Evaluación global de la experiencia de la atención

Batería de indicadores cuantitativos cuya finalidad es generar, monitorear y difundir información sobre la experiencia de la atención del paciente basados en mediciones de percepción como resultado de la vivencia de los pacientes frente a la calidad de la atención en salud.

Subdominio 2 Satisfacción IPS

Subdominio que colecciona dos (2) indicadores:

AT2.1.1 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

AT2.1.1 Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS

Indicador orientado a medir el resultado de la experiencia de la atención del paciente basado en mediciones de percepción como resultado de la vivencia de los pacientes frente a la calidad de la atención en salud.

Resultados

- Se observó que, dentro de los datos reportados por los prestadores, se obtuvo a nivel nacional una proporción de satisfacción global de los usuarios de las instituciones del 91,46% en 2016 y del 95,14% en el 2017, con una tendencia a la mejoría en el comportamiento del indicador. Criterio de referencia: mayor o igual al 80% - Resolución 256 de 2016.

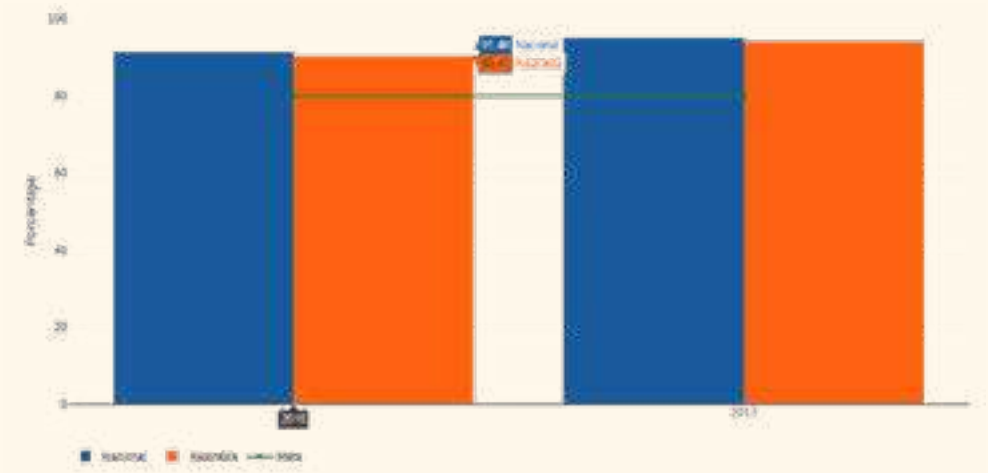
- Para el departamento, se presentó una tendencia estable del indicador e importante variabilidad entre período y período de medición con resultados promedios en Risaralda del 90,41% en 2016 y 94,15% en el 2017; se observó un crecimiento del indicador departamental casi a la par del nivel nacional con un buen desempeño frente a la línea base mencionada en la Resolución 256 de 2016.

- En cuanto a los resultados municipales y de acuerdo al reporte de información de los prestadores, en 2016 se muestra en el Gráfico 263 que doce (12) de los catorce (14) municipios de Risaralda presentaron proporciones de satisfacción global con valores que oscilaron entre un máximo de 99,15% (La Virginia) y un mínimo de 85,45% (Quinchía); a nivel general, un buen desempeño para las IPS públicas y privadas. Llama la atención Belén de Umbría y Marsella con cero (0) datos para el numerador y para el denominador.

- En 2017 (Gráfico 264), se evidenció que en once (11) de los catorce (14) municipios la proporción de satisfacción global de los usuarios se ubicó por encima del criterio de referencia (80%) y seis (6) de ellos inclusive se encontraron por encima de la media nacional (95,14%); sin información para La Celia y Mistrató.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

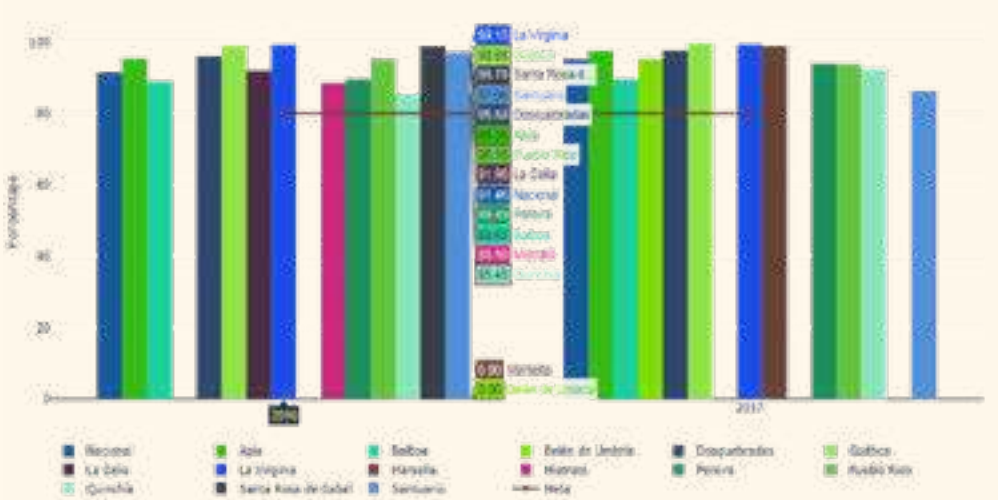
Gráfico 262. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

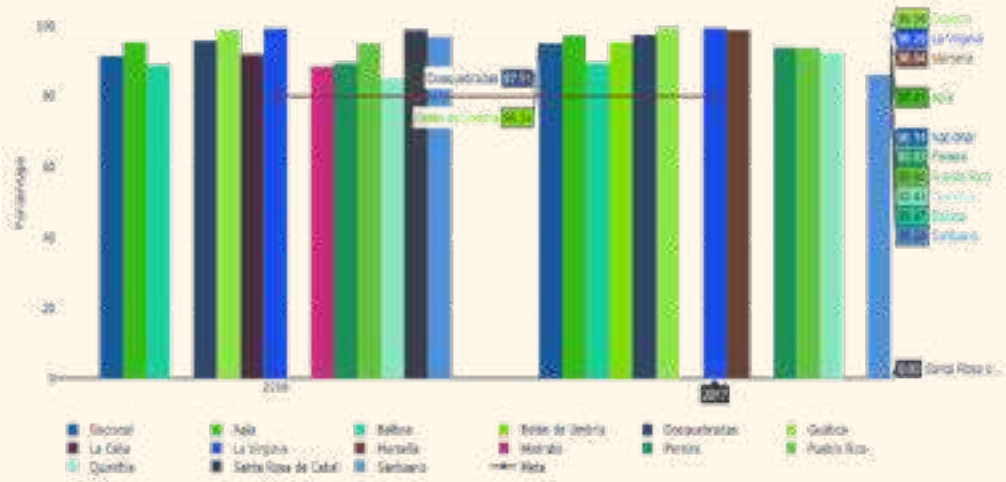
Gráfico 263. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 264. Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

AT2.1.2 Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo

Indicador orientado a medir el resultado de la experiencia de la atención del paciente basado en mediciones de percepción como resultado de la vivencia de los pacientes frente a la calidad de la atención en salud.

Resultados

- Conforme a lo mencionado en la Resolución 256 de 2016, se dio el reporte de los prestadores de servicios de salud a nivel país para una media nacional en 2016 de 93,71% y en el 2017 de 94,12%, con poca variabilidad en los valores del indicador. Criterio de referencia: mayor o igual al 88% - Resolución 256 de 2016.

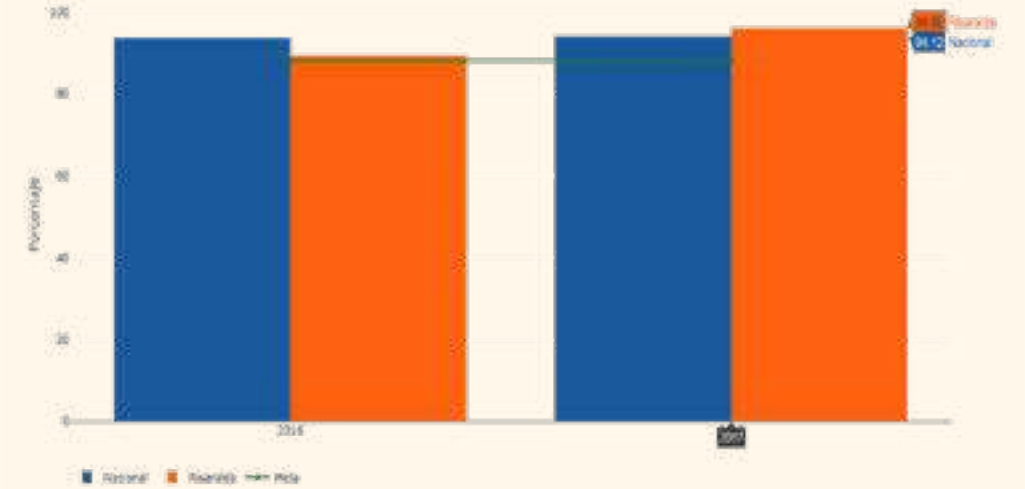
- Referente a la información para el departamento de Risaralda, la proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo presentó entre el 2016 y 2017 una tendencia incremental sostenida con una importante diferencia de 6,67 puntos porcentuales, finalizando en el último período con 96%, ello mostró un mejor desempeño de su indicador en este último período frente al promedio nacional.

- En la desagregación municipal, en 2016 se obtuvieron resultados para los catorce (14) municipios de Risaralda, con nueve (9) de ellos por encima del criterio de referencia nacional (88%) con valores que oscilaron entre un máximo del 100% y mínimo del 91,03%; en Belén de Umbría, Mistrató, Santuario y Marsella se evidenciaron proporciones en el 0%, dado los datos en cero (0) tanto en el numerador como en el denominador. Pereira, aunque no muy distante de la meta obtuvo un 87,11%.

- En 2017, once de los catorce municipios tuvieron proporciones por encima del criterio de referencia nacional, sumándose a este listado Marsella 99,69%, Belén de Umbría con 99,11%, Santuario con 97,26% y Pereira con el 95,80%, y, sin reporte de información de las IPS de La Celia, Mistrató y Santa Rosa de Cabal.

Nota: *la fuente de información para el presente indicador fue tomada de las salidas de información publicadas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social – Observatorio Nacional de calidad en salud a través del link http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx*

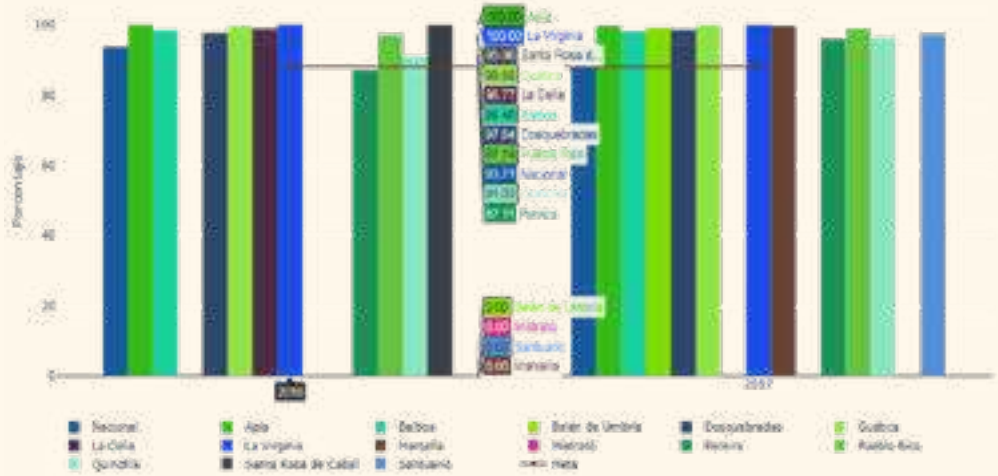
Gráfico 265. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo – nivel nacional y departamento de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

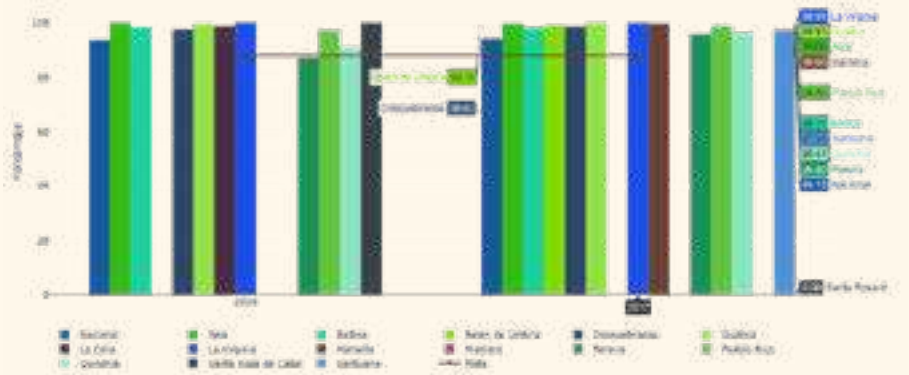
Gráfico 266. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 2016 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Gráfico 267. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 2017 – municipios de Risaralda



Fuente: Bodega de datos de SISPRO
Fuente Metodológica: Resolución 256 de 2016

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Índice OCAS

De acuerdo al desarrollo de la metodología para la construcción del índice OCAS descrita en la sección 7.2 (arriba), se presentan los resultados de este índice por subdimensión y dimensión respectivamente.

Ilustración 4. Resultados índice OCAS

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Como se muestra en la Ilustración 4, el resultado del índice OCAS para el departamento de Risaralda es del 0,67, al desglosar el índice en sus diferentes dominios de calidad se obtuvieron los siguientes resultadados: 0,59 en efectividad en la atención en salud; 0,78 en seguridad en la atención del paciente y 0,81 en experiencia de la atención del usuario.

