



INDICADORES DE SALUD EN COLOMBIA A PARTIR DEL 2016

Jannia Pilar Cala Delgadillo

Monografía para optar al título de Auditora en Salud

Asesora

Alejandra Valenzuela Cazés

Fisioterapeuta

Especialista en Docencia Universitaria

Magister en Salud Pública

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
POSGRADOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN DE AUDITORIA EN SALUD
SEDE BOGOTÁ
2018**

Tabla de contenido:

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. OBJETIVO GENERAL	5
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	5
4.1. Calidad de la salud en Colombia	7
4.2. Indicadores calidad de salud.....	9
4.3. Sistemas de información en el sector salud en Colombia	10
4.4. Calidad asistencial de la atención en salud.	12
4.4.1 Principios de la calidad del servicio:	14
4.5. Metodologías de evaluación de la calidad en salud por medio de indicadores.	16
6. RESULTADOS	19
6.1. Indicadores de acuerdo a la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social	19
6.2. Clasificación de los indicadores de la Resolución 0256 de 2016 de acuerdo con los principios de Calidad.....	22
6.3. Seguimiento de indicadores	24
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
Bibliografía.....	29

RESUMEN

El presente documento expone los elementos conceptuales que sirven como base para desarrollar un análisis de los indicadores de salud en Colombia en el periodo comprendido entre 2016 y 2017. Para ello, se realiza un marco teórico que recopila los conceptos de calidad en salud asistencial, sus principios y las herramientas que se utilizan para su evaluación. Se describe también la relevancia de los Sistemas de Información para la calidad en salud en Colombia. Adicionalmente para el análisis, éste estudio monográfico se realiza con una metodología descriptiva que explica la tendencia de los indicadores de salud en el periodo en mención usando un análisis sencillo de la forma de monitorear la calidad de la salud a través principalmente de los indicadores en la resolución 0256 de 2016 por parte del Ministerio de Salud y de la Protección Social.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

“Los Sistemas de salud deben responder a escenarios complejos que exigen decisiones “inteligentes”, donde la inversión de recursos limitados se optimice a partir de la planeación, gestión y evaluación de políticas de salud basadas en evidencia.” (1). De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: “El propósito es, entonces, avanzar hacia reconocer que la salud es el resultado del quehacer en conjunto de la sociedad, sus determinantes sociales, sus instituciones y organizaciones públicas y privadas, y la interacción, de doble vía, con los ciudadanos y que ésta debe ser gestionada de forma inter y transectorial, escapando así al escenario meramente institucional de salud”.

El control y el monitoreo de la calidad en salud en Colombia se encuentra establecido por la Resolución 0256 del 5 de febrero de 2016 del Ministerio de salud. En dicha resolución se establecen las directrices en relación con el Sistema de Información para la Calidad del servicio y se definen los indicadores para el monitoreo de la misma.

Cabe preguntarse entonces: ¿Estos indicadores reflejan adecuadamente el avance de la calidad de los servicios de salud de acuerdo con los conceptos teóricos de calidad asistencial y los objetivos propuestos por el Plan Decenal de Salud Pública?

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un análisis para determinar si los indicadores de seguimiento de la calidad del servicio de salud en el país, definidos por la Resolución 0256 del 5 de febrero de 2016 del Ministerio de salud y de la Protección social, son coherentes con los desarrollos académicos alrededor del concepto de calidad en salud.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Contrastar los indicadores de calidad en salud definidos por la normatividad colombiana frente al concepto de calidad formulado desde la academia.
- Presentar conclusiones respecto a las tendencias presentadas por los indicadores.

3. JUSTIFICACIÓN

La evaluación de la calidad de la salud en Colombia es posible gracias al Sistema de Aseguramiento de la Calidad en Salud (Decreto 1011 de 2006) por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La monitorización de la calidad se realiza debido a que el mencionado decreto establece como normativa la existencia del sistema de información para la calidad, roles y responsabilidades que aseguran el flujo de información relevante y oportuna, esto con el fin de hacer seguimiento a la calidad del servicio en salud.