Resultados del índice para el dominio de efectividad en la atención en salud

En esta sección se presenta el resultado del índice para del dominio de efectividad en la atención en salud desglosado por cada subdominio 1 y subdominio 2.

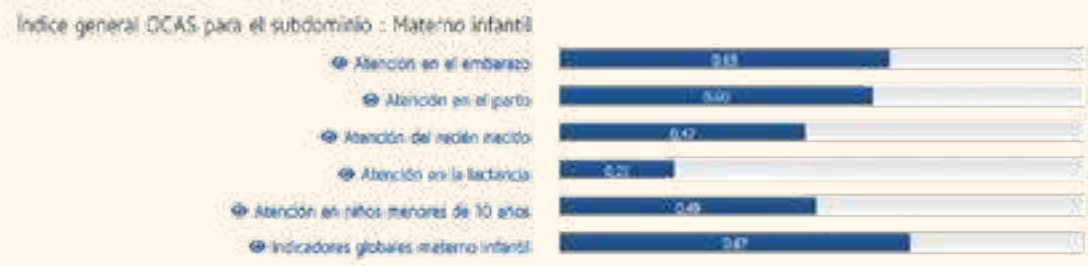
En la Ilustración 5 se muestra el resultado del índice desagregado por subdominio 1 del dominio de efectividad en la atención en salud, en donde se puede evidenciar que el subdominio enfermedad crónica transmisible tiene el menor desempeño con un índice de 0,19 le sigue materno infantil con un índice de 0,57 y enfermedades no trasmisibles con un índice de 0,55.

Ilustración 5. Resultado índice OCAS para el dominio de efectividad por subdominio 1

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

En la Ilustración 6 se muestra el resultado del índice desagregado por subdominio 2 para el subdominio 1 Maternoinfantil del dominio de efectividad en la atención en salud, en donde se puede evidenciar que el subdominio atención en la lactancia es el que presenta el menor desempeño con un índice de 0,22, le sigue atención del recién nacido con un índice de 0,47 y atención en menores de 10 años con un índice de 0,49.

Ilustración 6. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Maternoinfantil



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

En la Ilustración 7 se observa el subdominio enfermedad crónica transmisible con un índice de 0,19.

Ilustración 7. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Enfermedad crónica transmisible

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

En la Ilustración 8 se muestra que el subdominio EPOC tiene un menor desempeño con un índice de 0,00, le sigue cáncer de próstata con un índice de 0,07.

Ilustración 8. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Enfermedades no transmisibles

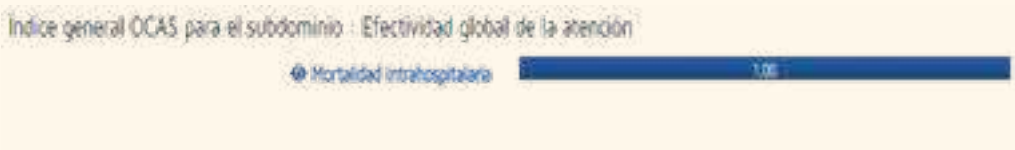
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

En la Ilustración 9 se muestra que el subdominio malaria complicada tiene un menor desempeño con un índice de 0,56.

Ilustración 9. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Enfermedades transmitidas por vectores

Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Ilustración 10. Resultado índice para el subdominio 2 del subdominio 1 Efectividad global de la atención



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Ilustración 11. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Admisiones evitables en hospitales

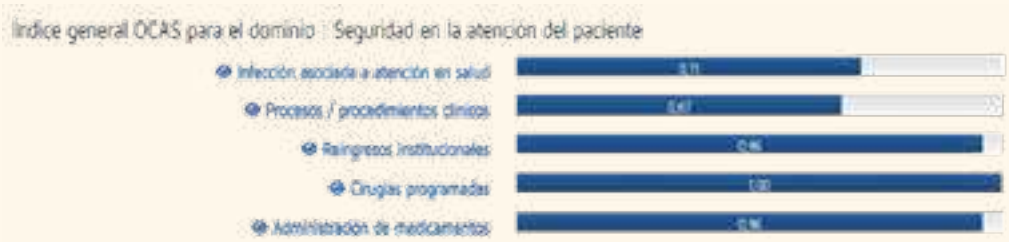
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Resultados del índice para el dominio de seguridad en la atención del paciente

En esta sección se presenta el resultado del índice para del dominio de seguridad en la atención del paciente desglosado por cada subdominio 1 y subdominio 2.

En la Ilustración 12 se muestra el resultado del índice OCAS para el dominio de seguridad en la atención del paciente por subdominio 1, en donde el subdominio procesos o procedimientos clínicos tiene menor desempeño, con un índice de 0,67 y le sigue infección asociada a atención en salud con el 0,71.

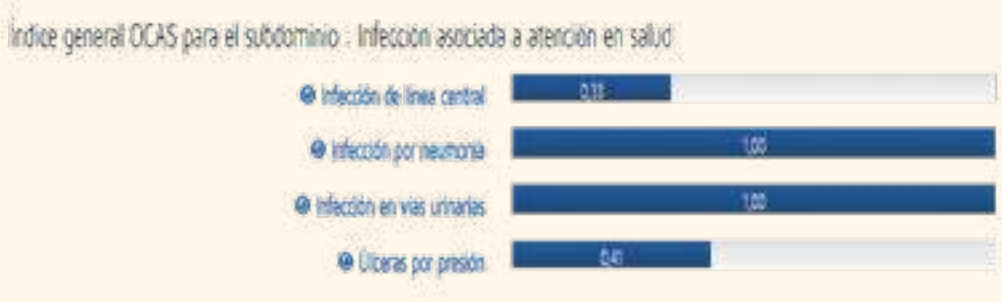
Ilustración 12. Resultado índice OCAS para el dominio de seguridad en la atención del paciente por subdominio 1



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

La ilustración 13 muestra que el subdominio 2 que tiene menor desempeño es el de infección de línea central con un índice de 0,33 y le sigue úlceras por presión con un índice de 0,41.

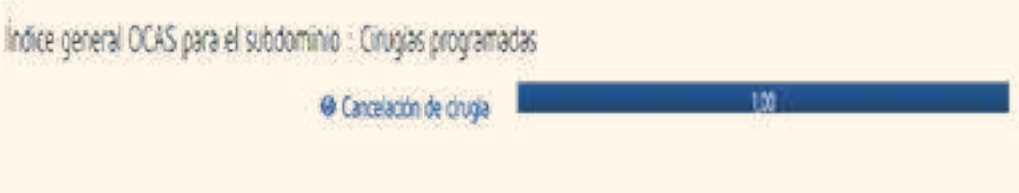
Ilustración 13. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Infección asociada a atención en salud



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

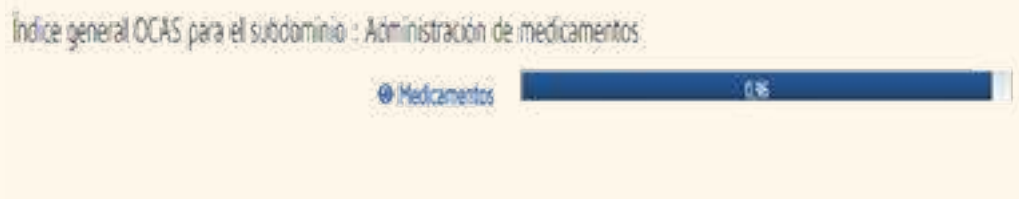
El subdominio 2, quirúrgicos, tuvo un desempeño con un índice de 0,0 como se observa en la Ilustración 14.

Ilustración 16. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Cirugías programadas



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Ilustración 17. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Administración de medicamentos



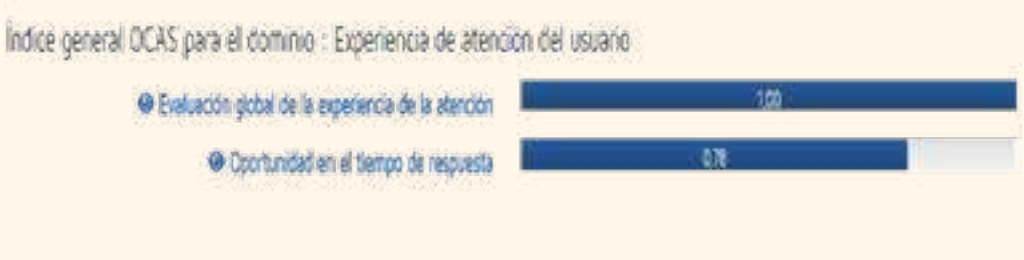
Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Resultados del índice para el dominio de experiencia de atención del usuario

En esta sección se presenta el resultado del índice para el dominio de experiencia de atención del usuario desglosado por cada subdominio 1 y subdominio 2.

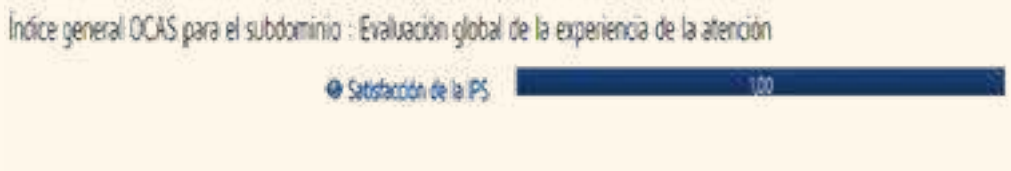
En la Ilustración 18 se observa que el índice para el subdominio 2 Oportunidad en el tiempo de respuesta tiene un índice de desempeño de 0,78.

Ilustración 18. Resultado índice OCAS para el dominio de experiencia de atención del usuario por subdominio 1



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

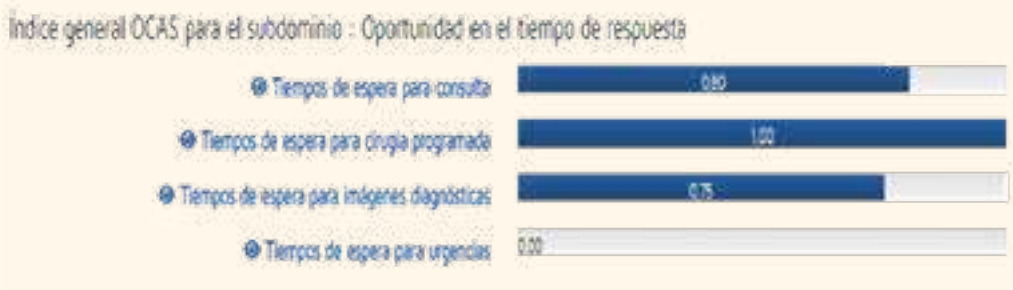
Ilustración 19. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Evaluación global de la experiencia de la atención



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

El índice con menor desempeño es el subdominio 2 tiempo de espera para urgencias y le sigue tiempo de espera para imágenes diagnósticas con un índice de 0,75 como se observa en la Ilustración 20.

Ilustración 20. Resultado índice para los subdominios 2 del subdominio 1 Oportunidad en el tiempo de respuesta



Fuente: Observatorio de Calidad de la Atención en Salud departamento de Risaralda – OCAS

Encuesta de percepción de la calidad en la atención en salud

A continuación se presentan los resultados de acuerdo a las características demográficas de los usuarios y a las tres dimensiones de calidad: efectividad de la atención en salud, seguridad en la atención del paciente y experiencia de atención del usuario.

Perfil del usuario

La experiencia de los usuarios de los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización prestados por las IPS públicas y privadas encuestados se ve influenciada por las condiciones propias del usuario como el género, la edad, la etnia o por aspectos socioeconómicos como el nivel de educación, la ocupación, el estrato de residencia, el municipio de residencia y el régimen de afiliación, los cuales pueden afectar las expectativas y percepciones que tienen los usuarios sobre los servicios de salud.

A continuación, se describen las principales características demográficas de los usuarios de Risaralda que son atendidos en las IPS públicas y privadas del departamento.

Características demográficas

El total de usuarios atendidos en el departamento de Risaralda fue de 508.388, de los cuales el 38,4% son hombres y 61,6% son mujeres. Se evidenció que las mujeres presentan mayor frecuencia en el uso de los servicios de salud que los hombres, este resultado es concordante con otras mediciones de la percepción de la calidad.

En cuanto a la distribución por servicios, el 88,4% de los usuarios atendidos correspondió al servicio de consulta externa y en menor porcentaje al servicio de urgencias con el 1,6% (Ver Gráfico 268).

Gráfico 268. Distribución de los usuarios atendidos por servicios

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Con respecto a la distribución de usuarios atendidos por sexo, no se encontró una diferencia significativa en cada uno de los servicios, como se presenta en el Gráfico 269.

Gráfico 269. Distribución de los usuarios atendidos por servicios por sexo

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por grupo etario

En la estructura por grupos de edades se observó que el 43,1% de los usuarios atendidos pertenecen a la edad de 36 a 59 años, esto indica que los servicios de salud fueron más utilizados por personas mayores de 36 años, como se presenta en el Gráfico 270.

Gráfico 270. Distribución de usuarios atendidos por grupo de edad

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

De acuerdo a la distribución de usuarios atendidos por servicios, se observó que la población mayor de 59 años es la que más utiliza el servicio de consulta externa, en cambio en el servicio de urgencias los usuarios atendidos están en el rango de edad de 18 a 35 con el 17,7%. Para el servicio de urgencias no se presenta ninguna diferencia significativa para los tres grupos de edad. Ver Gráfico 271.