A partir de los datos recopilados (indicadores) que se reportan al sistema de salud y puestos a disposición del Ministerio de Salud y de Protección Social, se toman decisiones para mejorar la prestación del servicio. Esto es pues, de gran importancia como lo indica la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La síntesis, el intercambio y la aplicación del conocimiento por parte de las partes interesadas para acelerar los beneficios de la innovación global y local en el fortalecimiento de los sistemas de salud y para mejorar la salud de las personas” (WHO/PAHO, 2016, párrafo 1). Definiendo esto último, lo que es la gestión del conocimiento.

Ahora bien, es relevante preguntarse por la pertinencia de la información recolectada y cómo esta información es relevante para mejorar la prestación del servicio frente a los conceptos de calidad, propuestos desde la planeación estratégica, como desde la academia.

Finalmente identificar las diferencias entre los aspectos normativos del sistema y los aspectos teóricos de la calidad en salud puede ser fundamental para alcanzar las metas formuladas en calidad de salud.

4. MARCO CONCEPTUAL:

El siguiente apartado expone los elementos conceptuales que sirven como base para desarrollar un análisis y generar conclusiones sobre las tendencias presentadas en los indicadores de salud en Colombia entre el 2016 y el 2017. Está compuesto por un marco teórico que recopila los conceptos de calidad en salud asistencial, sus atributos y qué herramientas se utilizan para su monitoreo, así como, la relevancia de los sistemas de información en Colombia y el concepto de monitorización en salud.

4.1. Calidad de la salud en Colombia

Según el Decreto 1011 de 2006, la calidad de la atención en salud se define 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 un balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”* (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El presente estudio pretender incluir otras definiciones, entre ellas las referenciadas por la normatividad para nuestro país. Se evidencia que en el 2007 el SOGC (Sistema Obligatoria de la Garantía de Calidad expone nuevamente esta definición en la Pautas indicativas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: “El propósito de estas Pautas indicativas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en desarrollo del título IV del decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos” (2).

Cronológicamente el –DUR en salud Decreto Único en Salud-Decreto 780 de 2016 como norma vigente a la inicial del decreto 1011 de 2006, retoma la definición arriba expuesta.

Según la academia, (Malagón Londoño, Galán Morera, & Pontón Laverde Gabriel, 2014) la calidad en salud es una “interrelación entre la estructura de los servicios, los procesos

diagnósticos terapéuticos y los resultados obtenidos en función de la opinión del paciente y de su médico tratante que tiene a su cargo su atención integral.” Y según los autores, el seguimiento de la calidad debe realizarse a través de indicadores en tres dimensiones: estructura, procesos y resultado.

De lo anteriormente expuesto, se puede entender que en Colombia, quien tiene el rol preponderante de calcular los indicadores del Sistema de Información es la administración estatal; siendo el reporte, el mecanismo estratégico que puede llevar al estado colombiano a procurar que se cumpla con el concepto de calidad, el cual también está definido como una relación entre los beneficios, riesgos y costos, así como interdependencia de la eficacia, efectividad y eficiencia. Esto último se establece como condición necesaria para asegurar la accesibilidad y la equidad del servicio.

El concepto de calidad en Colombia recoge también la dimensión técnico – científica, cuando se refiere la prestación de un servicio de nivel profesional óptimo y finalmente la definición de salud en Colombia establece que la atención debe estar centrada en el usuario. Constituyéndose de esta manera, la aceptabilidad en una característica central de nuestro sistema de calidad en salud, por cuanto la satisfacción del cliente es un requisito para obtener la calidad deseada, para lo cual las instituciones deben identificar a sus clientes cuáles son sus expectativas y necesidades. (3)

Finalmente, el informe Nacional de Calidad en Salud, sugiere que la calidad en salud debe evolucionar hacia una visión más transversal del servicio, de manera que busca incorporar, además de los atributos concernientes con los servicios y la satisfacción de los usuarios, los determinantes sociales, en el entendido que dichos determinantes involucran a otras instituciones y otras esferas aparte de la instituciones que hacen parte del sistema de salud. (Ministerio de Salud y Proyección Social, 2015).

Lo anterior quiere decir que los resultados de calidad del servicio son resultado del conjunto de la sociedad y no únicamente responsabilidad de las entidades prestadoras, administradoras y los entes territoriales del sistema de salud.

El informe mencionado señala también los retos en cuanto a la articulación y el seguimiento que se le debe hacer a la calidad del servicio desde esta nueva óptica y los

retos que encarna la definición, de indicadores consistentes, para hacer el seguimiento correspondiente.

4.2. Indicadores calidad de salud

Los indicadores son una representación cuantitativa, verificable objetivamente a partir de la cual registra, procesa y presenta la información necesaria para medir el avance o retroceso en el logro de un determinado objetivo. (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

En otros términos, un indicador es: “La expresión cuantitativa que permite evaluar el comportamiento de una variable a la cual se le está haciendo seguimiento para observar si se acerca o se aleja de la meta o estándar preestablecido” (Malagón Londoño, Galán Morera, & Pontón Laverde Gabriel, 2014, pág. 183).

El indicador como una unidad de medida en salud, puede entenderse como la expresión matemática que cuantifica la desviación del objetivo propuesto en salud. Por ejemplo, si la meta propuesta, **es cero (0) muertes maternas fetales para un periodo de tiempo**, puede entenderse que la unidad operacional de expresar esa meta es a través de una tasa, en este caso así:

$$\frac{\text{Número de defunciones maternas durante un período especificado TMM}}{\text{Numero de nacidos + muertes fetales + abortos durante el mismo período}} * 100000$$

La OMS retoma del Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No.4, Diciembre 2010: “En términos generales, los indicadores de salud representan medidas - resumen que capturan la información relevante sobre distintos atributo y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla”

La OMS clasificó los indicadores en tres tipos: i) el que permite conocer el estado de salud de las poblaciones y estos se pueden diferenciar entre generales y específicos; ii) los que permiten valorar las condiciones de un contexto, servicio de agua, vías de acceso etc. y iii) “Los que tienen que ver con los medios sanitarios de los que se dispone: hospitales, personal sanitario y utilización de servicios sanitarios.” (4)

La medición de la calidad, a nivel de contexto, se realiza mediante sus entes Gestores, entiéndase como la OMS, OPS. Para el caso de Colombia, el Ministerio de la Salud y de la Protección Social es quien promueve y garantiza a través de la *gestión de conocimiento*, que la calidad se garantice, que sea gratis y por supuesto que sea fuente de motivación para lograr obtener información, hacer su gestión y así lograr un impacto en la atención de los usuarios.

El conocimiento es “una información organizada, ordenada” (5). La buena recolección, disciplinada organizada es importante para establecer también que merece ser medido, priorizar qué es verdaderamente importante medir. Cuando se organiza, planea, coordina y controla el conocimiento y se logra obtener indicadores que permiten plasmar o concretar la evidencia hallada; a eso se le llama la gestión del conocimiento.

La capacidad de disponer de la información, de gestarla está directamente relacionada con la conformación de un sistema que logre soportar todos esos datos. De un personal entrenado que sepa manejar, alimentar con los datos solicitados ese sistema, creando así un estado del arte de los datos, necesario para hallar estrategias que generen cambio. La disponibilidad de los indicadores puede darse gracias a un medio que permita contar con el recurso, facilitar su divulgación y mejorar procesos de maso gestión, es decir la conexión entre “agentes concurrentes y los usuarios” (6).

Eso sólo a partir de un plan estadístico nacional que se optimizará el uso de los recursos.

4.3. Sistemas de información en el sector salud en Colombia

Un sistema de información es la herramienta informática que recolecta, analiza y reporta resultados. La consolidación de la información que realiza este sistema facilita el procesamiento y análisis y de esta forma redundar en la toma de decisiones con la mejor información posible.

El Sistema de información en salud es “Sistema para la recolección y tratamiento de datos procedentes de diversas fuentes; por ello estandariza procesos (entradas, insumos, salidas), realiza control de calidad y utiliza la información para la formulación de políticas públicas y la gestión de los servicios de salud.” (7)

En un recorrido histórico de los sistemas de información, se encuentra sus orígenes en la ley 9 de 1979, en su artículo 546 se dicta: tener un sistema de información para que los diagnósticos estén al alcance de las entidades sanitarias. En la ley 4107 de 2011 en el artículo 1, se establece como objetivo establecer los lineamientos para regular los sistemas de información en salud. En el 2011 la ley 1438 establece una reforma al sistema general de salud, en su capítulo VII establece los conceptos de *Calidad y Sistemas de Información*. La reforma al SGSSS es la ley 1751 de 2015 que recoge el concepto de que la información es un derecho.