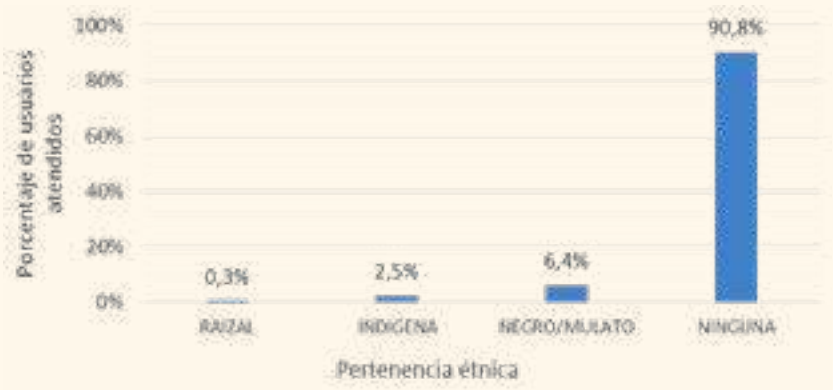
Gráfico 271. Distribución de usuarios atendidos por grupo de edad y servicios

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por etnia

Como se puede observar en el Gráfico 272, solamente el 6,4% de los usuarios atendidos se identifican según su pertenencia étnica como negro o mulato, el 2,5% como indígena y el 0,3% como raizal. Esto evidenció que esta población utiliza con baja frecuencia los servicios de salud del departamento de Risaralda.

Gráfico 272. Distribución de usuarios atendidos por etnia

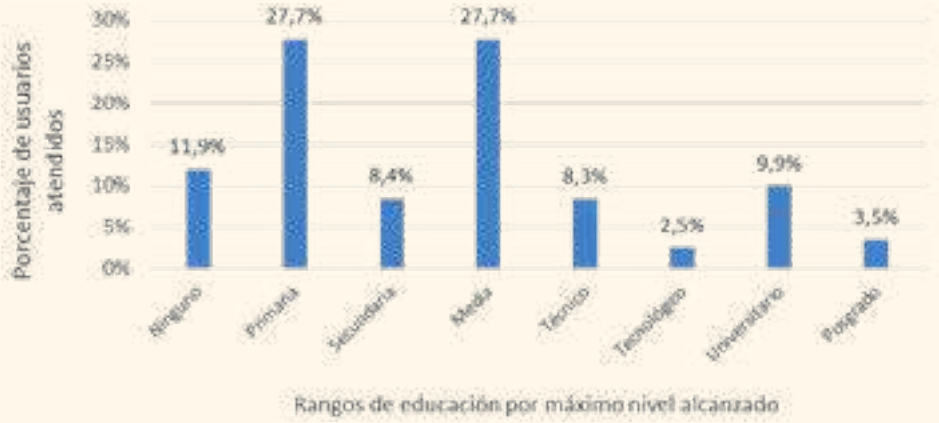


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por máximo nivel educativo alcanzado

En el Gráfico 273 se ilustra la distribución de usuarios atendidos por logro educativo. Los niveles predominantes son la educación primaria y media (27,7%), seguida por ningún nivel educativo con el 11,9%.

Gráfico 273. Distribución de usuarios atendidos por máximo nivel educativo alcanzado



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

En cuanto a los usuarios atendidos por máximo nivel educativo alcanzado por grupo de edad, en el Gráfico 274 se ilustra que el grupo de 18 a 35 años es el que mayor prevalece en el nivel educativo bachiller (53,2%), en primaria predomina el grupo de edad, mayores de 59 años (40,9%).

Gráfico 274. Distribución de usuarios atendidos por máximo nivel educativo alcanzado por grupo de edad

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por ocupación

El 31,8% de los usuarios atendidos en las instituciones de salud su ocupación es hogar, el 28,7% son empleados y el 18,6% son independientes. Ver Gráfico 275.

Gráfico 275. Distribución de usuarios atendidos por ocupación

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por estrato socioeconómico

Con respecto a la distribución de usuarios atendidos por estrato socioeconómico, el 33,3% correspondió al estrato 2, le siguió el estrato 1 con el 25,4% y el estrato 3 con el 21,2% como se observa en el Gráfico 276.

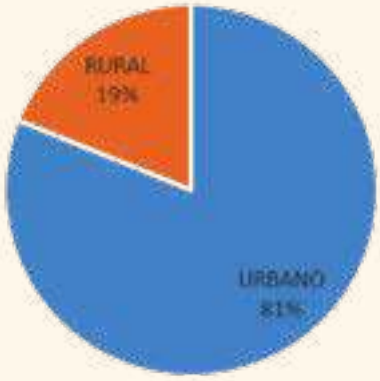
Gráfico 276. Distribución de usuarios atendidos por estrato socioeconómico

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por área de residencia

El 81% de los usuarios atendidos por área de residencia son urbanos como se muestra en el Gráfico 277.

Gráfico 277. Distribución de usuarios atendidos por área de residencia

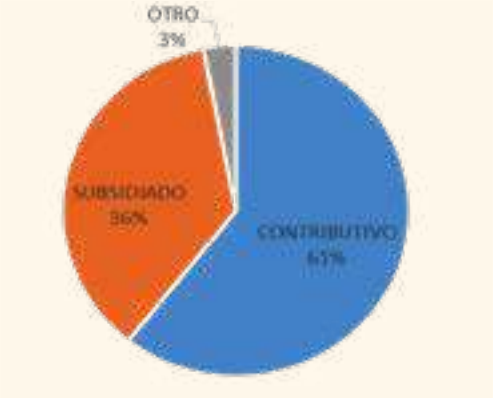


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por régimen de afiliación

Con respecto al régimen de afiliación, el 61% de los usuarios atendidos pertenecen al régimen contributivo (Ver Gráfico 278).

Gráfico 278. Distribución de usuarios atendidos por afiliación

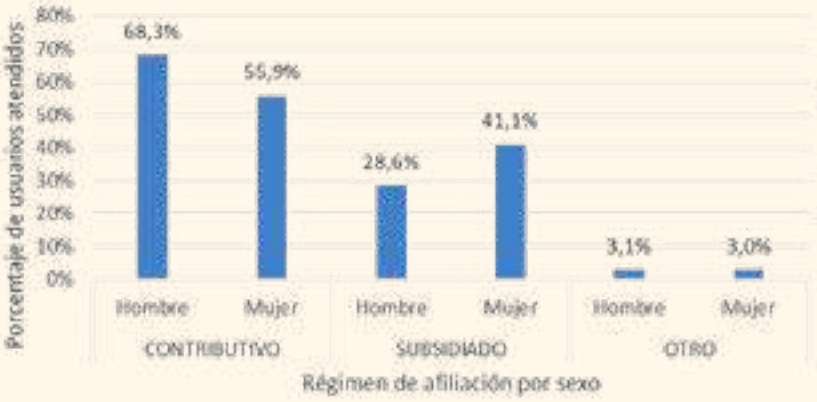


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución Régimen de afiliación por sexo

De acuerdo a la distribución de los usuarios atendidos por régimen de afiliación por sexo, se puede observar que consultan más los hombres en el régimen contributivo (68,3%) en contraste con el régimen subsidiado en donde más consultan las mujeres (41,1%). Ver Gráfico 279

Gráfico 279. Distribución de usuarios atendidos por régimen de afiliación por sexo



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución por régimen de afiliación por grupo etario

En cuanto a la distribución por grupos de edad, sexo y régimen de afiliación el Gráfico 280 ilustra que no hay diferencia significativa entre los grupos de edad que consultan a los servicios por régimen de afiliación.

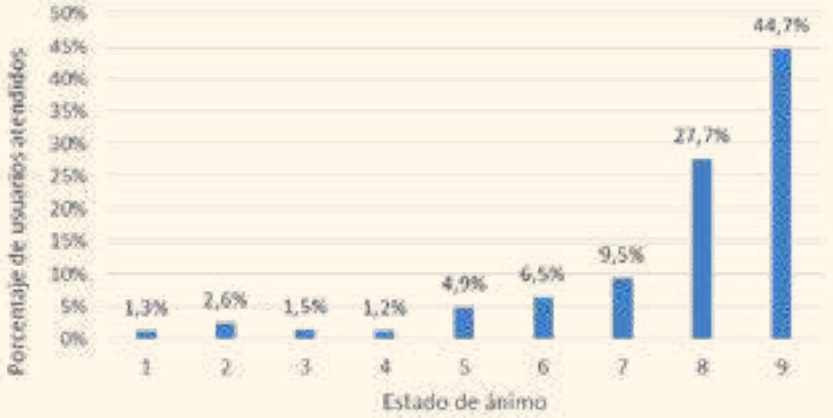
Gráfico 280. Distribución de usuarios atendidos por régimen de afiliación por grupo etario

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución de acuerdo al estado de ánimo

En la distribución del estado de ánimo de los usuarios atendidos por las instituciones de salud del departamento de Risaralda, el 81,9% reportó calificación7, 8 y 9, como se puede observar en el Gráfico 281.

Gráfico 281. Distribución de usuarios atendidos de acuerdo al estado de ánimo

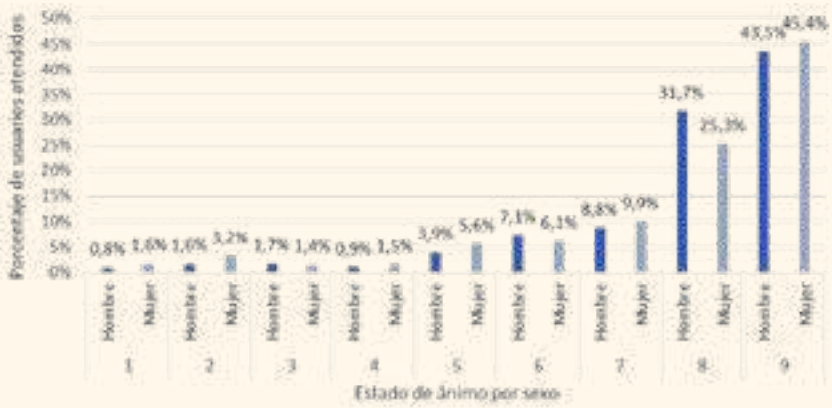


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución de acuerdo al estado de ánimo por sexo

En el Gráfico 282 se puede observar que el 84% de los hombres son más felices que las mujeres con el 80,6%, (calificación 7,8 y 9).

Gráfico 282. Distribución de usuarios atendidos de acuerdo al estado de ánimo por sexo



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de tutelas o quejas para la prestación del servicio

Solamente el 1% de los usuarios atendidos han requerido de tutelas o quejas para la prestación del servicio. (Ver Gráfico 283).

Gráfico 283. Porcentaje de tutelas o quejas para la prestación del servicio

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Efectividad de la atención en salud

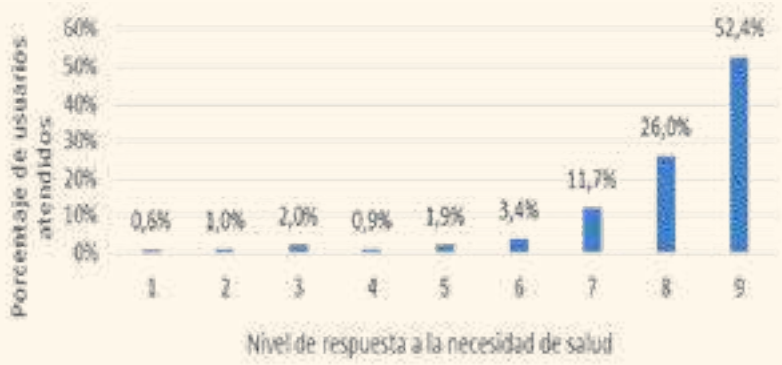
Esta dimensión hace referencia a que el paciente perciba que la IPS tenga capacidad real de proveer soluciones a las necesidades de atención por la cual solicita el servicio.

A continuación se describen los resultados de acuerdo a la escala de Likert que refleja desde la percepción negativa, calificación (1), hasta la percepción positiva, calificación (9), con un punto central de neutralidad de la percepción, calificación (5).

Proporción de usuarios atendidos que percibieron que el diagnóstico dado por el médico dio respuesta a la necesidad de salud (c-1)

El 52,4% de los usuarios atendidos percibió que el diagnóstico dado por el médico dio totalmente respuesta a la necesidad de salud y el 37,7% percibió que el tratamiento fue el adecuado, como se ilustra en el Gráfico 284

Gráfico 284. Proporción de usuarios atendidos que percibieron que el diagnóstico dado por el médico dio respuesta a la necesidad de salud

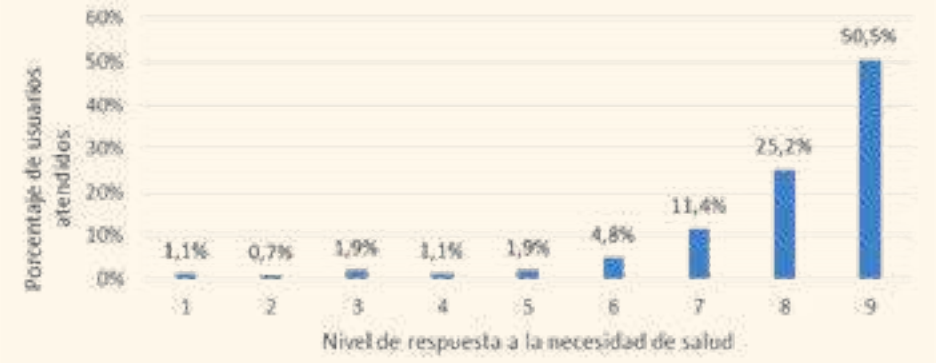


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que el tratamiento recibido dio respuesta a la necesidad de salud (c-2)

El 50,5% de los usuarios atendidos percibieron que el tratamiento recibido dio totalmente respuesta a la necesidad de salud y el 36,6% de los usuarios percibieron que el tratamiento fue el adecuado, como se muestra en el Gráfico 285.