Puntualmente, la normatividad en Colombia (Ley 1122 de 2007) estableció las condiciones para la consolidación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, que permite capturar, sistematizar y entregar información del sistema de vigilancia” (8).

Por su parte el Consorcio Canadian Council, el Centro de Gestión Hospitalaria Qualimed desarrolló El sistema de información a usuarios que se planteó en la evaluación y rediseño del (SOGC), éste fue “actualizado con los desarrollos en el arte de la monitorización de la calidad promovido por la iniciativa internacional de indicadores promovido la International Society for Quality in Healthcare (ISQua) y promulgado a través de la Resolución 1446 de 1006, reglamentaria del Decreto 1011 de 2006” (9)

El propósito de la obtención de la información sólo tendrá un fin si ésta permite hacer mejoras. En este sentido la razón de los Sistemas de Información es: 1.) Recopilar la información 2) Evaluar esos datos y 3) brindar información a los usuarios para que

puedan tomar “decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el (SOGC)” (9)

Para el presente estudio, los datos de interés son aquellos reportados específicamente por las Instituciones prestadoras de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios y las entidades territoriales, las cuales son estipuladas por la resolución 0256 de 2016. El sistema en Colombia que recolecta la información de las entidades anteriormente mencionadas es el SISPRO (Sistema de información de la Protección Social) a través de plataforma de Intercambio de la Información (PISIS).

Cabe anotar que algunos de los indicadores no serán alimentados a través de (PISIS). “El Artículo 2.5.2.1.1.12 del Decreto 780 de 2016 establece que las entidades promotoras de salud, deberán establecer sistemas de información con las especificaciones y periodicidad que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia dentro de sus competencias respectivas, a efecto de lograr el adecuado seguimiento y control de su actividad y del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

4.4. Calidad asistencial de la atención en salud.

La calidad de la atención en salud está relacionada con tres aspectos: i) Aspectos técnicos – científicos; ii) relación interpersonal y iii) otros elementos del entorno. (10)

El primer aspecto tiene que ver con el diagnóstico acertado y adecuado tratamiento. Depende totalmente de los conocimientos técnicos del personal de salud, así como, de la habilidad de estos para llevar a cabo los tratamientos.

El segundo aspecto, está relacionado con una apropiada comunicación entre el paciente y el personal de salud, lo que permite al personal técnico lograr un diagnóstico acertado, dicha comunicación debe estar siempre enmarcada dentro de la discreción, sensibilidad y la empatía.

El tercer aspecto de la calidad hace referencia al entorno, relacionado con el grado de confort, este aspecto se recoge dentro de la sinergia que se logra entre un acertado diagnóstico, adecuada atención más una comunicación fluida entre el paciente y el personal médico el “arte de la atención” (Donabedian, 1991).

Este enfoque involucra las necesidades y expectativas de tres grupos de implicados: i) los pacientes; ii) personal médico; y iii) la administración encargada de proporcionar los insumos para la adecuada atención.

Para cada uno de estos grupos involucrados, la calidad de la salud tiene un concepto particular. Para el personal médico-asistencial, la calidad se centra especialmente en la cualificación del personal y en la efectividad del tratamiento instaurado, mientras que, para los pacientes y sus familiares, la empatía entre el médico tratante y el paciente es esencial y puede llevar a determinar que el usuario califique muy positivamente la calidad, reflejando así este alto grado de calificación en la calidad observada. Por otra parte, para el segmento administrativo la calidad incluye otros aspectos a considerar como la eficiencia y la eficacia que son fundamentales para respetar principios como el de la universalidad y la equidad.