Gráfico 285. Proporción de usuarios que percibieron que el tratamiento recibido dio respuesta a la necesidad de salud



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Efectividad global

Se refiere a la percepción global de la capacidad para lograr resolver problemas a los usuarios.

Proporción de usuarios que percibieron que se solucionó su necesidad de salud por la cual consultó c-3

El 46,8% de los usuarios atendidos percibió que se solucionó totalmente su necesidad de salud por la cual consultaron y el 38,5% percibió que se solucionó adecuadamente. (Ver Gráfico 286).

Gráfico 286. Proporción de usuarios que percibieron que se solución su necesidad de salud por la cual consultó

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Seguridad del paciente

De acuerdo con INCAS 2009, hace referencia a la percepción que tienen los usuarios sobre la IPS, en cuanto que es un lugar seguro, en donde el servicio que le van a prestar, no le va a generar daños adicionales, a los problemas por los que consultó. Corresponde al conocimiento del servicio prestado así como su habilidad para transmitir confianza al cliente, al conocimiento de los funcionarios de la IPS y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza. Incluye también la capacidad del personal diferente a los médicos de trabajar en equipo, que poseen las habilidades, conocimientos y experiencia necesarios. Asimismo, se mide la credibilidad de la IPS: si los funcionarios son confiables y quieren realmente ayudar a los usuarios. Finalmente en seguridad, son los servicios realizados sin peligro, sin riesgo, ni duda y respetando la confidencialidad.

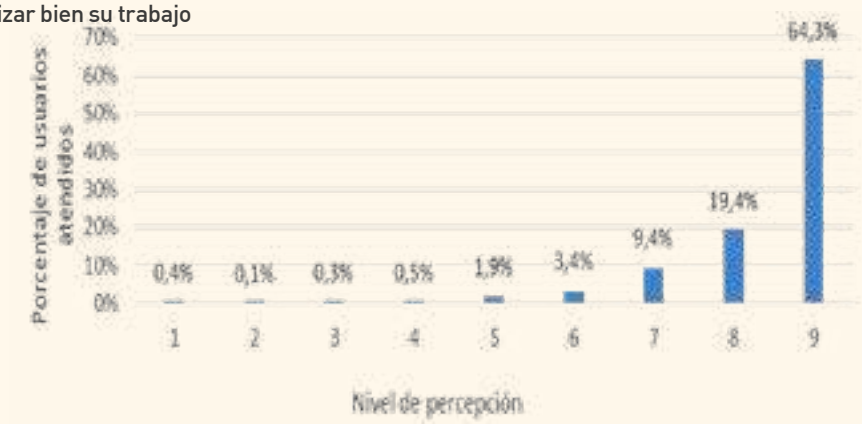
Riesgos humanos

Se refieren a la percepción que tienen los usuarios sobre la seguridad a partir de la confianza en las personas que proveen el servicio al paciente.

Proporción de usuarios que percibieron que los médicos cuentan con el conocimiento apropiado para realizar bien su trabajo (d-1)

El 64,3% de los usuarios atendidos percibió que los médicos cuentan con todo el conocimiento apropiado para realizar bien su trabajo como se ilustra en el Gráfico 287. En total, el 93,1% de los usuarios percibió que los médicos cuentan con el conocimiento apropiado.

Gráfico 287. Proporción de usuarios que percibieron que los médicos cuentan con el conocimiento apropiado para realizar bien su trabajo

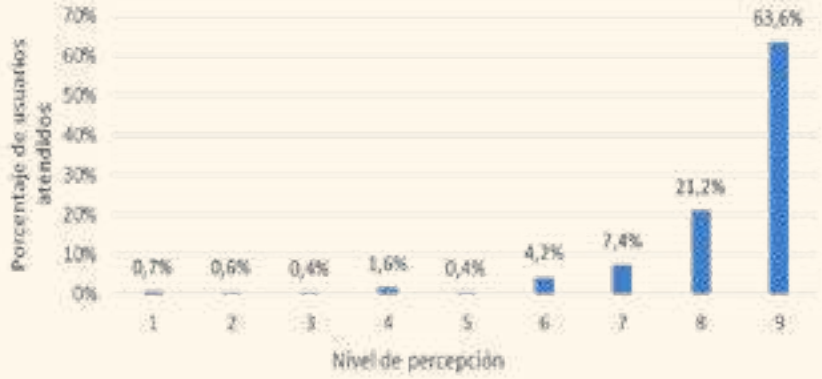


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que los médicos les transmitieron confianza durante la atención recibida (d-2)

El 92,2% de los usuarios percibió que los médicos les trasmitió confianza durante la atención recibida (Respuestas 7,8 y 9, esta última siendo total confianza). (Ver Gráfico 288).

Gráfico 288. Proporción de usuarios que percibieron que los médicos le transmitieron confianza durante la atención recibida

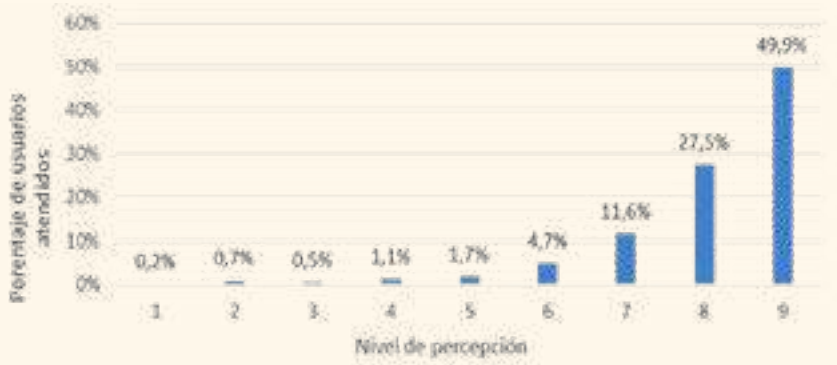


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que las respuestas a sus preguntas por el personal diferente a los médicos fueron apropiadas (d-3)

El 89% de los usuarios percibió que las respuestas a sus preguntas por el personal diferente a los médicos fueron apropiadas como se puede observar en el Gráfico 289.

Gráfico 289. Proporción de usuarios que percibieron que las respuestas a sus preguntas por el personal diferente a los médicos fueron apropiadas

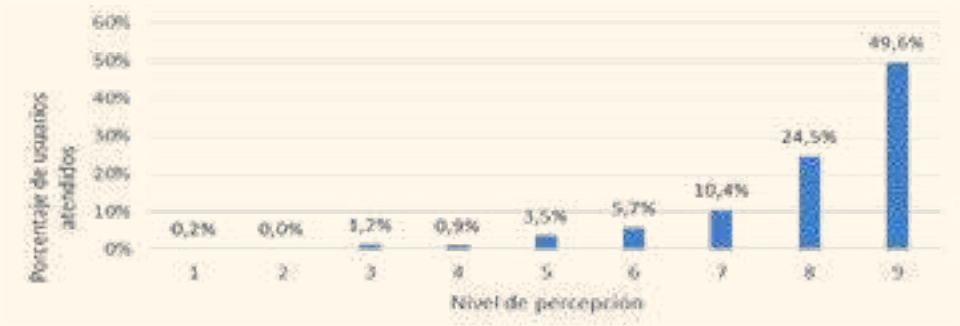


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron colaboración y trabajo en equipo por parte del personal de la institución (d-4)

El 84,5% de los usuarios atendidos percibió colaboración y trabajo en equipo por parte del personal de la institución.

Gráfico 290. Proporción de usuarios que percibieron colaboración y trabajo en equipo por parte del personal de la institución



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

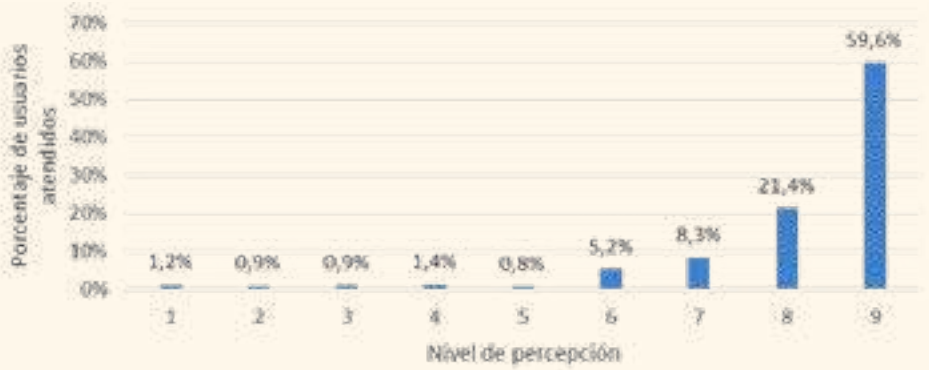
Riesgos físicos

Es la percepción de los usuarios sobre la confianza en los recursos físicos (equipos, planta física y suministros utilizados) de la IPS que les genera seguridad.

Proporción de usuarios que sintieron que los equipos, mobiliario e instalaciones de la institución durante la prestación del servicio le pudieron causar algún daño (d-5)

El 8,3% de los usuarios sintió que los equipos, mobiliario e instalaciones de la institución durante la prestación del servicio no le pudieron causar algún daño. (Ver Gráfico 291)

Gráfico 291. Proporción de usuarios que sintieron que los equipos, mobiliario e instalaciones de la institución durante la prestación del servicio le pudieron causar algún daño



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Riesgo global

Es la percepción general de confianza en la seguridad de los servicios prestados

Proporción de usuarios que percibieron que en su proceso de atención se cometió algún tipo de error (d-6)

Solamente el 5% de los usuarios atendidos percibió que en su proceso de atención se cometió algún tipo de error. (Ver Gráfico 292).

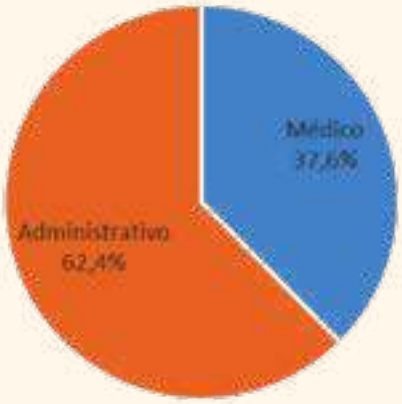
Gráfico 292. Proporción de usuarios que percibieron que en su proceso de atención se cometió algún tipo de error

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje por tipo de error cometido d-7

El 62,4% de los errores son de tipo administrativo y el 37,6% médicos (Gráfico 293).

Gráfico 293. Porcentaje por tipo de error cometido



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de usuarios informados por el tipo de error que se cometió (d-8)

El 99,8% de los usuarios refirió que no fue informado por el tipo de error que se cometió, ver Tabla 80.

Tabla 80. Porcentaje de usuarios informados por el tipo de error que se cometió

Respuesta	Porcentaje general	Respuesta	Sexo	Porcentaje
Sí	0,2%	Sí	Hombre	0%
			Mujer	0,3%
No	99,8%	No	Hombre	100%
			Mujer	99,7%

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de usuarios informados oportunamente sobre el error cometido en la atención (d-9)

El 94,6% de los usuarios refirió falta de oportunidad en la información sobre el error cometido en la atención (Gráfico 294).

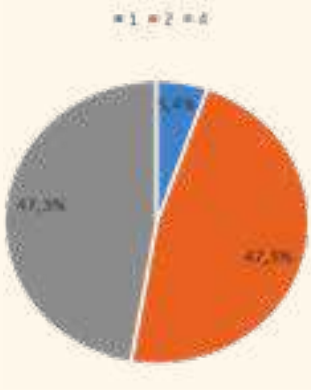
Gráfico 294. Porcentaje de usuarios informados oportunamente sobre el error cometido en la atención

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de usuarios que percibieron que se implementaron acciones por parte de la institución para excusarse y corregir el error (d-10)

El 94,6% de los usuarios refirió que no se implementaron acciones por parte de la institución para excusarse y corregir el error (Gráfico 295).

Gráfico 295. Porcentaje de usuarios que percibieron que se implementaron acciones por parte de la institución para excusarse y corregir el error

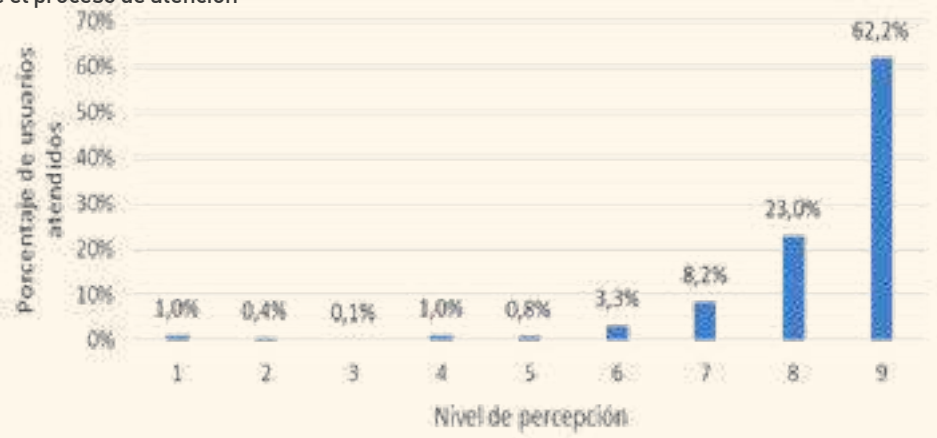


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que se puso en riesgo su integridad física o su salud durante el proceso de atención (d-11)

El 93,4% de los usuarios percibió que no se puso en riesgo su integridad física o su salud durante el proceso de atención (Gráfico 296).

Gráfico 296. Proporción de usuarios que percibieron que se puso en riesgo su integridad física o su salud durante el proceso de atención



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Gráfico 297. Proporción de usuarios que percibieron que se puso en riesgo su integridad física o su salud durante el proceso de atención por sexo

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Experiencia en la atención en salud

Corresponde a la percepción que tienen los usuarios sobre: el acceso a los servicios que sea de manera simple y rápida, a la atención oportuna, que la IPS esté dipuesta a garantizar sus derechos, que les brinden información suficiente y adecuada sobre sus problemas de salud, que reciban un trato amable, que entiendan sus necesidades y soluciones sus problemas.

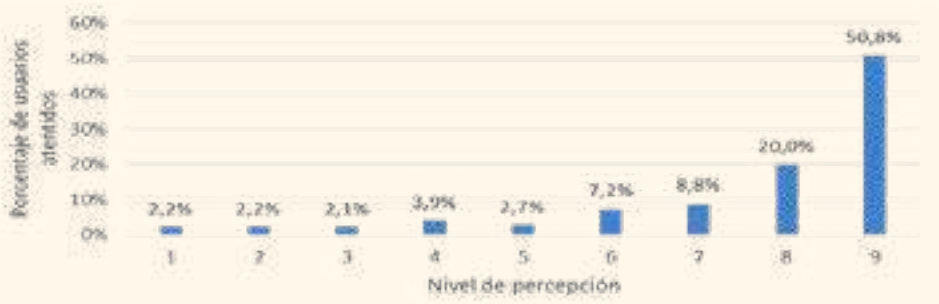
Capacidad de respuesta: oportunidad

Es la percepción que tienen los usuarios sobre la capacidad de la IPS de dar respuesta en el tiempo apropiado.

Proporción de usuarios que perciben que desde la llegada a la institución y la atención por el médico fue oportuna (e1)

El 79,6% de los usuarios atendidos percibió que desde la llegada a la institución y la atención por el médico fue oportuna (Gráfico 298).

Gráfico 298. Proporción de usuarios que perciben que desde la llegada a la institución y la atención por el médico fue oportuna

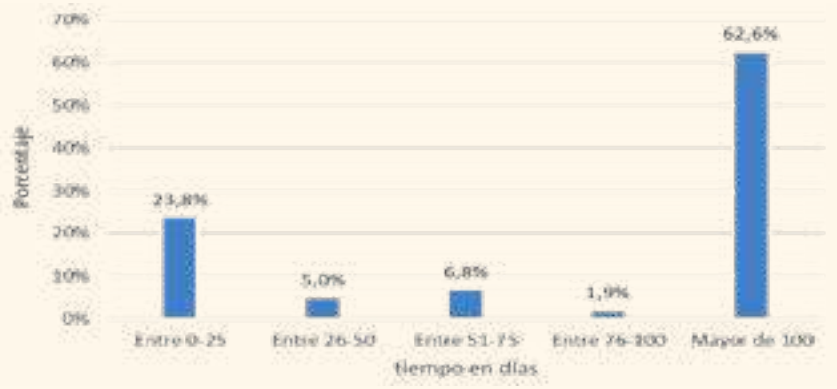


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Distribución del tiempo de espera en días para la asignación de citas de consulta externa (e-2)

El tiempo de espera para la asignación de citas de consulta externa es mayor de 100 días (62,6%) como lo ilustra el Gráfico 299.

Gráfico 299. Distribución del tiempo de espera en días para la asignación de citas de consulta externa

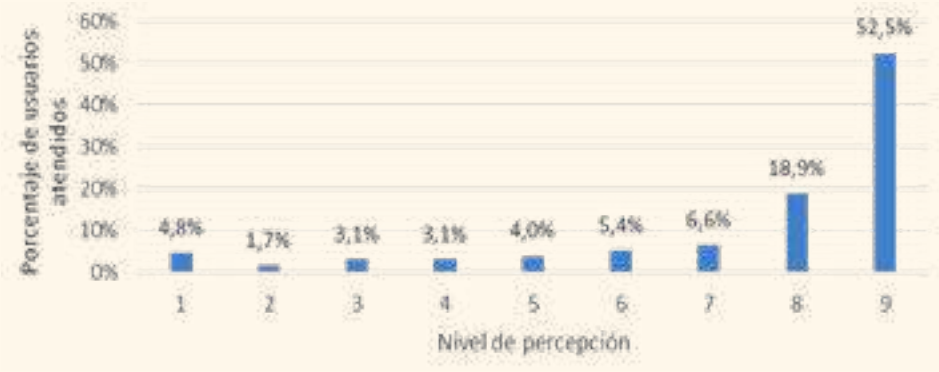


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que consideran que el tiempo transcurrido desde la solicitud de su cita hasta la asignación fue el apropiado (e-3)

El 78% de los usuarios consideró que el tiempo transcurrido desde la solicitud de su cita hasta la asignación fue el apropiado, como se muestra en el Gráfico 300.

Gráfico 300. Proporción de usuarios que consideran que el tiempo transcurrido desde la solicitud de su cita hasta la asignación fue el apropiado



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que el médico los atendió a la hora programada para la cita (e-4)

El 84,6% de los usuarios percibió que el médico lo atendió a la hora programada para la cita, como se observa en el Gráfico 301.

Gráfico 301. Proporción de usuarios que percibieron que el médico los atendió a la hora programada para la cita

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

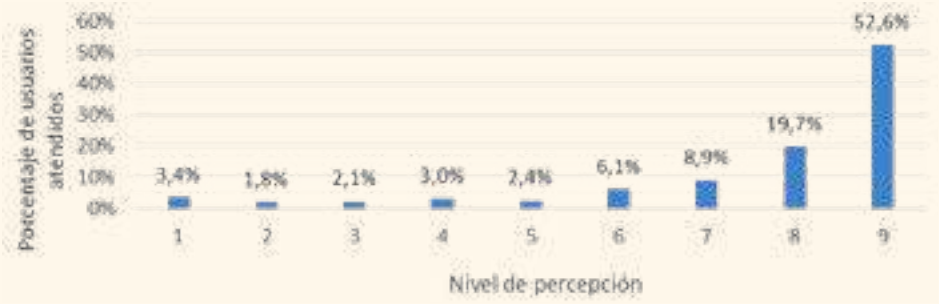
Capacidad de respuesta: acceso

Es la percepción de los usuarios sobre la capacidad de la IPS para permitir y facilitar los mecanismos necesarios para que puedan llegar a la entidad y utilizar los servicios.

Proporción de usuarios que perciben que los horarios de la institución para la atención en salud se ajustan a su disponibilidad de tiempo (e-5)

El 81,2% de los usuarios atendidos percibió que los horarios de la institución para la atención en salud se ajustan a su disponibilidad de tiempo, como se ilustra en el Gráfico 302.

Gráfico 302. Proporción de usuarios que perciben que los horarios de la institución para la atención en salud se ajustan a su disponibilidad de tiempo

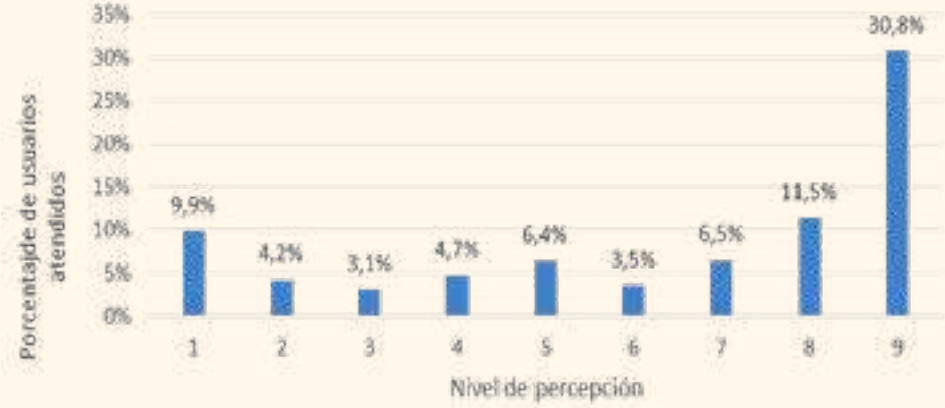


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que consideran que los medios utilizados para la asignación, diferente al presencial, facilitan el uso de los servicios de salud (e-6)

El 48,8% de los usuarios atendidos consideró que los medios utilizados para la asignación, diferente al presencial, facilitan el uso de los servicios de salud, como lo ilustra el Gráfico 303.

Gráfico 303. Proporción de usuarios que consideran que los medios utilizados para la asignación, diferente al presencial, facilitan el uso de los servicios de salud

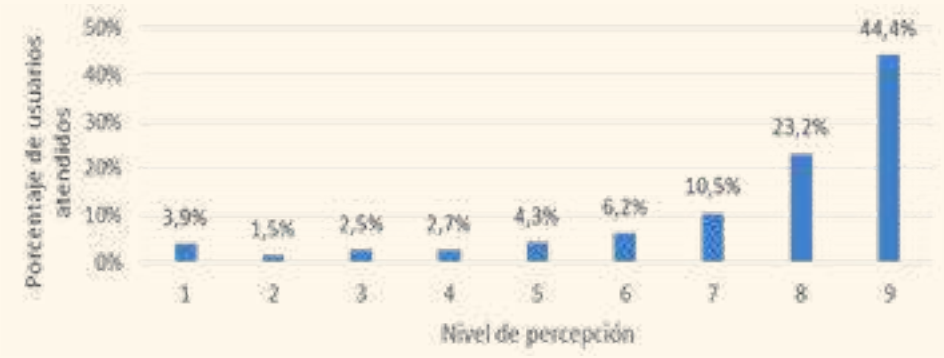


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que consideraron complicados los trámites administrativos en la institución (e-7)

En el Gráfico 304 se observa que el 78,1% de los usuarios consideró complicados los trámites administrativos en la institución.

Gráfico 304. Proporción de usuarios que consideraron complicados los trámites administrativos en la institución

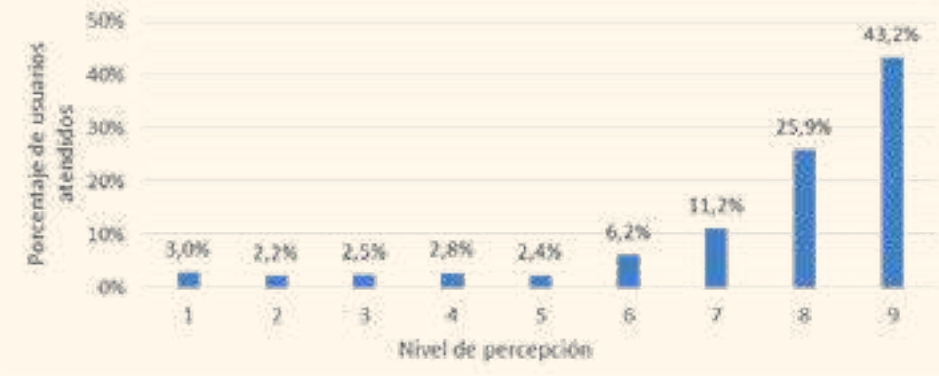


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que el tiempo en la atención recibida durante los trámites administrativos fue de forma oportuna (e-8)

El 80,3% de los usuarios percibier que el tiempo en la atención recibida durante los trámites administrativos fue de forma oportuna, como se observa en el Gráfico 305.

Gráfico 305. Proporción de usuarios que percibieron que el tiempo en la atención recibida durante los trámites administrativos fue de forma oportuna

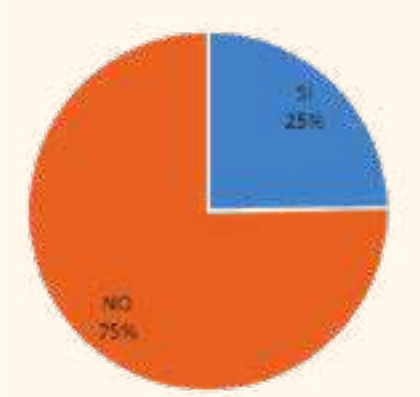


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que realizaron algún pago por los servicios recibidos en la institución (e-9)

El 25% de los de usuarios atendidos realizaron algún pago por los servicios recibidos en la institución (Gráfico 306).

Gráfico 306. Proporción de usuarios que realizaron algún pago por los servicios recibidos en la institución

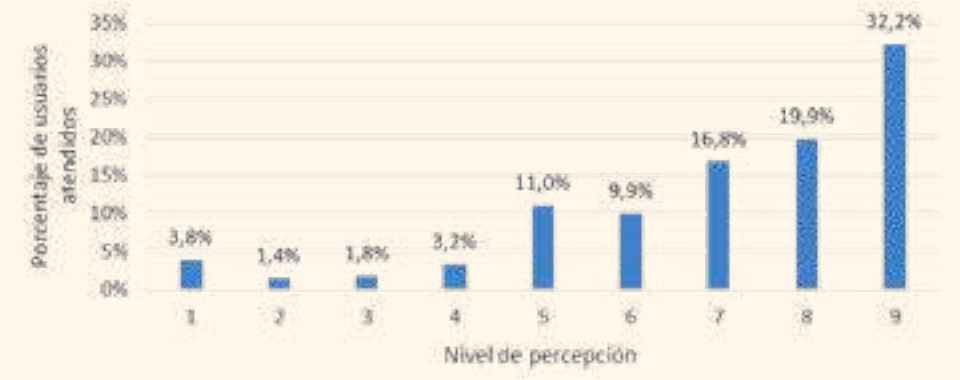


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de percepción de los usuarios del costo por el pago realizado por la prestación de servicios de salud (e-10)

El Gráfico 307 muestra que al 68,9% de los usuarios no les pareció costoso el pago realizado por la prestación de servicios de salud.