4.4.1 Principios de la calidad del servicio:

De acuerdo con (11) para ofertar un servicio de calidad se debe ser por lo menos: eficaz, eficiente, seguro, adecuado a la demanda; y tener continuidad temporal y espacial. Para (10), estas características se convierten en dimensiones o principios y son el pilar que constituye la calidad del servicio:

- **Efectividad**: capacidad máxima de un tratamiento o procedimiento de mejorar el nivel de salud; alude también a la relación entre el tiempo del impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.
- **Eficiencia**: relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costos de producción. Comprende dos características: idoneidad de los servicios y costos de los mismos.
- **Seguridad**: balance positivo de la relación beneficios/riesgos.
- **Adecuación**: relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población; implica acomodar los servicios sanitarios a las necesidades de esa población. Posee un componente numérico (cantidad total de servicios con relación a las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de los servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).
- **Racionalidad Lógica técnico-científica**: grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles. Es meritorio destacar que la optimización de estos recursos, permitirá un balance entre los costos y beneficios inherentes al uso adecuado del recurso.

- **Aceptabilidad**: incluye dos dimensiones; la primera alude a la conformidad del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma; y la segunda a la cooperación del paciente o grado en que éste cumple el plan de atención.
- **Satisfacción del proveedor**: grado de complacencia del proveedor, personal médico asistencial, con las condiciones del trabajo.

Obviamente es importante mencionar la satisfacción del usuario relacionado con la prestación del servicio, podría entenderse como el fin único; aun así la academia también explica el concepto de satisfacción del personal asistencial y así se retomará esta dimensión para su análisis en este estudio.

- **Oportunidad /Accesibilidad**: el primero de estos elementos, la oportunidad, se refiere al grado en que los servicios de salud se hallan en estado operativo; los servicios médicos, por regla general, deben estar disponibles cuando lo precise el paciente, debe cubrir y la necesidad del usuario. Por su parte, la accesibilidad depende de la facilidad con que se accede a los servicios médico- sanitarios, que puede encontrarse con diversas barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.
- **Continuidad**: implica contemplar el tratamiento del paciente como un todo, en un sistema de atención integrado, con una secuencia lógica. Para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y estar coordinados, articulados. De este modo, las interrupciones pueden derivar de diferentes causas, por ejemplo, las siguientes: no realizar las pruebas oportunas de laboratorio, realizarlas, pero no adjuntarlas al informe clínico, no registrar problemas clínicos en el historial, etc. Continuidad implica coordinación.

En conclusión, la calidad asistencial es un concepto multidimensional en el que se relacionan diferentes aspectos de la atención cuya adecuada interacción da como

resultado una cooperación que impacta ciertamente en la mejora de salud de los pacientes, al mismo tiempo que genera una percepción positiva del servicio recibido por parte del usuario, todo lo anterior a costos accesibles de conformidad con los principios éticos y valores. Dicha sinergia se logra a través de una institucionalidad fuerte y de una adecuada ponderación entre los diferentes atributos que constituyen la calidad, esto es entre lo técnico - científico y la correcta administración de los recursos disponibles de manera equitativa.

4.5. Metodologías de evaluación de la calidad en salud por medio de indicadores.

Resulta esencial para los gobiernos nacionales mejorar continuamente la calidad y los resultados de sus políticas, programas, en este sentido; desarrollar sistemas de seguimiento y evaluación nacional basados en indicadores del desempeño es fundamental para aumentar la calidad de los programas y/o políticas respecto a cualquier tema en particular. (12)

En este contexto, la evaluación es la verificación de los resultados obtenidos frente a los resultados esperados. En otras palabras, la medición del impacto que el plan programa o la elaboración de proyectos desarrollados que se logran frente a la situación inicial que originó su formulación. Mientras que el monitoreo es una herramienta de gestión que se utiliza para comprobar la efectividad y eficiencia de un proceso, hace referencia al seguimiento. (Marín, 2006)

Tanto la evaluación como la monitorización se llevan a cabo a través de indicadores, que “Son variables o relaciones entre variables que ayudan a caracterizar una situación o a medir los cambios presentados en ella después de una actividad” (13)

Los programas y proyectos desarrollados por el Ministerio de Salud en torno al mejoramiento de la calidad del servicio de salud en Colombia deben traducirse en estrategias para que el sistema de salud este cada vez más cercano al objetivo

propuesto¹, bajo esta lógica, los indicadores de seguimiento de la calidad deben ser parámetros que permitan evaluar dichas estrategias en cuanto al grado de cumplimiento respecto del objetivo. (14)

Según el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano, la calidad del servicio tiene tres cualidades definidas: i) Efectividad, ii) Seguridad- Gestión del Riesgo y iii) Experiencia de la atención; las dos primeras corresponden a una dimensión técnica de la atención y pueden comprobar la obtención de resultados en salud (Informe Nacional de la Calidad en Salud, 2015).

El Decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, este Decreto también determina los componentes del sistema: i) El Sistema Único de Habilitación, ii) La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. iii) El Sistema Único de Acreditación, iv) El Sistema de Información para la Calidad.

El sistema de información se alimenta de 110 indicadores definidos en la resolución 0256 de 2016, donde se establecen las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad, así como, los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Los indicadores fueron diseñados con el objetivo de realizar una medición sistémica de los agentes del sistema General de Seguridad Social en Salud. (Ibíd.)

Lo anterior quiere decir que el monitoreo de la calidad del servicio de salud se realiza desde un enfoque que involucra a todas las instituciones implicadas en los procesos de prestación del servicio: IPS Instituciones Prestadoras de Salud, EAPB Entidades Administradoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud DTS y El ministerio de Salud y Protección Social MSPS.

¹ De acuerdo con el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. “El propósito es, entonces, avanzar hacia reconocer que la salud es el resultado del quehacer en conjunto de la sociedad, sus determinantes sociales, sus instituciones y organizaciones públicas y privadas, y la interacción, de doble vía, con los ciudadanos y que ésta debe ser gestionada de forma inter y transectorial, escapando así al escenario meramente institucional de salud”.

METODOLOGÍA

Para desarrollar los objetivos planteados en el presente documento se aplicará una metodología de investigación descriptiva con la cual se quiere contrastar el significado de calidad en salud, cómo se mide, qué herramientas se implementan para su monitorización, desde la academia y desde lo normativo en Colombia.

El análisis cualitativo, proviene de los datos que ha recopilado y calculado el Ministerio de Salud y de la Protección Social, se realiza a través de la monitorización de una selección de indicadores para lo cual se pretende seguir puntualmente para este trabajo monográfico, los siguientes pasos de la investigación descriptiva.

Para el presente estudio llevaremos a cabo las siguientes etapas:

- Se examinan los datos que arroja el Ministerio de salud y de la Protección social, que se publican en la página oficial, para los indicadores en salud listados en la resolución 0256 de 2016.
- Se realiza una revisión bibliográfica del significado de calidad en salud, del Sistema de Información para la Calidad y de la forma de evaluar la calidad en salud a través de monitoreo de algunos de sus indicadores que se reporten en el Sistema Integral de Información de la Protección Social analizando cuál es la tendencia de la calidad en salud en Colombia desde el 2016.
- Se listará los supuestos en que se basa el concepto de calidad en salud. A través de la elección de fuentes y los temas relacionados con la evaluación de la calidad en salud en Colombia.
- Bajo el artículo 12 de la resolución de 0256 de 2016 se seleccionan, revisan y evalúan algunos de los indicadores representativos. Para el presente estudio 8 indicadores escogido por la autora bajo el criterio de trazabilidad según el artículo en mención.
- Se identifica semejanza, diferencias y relaciones significativas entre los datos encontrados.
- Se interpretan los resultados y se describe su tendencia.
- Se elaboran las conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