Gráfico 307. Porcentaje de percepción de los usuarios del costo por el pago realizado por la prestación de servicios de salud

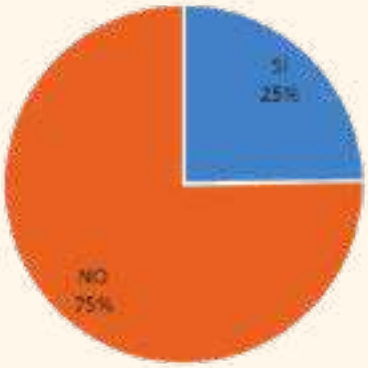


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que perciben la facilidad para llegar a la institución de salud (e-18)

El 87% de los usuarios percibió que es fácil llegar a la institución de salud (Gráfico 308).

Gráfico 308. Proporción de usuarios que perciben la facilidad para llegar a la institución de salud



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

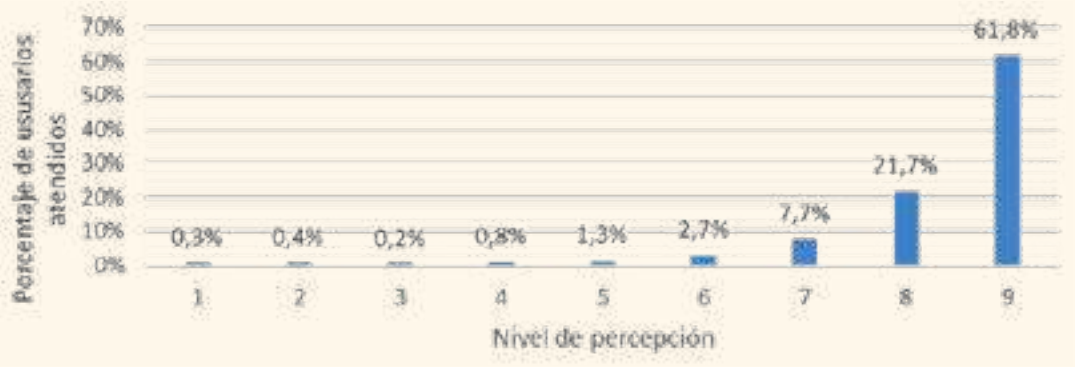
Capacidad de respuesta: derechos-equidad

Es la percepción de los usuarios sobre la capacidad de la IPS para responder de manera equitativa a sus solicitudes garantizando sus derechos.

Proporción de usuarios que sintieron que la atención ofrecida fue igual que el resto de pacientes (e-13)

En el Gráfico 309 se observa que el 91,2% de los usuarios sintió que la atención ofrecida fue igual que a la del resto de pacientes.

Gráfico 309. Proporción de usuarios que sintieron que la atención ofrecida fue igual que al resto de pacientes



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Capacidad de respuesta: información

Hace referencia a la percepción del usuario sobre la capacidad de la IPS para entregarle información necesaria a él y a su familia.

Proporción de usuarios que percibieron que la información suministrada por el médico sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico fue clara (e-11)

Gráfico 310 muestra que el 90,6% de los usuarios percibió que la información suministrada por el médico sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico fue clara.

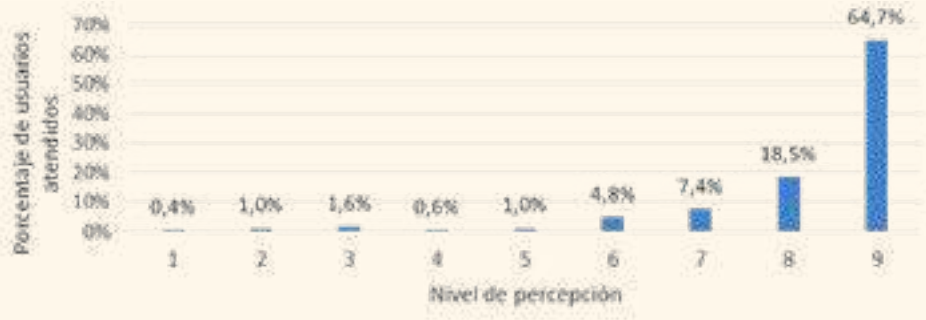
Gráfico 310. Proporción de usuarios que percibieron que la información suministrada por el médico sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico fue clara

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que percibieron que la información fue clara sobre las recomendaciones para seguir en casa (e-12)

El 90,6% de los usuarios percibió que la información fue clara sobre las recomendaciones para seguir en casa (Gráfico 311).

Gráfico 311. Proporción de usuarios que percibieron que la información fue clara sobre las recomendaciones para seguir en casa



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Capacidad de respuesta: actitud de servicio y vocación

Corresponde a la percepción de los usuarios sobre la actitud y vocación de servir por parte de los funcionarios de las IPS.

Proporción de usuarios que percibieron la disposición de los funcionarios de la institución para ayudar a los pacientes (e-14)

En el Gráfico 312 se puede observar que el 87,9% de los usuarios percibió la buena disposición de los funcionarios de la institución para ayudar a los pacientes.

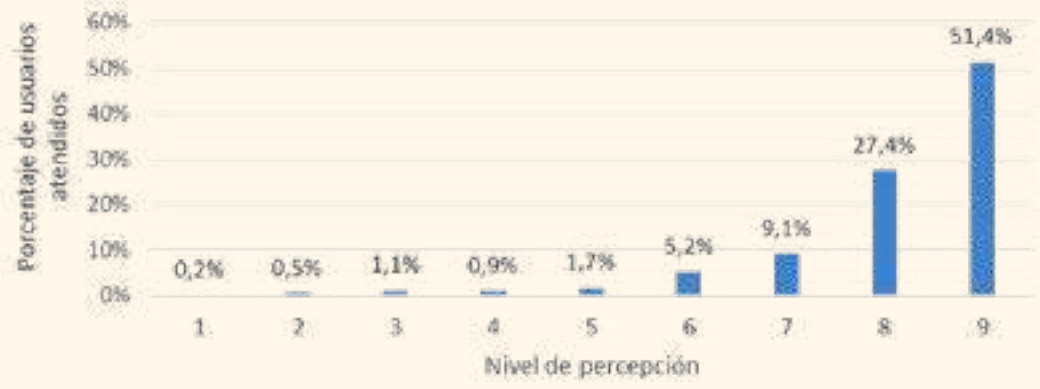
Gráfico 312. Proporción de usuarios que percibieron la disposición de los funcionarios de la institución para ayudar a los pacientes

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que sintieron que los funcionarios de la institución respondieron a sus preguntas a pesar de sus ocupaciones (e-15)

El 87,9% de los usuarios atendidos sintió que los funcionarios de la institución respondieron a sus preguntas a pesar de sus ocupaciones, como se muestra en el Gráfico 313.

Gráfico 313. Proporción de usuarios que sintieron que los funcionarios de la institución respondieron a sus preguntas a pesar de sus ocupaciones

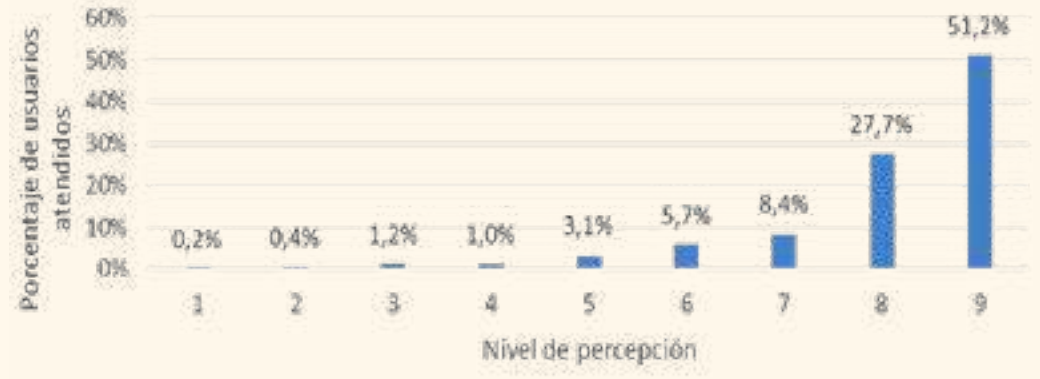


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que sintieron que el personal del hospital o institución estuvo intertesando para comprender sus necesidades y expectativas durante su atención (e-17)

El Gráfico 314 muestra que el 87,3% de los usuarios sintieron que el personal del hospital o institución estuvo interesado en comprender sus necesidades y expectativas durante el proceso de atención.

Gráfico 314. Proporción de usuarios que sintieron que el personal del hospital o institución estuvo intertesando en comprender sus necesidades y expectativas durante su atención



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

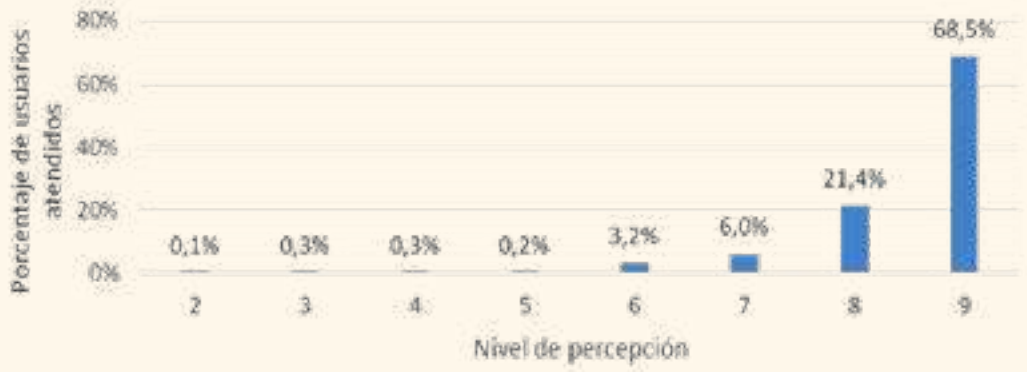
Empatía

Es la percecpción de los usuarios sobre el trato digno, respetuoso y una comunicación e interacción personal positiva por parte de los funcionarios de la IPS.

Porcentaje de percepción sobre la amabilidad y buen trato de los funcionarios de la institución (e-16)

El 91,3% de los usuarios percibió adecuada amabilidad y buen trato de los funcionarios de la institución (Gráfico 315)

Gráfico 315. Porcentaje de percepción sobre la amabilidad y buen trato de los funcionarios de la institución



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

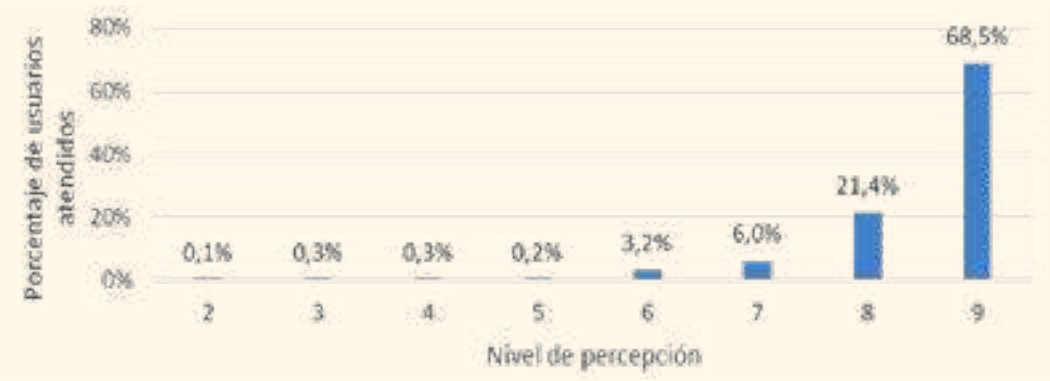
Elementos tangibles de la atención y amenidades

Es la percepción de los usuarios sobre la apariencia física de los funcionarios y las instalaciones de la IPS con ambientes pulcros y atractivos que le generen bienestar.

Porcentaje de percepción sobre la apariencia pulcra de los funcionarios de la institución (e-19)

El 95,9% de los usuarios les parece pulcra la apariencia de los funcionarios de la institución, como se muestra en el Gráfico 316.

Gráfico 316. Porcentaje de percepción sobre la apariencia pulcra de los funcionarios de la institución

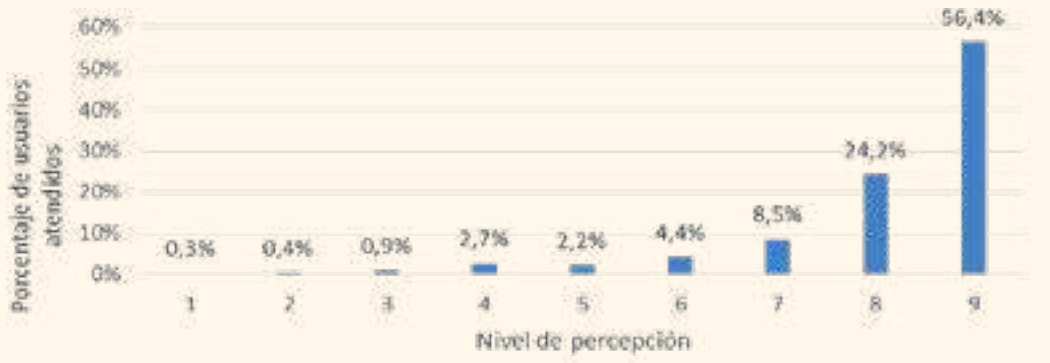


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de percepción sobre las instalaciones y mobiliarios de la institución sobre el proceso de atención (e-20)

En el Gráfico 317, se muestra que al 89,1% de los usuarios les pareció adecuadas las instalaciones y mobiliarios de la institución sobre el proceso de atención.

Gráfico 317. Porcentaje de percepción sobre las instalaciones y mobiliarios de la institución sobre el proceso de atención



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Manejo de la disconformidad y gestión del resarcimiento

Es la percepción de los usuarios de que la IPS está en capacidad de identificar y asumir sus errores y de disponer mecanismos para interactuar con los usuarios cuando esto sucede.

Porcentaje de usuarios que tienen clara la forma de interponer quejas, reclamos o inconformidades de los servicios de salud prestados (e-21)

El 39,3% de los usuarios tiene clara la forma de interponer quejas, reclamos o inconformidades de los servicios de salud prestados, como se muestra en el Gráfico 318.

Gráfico 318. Porcentaje de usuarios que tienen clara la forma de interponer quejas, reclamos o inconformidades de los servicios de salud prestados

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Satisfacción global

Es la valoración positiva que realiza el usuario sobre su experiencia de atención, a partir del contraste entre las necesidades de atención y las expectativas que tenía antes de tener contacto con la IPS y el servicio de salud que recibió.

Proporción de usuarios que consideran que el servicio prestado logró satisfacer sus necesidades y expectativas de la atención (e-22)

El 89% de los usuarios consideró que el servicio prestado logró satisfacer sus necesidades y expectativas de la atención (Gráfico 319).

Gráfico 319. Proporción de usuarios que consideran que el servicio prestado logró satisfacer sus necesidades y expectativas de la atención

Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

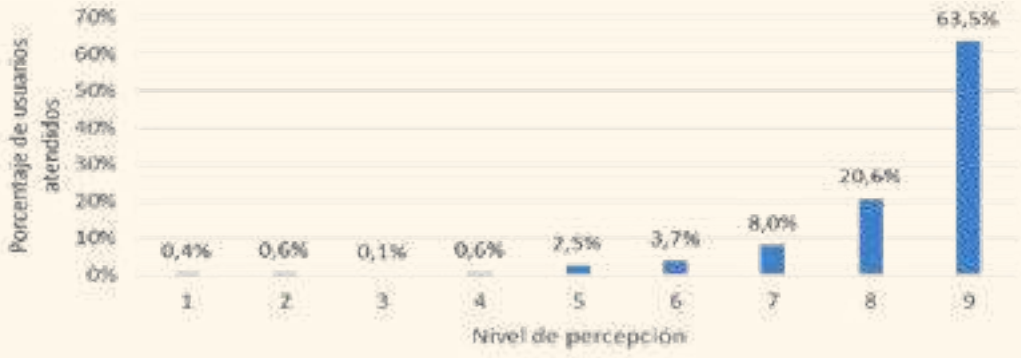
Percepción global de la calidad de la IPS

Hace referencia a la percepción general de los usuarios sobre la calidad del servicio durante el proceso de atención en la IPS.

Porcentaje de percepción de la calidad del servicio recibido en la institución (e-25)

En el Gráfico 320 se ilustra que el 92,1% de los usuarios calificó entre buena y excelente la calidad del servicio recibido en la institución.

Gráfico 320. Porcentaje de percepción de la calidad del servicio recibido en la institución

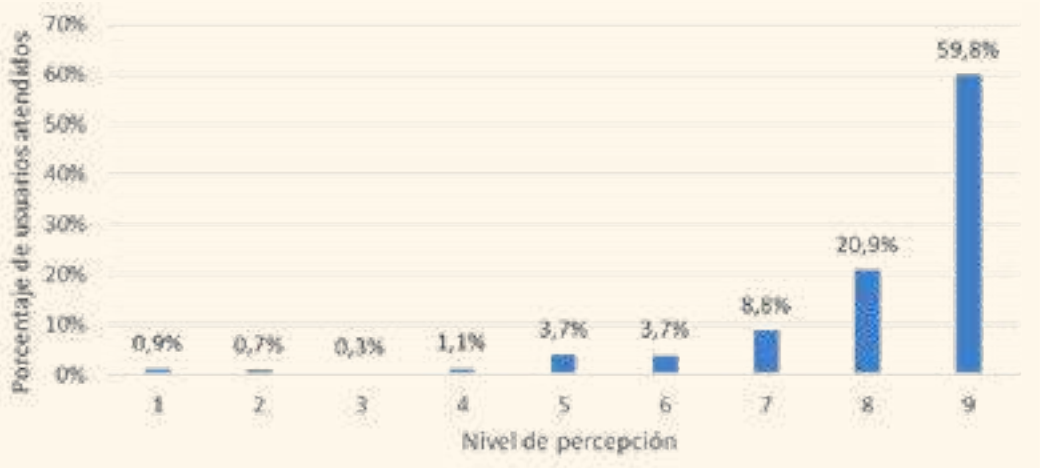


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Proporción de usuarios que se sienten satisfechos con los servicios de la IPS (e-26)

En el Gráfico 321 se observa que el 89,2% de los usuarios se siente satisfecho con los servicios de la IPS.

Gráfico 321. Proporción de usuarios que se sienten satisfechos con los servicios de la IPS



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

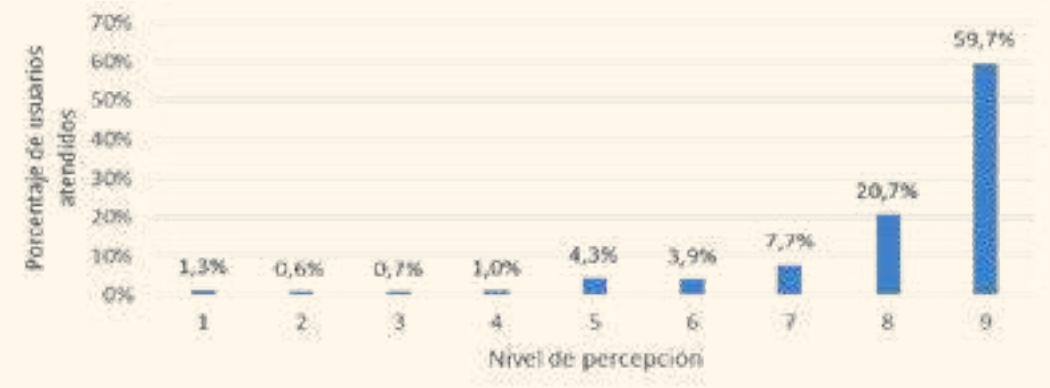
Lealtad a la IPS

Corresponde a la valoración final en la que el usuario siente confianza por la IPS y desearía volver si lo requiere o recomendarla a otras personas

Porcentaje de usuarios que recomendarían la IPS a otras personas para que utilicen sus servicios (e-23)

El 88,1% de los usuarios recomendaría la IPS a otras personas para que utilicen sus servicios (Gráfico 322).

Gráfico 322. Porcentaje de usuarios que recomendarían la IPS a otras personas para que utilicen sus servicios

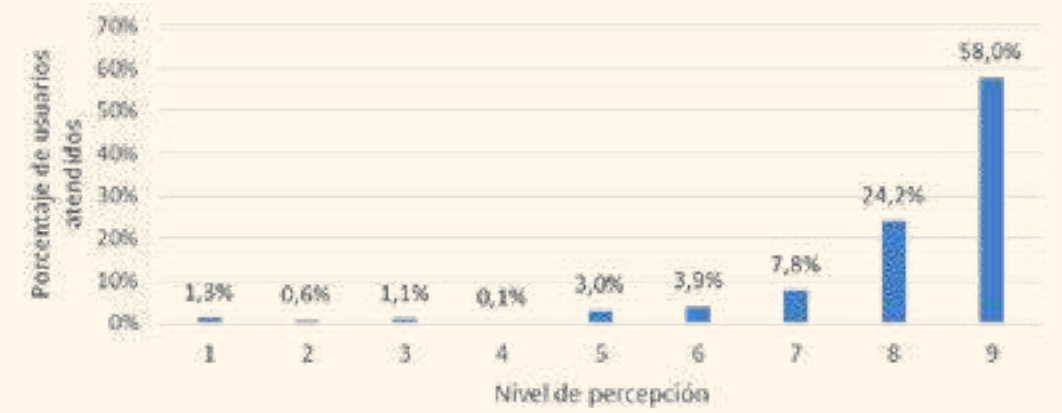


Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Porcentaje de usuarios que desearía volver a utilizar los servicios de la IPS (e-24)

El 90% de los usuarios desearía volver a utilizar los servicios de la IPS como se presenta en el Gráfico 323.

Gráfico 323. Porcentaje de usuarios que desearía volver a utilizar los servicios de la IPS



Fuente: Base de datos encuesta de percepción 2018

Análisis multivariado

Exite una fuerte asociación entre las preguntas de efectividad de la atención en salud y las preguntas relacionadas con la subdimensión capacidad de respuesta: actitud de servicio y vocación. Esto significa que los usuarios sienten que los médicos que los atendieron cuentan con el conocimiento apropiado para realizar bien su trabajo, le transmitieron confianza y que respondieron sus inquietudes. Todo esto se ve reflejado en la disposición de los funcionarios para ayudarlos, para responder sus preguntas a pesar de sus ocupaciones y que comprendieron sus necesidades y expectativas; esta buena disposición se correlaciona con la satisfacción global de la calidad de la atención.

De acuerdo a los resultados de la encuesta, es de resaltar que no se encontró correlación entre el estado de ánimo de los usuarios y la satisfacción global de la calidad (0,41). En general, el nivel de satisfacción global de la calidad sobre los servicios de salud de las IPS de Risaralda es de 85%, esta cifra se encuentra por encima del resultado de la encuesta PECASSUS 2008 (78%) y dentro del rango del informe INCAS 2009 (87%). Solamente el 0,9% de los usuarios refirieron que para acceder a los servicios utilizaron la vía de tutela.

Al realizar la prueba de medias con las preguntas de la encuesta y las variables de régimen, sexo, grupos de edad y servicio se encuentran diferencias significativas en los promedios en cada combinación. Por ejemplo, la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención en los diferentes dominios es menor en el régimen subsidiado.

El nivel de satisfacción global es mayor en el régimen subsidado (media: 8,34) con respecto al régimen contributivo (media: 8,04); y por sexo, es mayor en los hombres (media: 8,27) que en las mujeres (media: 8,09). Por grupo de edad, es menor en el rango de edad de 18 a 34 años (media: 7,98). Y por servicio, el nivel de satisfacción global es menor en urgencias (media: 7,24), con respecto a hospitalización (media: 8,23) y consulta externa (media: 8,26).

Conclusiones

9

La calidad engloba un conjunto de aspectos o caractísticas imprescindibles en el proceso de atención en salud, tales como la accesibilidad y oportunidad en los servicios de salud, la pertinencia en el diagnóstico, manejo y tratamiento para mejores resultados en salud, la disminución de riesgos como parte de la atención segura y la mejor percepción y experiencia de los usuarios; por tanto, para el departamento de Risaralda el presente estudio se convierte en una herramienta fundamental para el monitoreo, seguimiento y análisis permanente, para la identificación de oportunidades de mejora, que promuevan procesos de mejoramiento continuo y la toma de decisiones para la puesta en marcha de políticas en salud en calidad en pro del bienestar de los individuos y la comunidad risaraldense.

La moderada disponibilidad de información sobre el comportamiento de la calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda es un factor que limita la capacidad de toma de decisiones en la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda (SDSR). Por lo anterior, este estudio aporta información sobre la calidad de la atención en salud desde dos perspectivas: (i) Calidad técnicocientífica en la prestación de servicios de salud en el departamento de Risaralda, mediante el monitoreo continuo de los 77 indicadores integrados en los tres dominios, que están conceptualizados en el primer Informe nacional de calidad de la atención en salud INCAS 2009: efectividad de la atención en salud, seguridad de la atención del paciente y experiencia de atención del usuario. Estos indicadores les permiten a los diferentes actores del sistema de salud y a la misma ciudadanía contar con la evidencia necesaria para instaurar o fortalecer los procesos de control social y de gestión de la calidad en salud. (ii) Calidad percibida, mediante la aplicación de la encuesta de percepción de la calidad de los servicios de salud a los usuarios del departamento de Risaralda.

A su vez, este estudio de calidad de la atención en salud de Risaralda es el primero a nivel regional, que se constituye en una herramienta de referencia y de retroalimentación continua en el contexto territorial de departamento bajo la coordinación de la Secretaría de salud de Risaralda y como apoyo a la implementación nacional del Sistema de información para la calidad. Este estudio utilizó la metodología establecida en INCAS 2009; sin embargo, se retomaron solamente 11 indicadores, los que tenían fuentes de información y mejor trazabilidad.

Este estudio hace parte del observatorio de calidad de la atención en salud OCAS-Risaralda, que es un espacio interactivo de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda (SDSR), que permite proveer evidencia (información y conocimiento) confiable, sistemática y regular sobre la situación de las dimensiones de la calidad en el territorio, dirigida a IPS, EPS, Secretarías de salud municipales y ciudadanos, e incrementar las capacidades de la SDSR como autoridad sanitaria territorial para el mejor gobierno de la calidad de la atención en salud que se le ofrece a los ciudadanos.

Este observatorio da respuesta a una de las metas del Plan de Desarrollo 2016-2019, Risaralda Verde y Emprendedora: crear un observatorio departamental de la calidad de la atención en salud con énfasis en la atención humanizada en el cuatrienio. Además, OCAS forma parte de una de las nueve investigaciones del Proyecto SimuDatSalud Risaralda©, Desarrollo de capacidades de Ciencia, Tecnología e Innovación - para investigación y simulación de políticas públicas en salud y seguridad social en el departamento de Risaralda, que la Gobernación de Risaralda gestiona junto con el apoyo técnico de la Fundación Salutia, con recursos del sistema nacional de regalías.

En el proceso de priorización de los setenta y siete (77) indicadores de calidad de la atención en salud para el departamento de Risaralda, se realizó un ejercicio riguroso mediante una serie de pasos como la identificación de indicadores de calidad (630 indicadores); la selección de indicadores, con información disponible a nivel nacional específicamente para los tres (3) dominios de calidad; la definición de criterios de referencia para cada uno de los indicadores; elaboración de los algoritmos para el cálculo de cada uno de ellos; elaboración de fichas y por último el cálculo y la validación de los resultados de cada indicador.