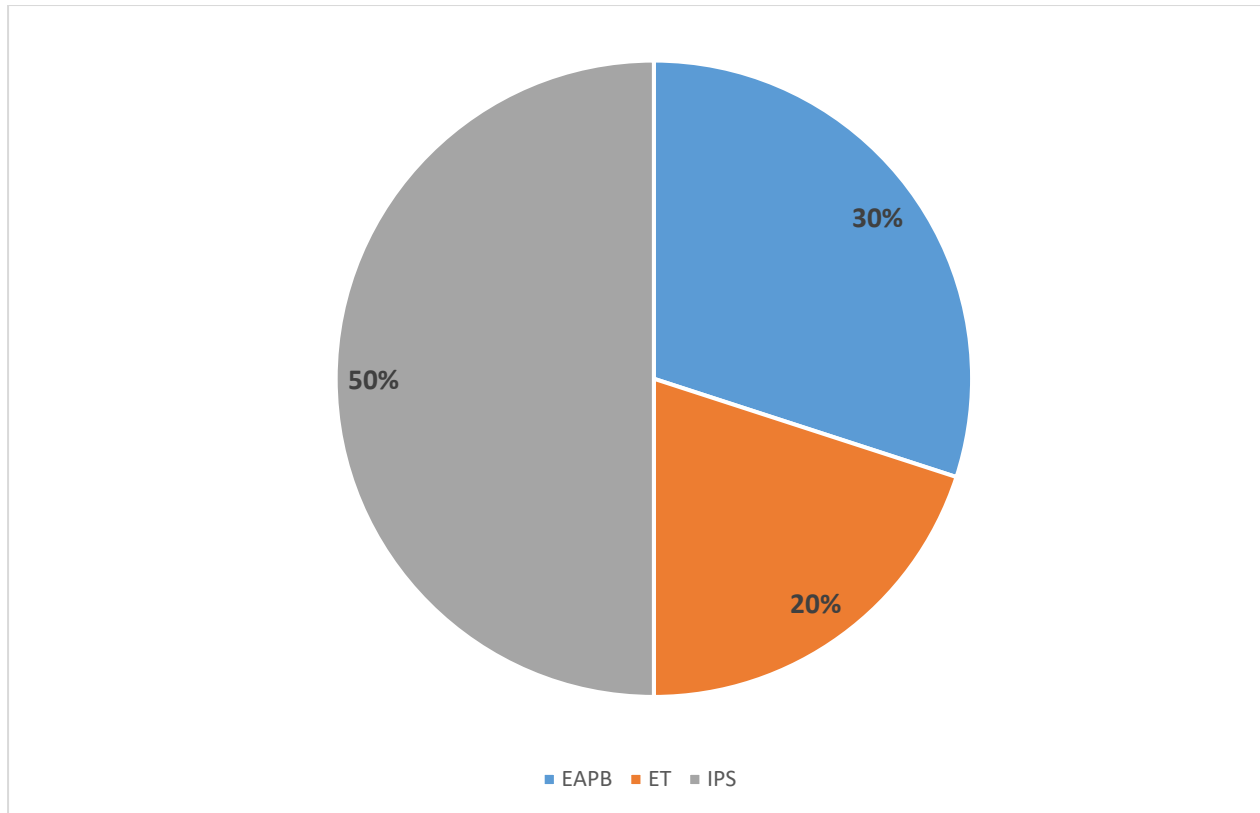
En este apartado se analiza la batería de indicadores dispuesta en la resolución 0256 de 2016, para el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación del servicio de salud. Inicialmente se revisará la distribución de los indicadores en dominios y en actores del sistema, posteriormente se analizarán dichos indicadores clasificándolos según los principios que señalan en el apartado 4.4.1 del presente documento, se realiza un ejercicio de comparación entre lo que se encuentra dispuesto en la normatividad colombiana y lo que se propone desde lo académico y finalmente se presentan el comportamiento de algunos indicadores.

6.1. Indicadores de acuerdo a la Resolución 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

La Resolución 0256 de 2016 establece 110 indicadores, dispuestos en 3 actores: IPS, EAPB y ET (Entidades Territoriales). La Ilustración 1 muestra que el **50%** de los indicadores están dedicados a realizar seguimiento a actividades de las IPS como actor central de la prestación del servicio, así mismo, el **30%** de los indicadores se centra en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y, el **20%** de los indicadores están orientados a realizar seguimiento y evaluación a la calidad del servicio de las Entidades Territoriales. De lo anterior, se puede concluir que al menos el **50%** de la información con la cual se evalúa la calidad del sistema de salud en el país es originada y producida y reportada por las IPS, es necesario entonces que las IPS fortalezcan la gestión de la información para que reporten de manera cierta y oportuna. Que el personal encargado del reporte sea constantemente actualizado sobre el manejo de la plataforma (PISIS). Que el Administrador del sistema en este caso el Ministerio de la Protección Social al igual que la academia hagan uso de SISPRO para hacer un uso fuentes metodológicas

estrictas. Mostrar al ciudadano cómo Ministerio de Salud y de Protección Social se integra con las TIC. Rescatar que el valor del sistema sólo lo puede garantizar su uso.