Asimismo, en este proceso de identificación se tuvo en cuenta una serie de características que responden directamente a la factibilidad técnica de los indicadores; entre estas, se encuentran: la disponibilidad y oportunidad para la consecución de la información, así como la confiabilidad y validez de esta; la relevancia, objetividad y sensibilidad de los indicadores; la pertinencia y coherencia con lo que se va a medir; la facilidad para la realimentación automática y periódica de la información para el proceso de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención en salud en el departamento y la necesidad de medición para el cumplimiento de metas de los programas que lidera la Secretaria Departamental de Salud de Risaralda. Es por ello que a lo largo del proceso se realizó inclusión y exclusión de indicadores y se dejaron solo las mediciones consideradas de mayor validez, relevancia y objetividad.

Es de resaltar que una limitación importante para la medición de los indicarores seleccionados es la disponibilidad y la calidad de las fuentes de información; por ejemplo, para los indicadores que se calculan a partir de la resolución 4505 de 2012 y la resolución 256 de 2016, la fuente oficial es el Ministerio de Salud y Protección Social, en las que se evidencia problemas de subregistro, datos inconsistentes y repetidos. Para los indicadores que se calculan con base en los RIPS, solo se cuenta con la base de datos de los hospitales públicos de Risaralda, por lo que los resultados son un acercamiento parcial a la realidad del departamento.

En el análisis de los resultados de los setenta y siete (77) indicadores priorizados, y con el establecimiento de un criterio de referencia para cada uno de ellos, se pudo evaluar el comportamiento de cada indicador en los diferentes periodos de medición y, con ello, presentar de forma suscinta su desempeño y la brecha entre este y los resultados esperados en el proceso de atención en salud.

Se encontraron brechas entre los resultados de los indicadores y el deber ser o criterio de referencia definido para cada uno de estos. Estas brechas identificadas, por supuesto, significan oportunidades de mejora. En algunos casos, los resultados de los indicadores reflejan avances significativos en calidad de la atención. Por tanto, se ve la importancia de continuar fortaleciendo la implementación en el territorio de las rutas integrales de atención en salud (RIAS), la adherencia a las guías de práctica clínica, la humanización de los servicios de salud, las mejoras en la oportunidad en la asignación de citas y el fortalecimiento de la demanda inducida a los programas de detección temprana y protección específica por cursos de vida.

Dentro de los hallazgos más relevantes en 2016, se encuentran los siguientes: la captación temprana de las gestantes a control prenatal (22,5%), el tamizaje de sífilis gestacional (32,1%) y la asesoría y toma de VIH para las gestantes (18,6%). Llama la atención el porcentaje de niños nacidos por cesárea (26,8%) cuyo criterio de referencia definido por la OMS debe ser menor al 15%, la falta de consejería en lactancia materna (22,1%) en las etapas prenatal, parto y puerperio, la mortalidad por IRA en menores de 5 años y el bajo ingreso de los niños menores de 10 años a los controles de crecimiento y desarrollo (42,7%). Estos hallazgos resultan importantes porque conllevan a la formulación e implementación de acciones de mejora inmediatas por parte de los actores del Sistema de Salud según las competencias que les aplique, bien sea entidades territoriales de salud, EAPB o IPS.

En cuanto a la situación maternoinfantil, se debe fortalecer la atención integral a la familia gestante y garantizar la captación temprana antes de las 12 semanas con el fin de minimizar el riesgo durante la gestación, parto y puerperio, reducir la mortalidad materna y perinatal, la transmisión vertical de VIH, la sífilis congénita y el bajo peso al nacer específicamente. En cuanto a la atención del recién nacido, se debe garantizar el tamizaje para hipotiroidismo congénito al 100% de los recién nacidos como actividad trazadora en la detección temprana y en la discapacidad prevenible. Se requiere igualmente, fortalecer las estrategias para la promoción y apoyo de la lactancia materna así como la consejería, de acuerdo a lo definido en el Plan Decenal de Lactancia materna 2010-2020.

La población risaraldense se ve afectada por problemas en la asignación de las citas de consulta externa, falta de oportunidad en el inicio de tratamiento para eventos de alto costo como es el caso de cáncer de cuello uterino y por los bajos porcentajes en la realización de exámenes de laboratorios para pacientes con enfermedades precursoras de la enfermedad renal crónica como hipertensión y diabetes, lo que confirma aún más la necesidad del fortalecimiento del talento humano en salud y la implementación de procesos prioritarios en el proceso de atención en salud que sean medidos y evaluados.

Los resultados obtenidos en el componente de enfermedades transmisibles, en el indicador de incidencia del tuberculosis en todas las formas muestra un aumento importante en el número de casos, en 2016, llegando a 49,62 casos por cada 100.000 habitantes y un porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos de TB pulmonar que corresponde al 72,30%. Estos resultados reflejan una serie de oportunidades de mejora orientadas al fortalecimiento de las competencias de los diferentes actores del sistema de salud en torno a la gestión eficiente del programa y la calidad de las intervenciones y actividades de diagnóstico, tratamiento, seguimiento y evaluación de los pacientes con tuberculosis y sus contactos.

En el dominio de seguridad del paciente, se observan resultados en 2016 que llaman la atención en el componente de infecciones asociadas al cuidado de la salud, específicamente los relacionados con infección de línea central en la UCI neonatal y pediátrica con 4,47 casos y 9,12 casos por 1000 días catéter. Es de resaltar en seguridad del paciente la necesidad de fortalecer la vigilancia y la gestión de los eventos adversos dentro de la política de seguridad del paciente y sus diferentes herramientas y estrategias para la cultura y el aprendizaje organizacional.

En la experiencia de la atención del usuario, se muestra para el nivel departamental de Risaralda que el tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como

triage 2 en el servicio de urgencias se encontró en 216 minutos y el tiempo promedio de espera de asignación de consulta de obstetricia en 8,6 días con un criterio de referencia nacional de menor a 5 días.

La calidad de la atención en salud es el resultado de una serie de roles de los múltiples actores del sistema de salud que vincula además de un conjunto de mediciones de carácter técnico las expectativas y necesidades en salud de las personas, con esta referencia se diseñó y se aplicó en el departamento de Risaralda la encuesta de percepción de calidad de la atención en salud enmarcada en los tres (3) dominios de calidad con resultados importantes: el 85,3% de los risaraldenses percibió que las instituciones prestadoras de servicios de salud del departamento dan solución a las necesidades de salud por las cuales consultaron; de otro lado, el 93,4% de los usuarios sintió que no se puso en riesgo su integridad física o su salud durante el proceso de atención y el 89% de los usuarios consideró que el servicio prestado logró satisfacer sus necesidades y expectativas de la atención; en general, el nivel de satisfacción global de la calidad sobre los servicios de salud de las IPS de Risaralda es de 85%, este valor se encuentra por encima del resultado de la encuesta PECASSUS 2008 (78%) y dentro del rango del informe de INCAS 2009 (87%).

La encuesta de percepción de la calidad de atención en salud se convierte en una herramienta de comunicación directa entre los usuarios y los prestadores de servicios, que vincula las expectativas y valoraciones de los usuarios mediante una metodología amigable y participativa con una necesidad explícita de una atención centrada en el usuario, y busca lograr una capacidad y habilidad resolutivas de los prestadores en el proceso de atención en salud. Es la primera vez en el departamento de Risaralda que se realiza la aplicación de este tipo de encuesta que, como se mencionó anteriormente, agrupa los principales atributos de la calidad de atención en salud y permite conocer la percepción de la atención por parte del usuario, convirtiéndose en línea de base para el departamento. Sin embargo, aunque cada prestador implementa diferentes metodologías e instrumentos para conocer y medir la percepción de la calidad por parte de los usuarios, se hace necesaria la estandarización de un proceso desde la perspectiva del paciente que permita dar cuenta de la calidad de la atención bajo las tres dimensiones de calidad planteadas en la mencionada encuesta con el fin de obtener resultados medibles y equiparables para todos los prestadores del departamento.

Para el monitoreo de calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda se estructuró la metodología a través del índice OCAS, siendo el primer índice de estas características, calificando la calidad en excelente desempeño (1) y peor desempeño (0).

Con los resultados de este índice se presenta un contraste entre la percepción de los usuarios (calidad percibida) y los resultados de las mediciones (calidad técnico-científica), en donde se evidenció que la situación de la calidad, en general, para el departamento en el 2016 se encuentra en el 0,67. Aunque este resultado se encuentra por encima de 0,50 no dista mucho de este valor medio, lo que conlleva a pensar que aún resta un camino por recorrer para llegar a la excelencia en el desempeño de la calidad. Es de resaltar que con los resultados obtenidos en el índice OCAS, de los dominios evaluados, el más afectado corresponde al dominio de efectividad de la atención en salud con 0,59, en especial al compararlo con 0,78 en seguridad en la atención del paciente y con 0,81 en experiencia de la atención del usuario.

En el primero de ellos, se hace necesaria la ejecución y seguimiento de acciones que den respuesta a aquellas oportunidades de mejora identificadas en los subdominios materno infantil (0,57), de enfermedades transmisibles (0,19) y enfermedades no transmisibles (0,55), confirmándose una vez más la necesidad de la articulación de los actores del sistema de salud y de la formulación e implementación de políticas públicas desde la gobernanza y bajo los enfoques orientadores de la atención integral en salud (enfoque de derechos, desarrollo humano y por curso de vida).

Con lo anteriormente mencionado, se hace imperativa la necesidad de dar sostenibilidad al monitoreo y seguimiento de la calidad de la atención en salud en el departamento de Risaralda como proceso continuo de realimentación y análisis para la toma de decisiones y la concurrencia de todos los actores del sistema de salud en cabeza de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda.

Referencias

10

Actis di Pasquale, E., & Balsa, X. (2017). La técnica de escalamiento lineal por intervalos una propuesta de estandarización aplicada a la medición de niveles de bienestar social. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 164-193.

Aguirre, H. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*, 2(76), 187-196.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2009). *Guía metodológica. Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438. *Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud.* Bogotá D.C.: Congreso de la República.

Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). *Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud.* Bogotá D.C.: Congreso de la República.

Departamento Nacional de Estadística (DANE). (2009). *Línea de base indicadores.* Bogotá D.C.: DANE. Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística.

Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, 16(Sup. 1), S96-S100.

Escuela de Salud Pública de Chile. (2010). *Observatorio Chileno de Salud Pública*. Obtenido de http://www.ochisap.cl

Gobernación de Risaralda. (2015). *Plan de desarrollo 2016-2019. Risaralda: verde y emprendedora.* Pereira: Gobernación de Risaralda. Secretaría de Planeación.

Hemmings, J., & Wilkinson, J. (2003). What is a public health observatory? *Journal of Epidemiolology and Community Health*, 57(5), 324-326.

Herrera, M., Rodríguez, M., Pino, E., Mora, D., Doblas, A., & Castillo, M. (2001). Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico. Emergencias, (13), 40-48.

Instituto Nacional de Salud. (2013). *Marco de implementación. Observatorio Nacional de Salud*. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Salud

Jaramillo, M., & Chernichovsky, D. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*, 31(134), 30-40.

Kerguelén, C. (2008). C*alidad en salud en Colombia. Los principios*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social.

Liverpool Public Health Observatory (LPHO). (s.f.). *Liverpool Public Health Observatory – LPHO*. Obtenido de https://www.liverpool.ac.uk/psychology-health-and-society/departments/public-health-and-policy/public-health-observatory/publications/

McGuire, W. (2007). Perinatal asphyxia. *BMJ Clinical Evidence*, pii: 0320.

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de la Protección Social. (2009). *1er Informe nacional de calidad de la salud de la atención en salud. INCAS 2009*. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Guía metodológica para registros, observatorios, sistemas de seguimiento y salas situacionales nacionales en salud.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Registros, observatorios, sistemas de seguimiento y salas situacionales nacionales en salud.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). Decreto 780. Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector salud y protección social. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Gestión del mejoramiento continuo de la calidad. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016c). *Guía metodológica. Observatorio nacional de calidad de la atención en salud.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016d). *Guía metodológica. Sistema de evaluación del desempeño del sistema de salud de Colombia bajo criterios de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016e). *Informe nacional de calidad de la atención en salud*, *2015*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016f). *Plan nacional de mejoramiento de la calidad en salud.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016g). *Resolución 256. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema de información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.* Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Montaño, J., Rengifo, H., Rivillas, J., & Ospina, M. (2013). Gestión del conocimiento y fuentes de información para salud en Colombia. *Monitor Estratégico,* (4), 49-55.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Implementación de observatorios nacionales de salud: enfoque operacional y recomendaciones estratégicas.* Santiago, Chile: Oficina de la Representación de OPS/OMS.

Pedersen, D. (1988). *Evaluación de servicios de salud: el punto de vista de la gente.* Lima: HQ Library.

Reyes, H., Flores, S., Sauceda, A., Vértiz, J., Juárez, C., Wirtz, V., & Pérez, R. (2013). Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 55(Sup. 2), S100-S105.

Robledo, H., Meljem, J., Fajardo, G., & Olvera López, D. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *CONAMED*, 17(4), 172-175.

Saturno, P. (2004). La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*, 6(19), 407-415.

Valero, H., Parra, D., Rey, R., & Camargo, F. (2011). Prevalencia de úlcera por presión en una institución de salud. *Salud UIS*, 43(3), 249-255.

Impreso y encuadernado en los
Talleres de Buenos & Creativos S.A.S.
2018, Bogotá, D.C., Colombia

Risaralda
Verde y emprendedora

SALUTIA

SimuDatSalud®
RISARALDA