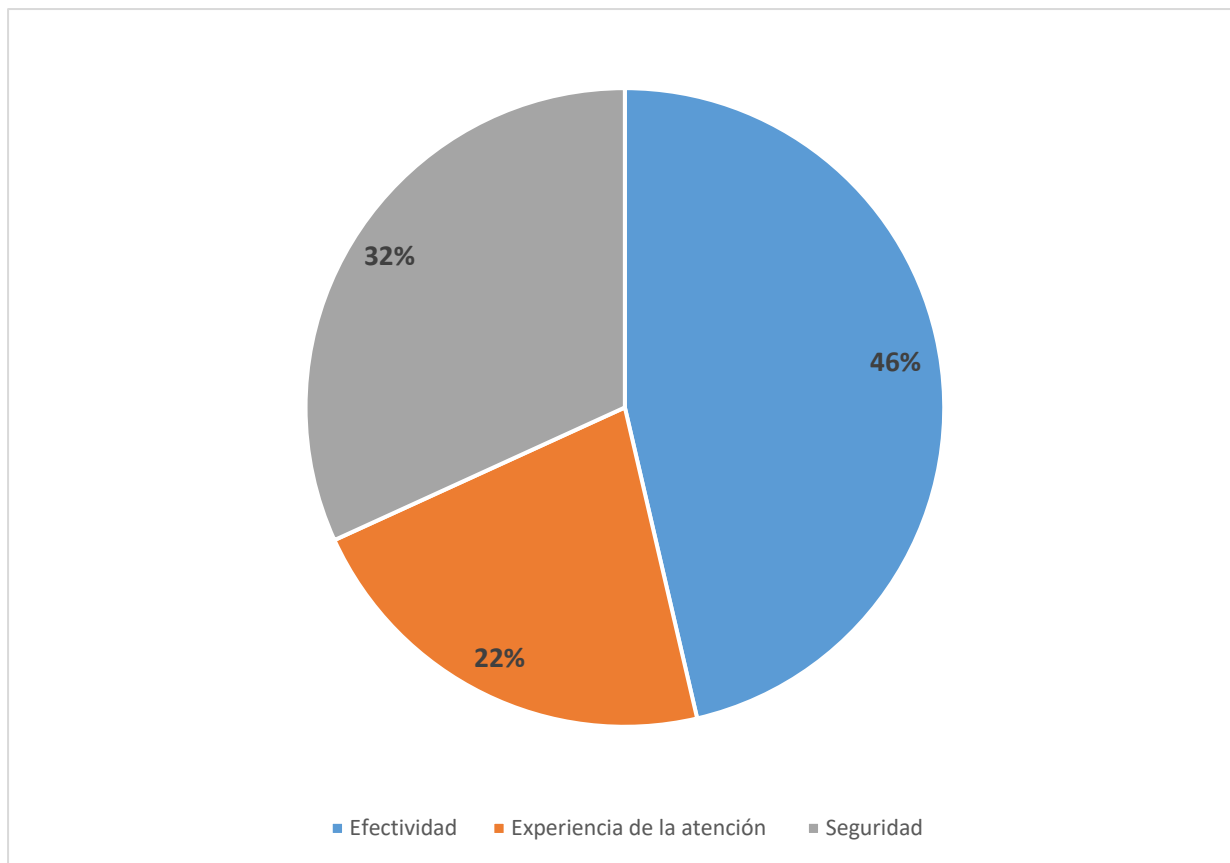
Ilustración 1. Distribución de los indicadores de calidad en salud de la Resolución 0256 de 2016 de acuerdo con los agentes del sector



Fuente: Elaboración propia con base en el Decreto 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

Como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Salud hace seguimiento a tres cualidades de la Calidad: efectividad, seguridad y experiencia de la atención. La Ilustración 2 presenta los indicadores clasificados de acuerdo a dichas cualidades, en donde se encontró que el 46% de los indicadores del sistema mide la efectividad, el 32% la seguridad y gestión del riesgo y la 22%. Lo anterior, muestra que los indicadores se definieron para estar acorde con lo que propone la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico –OCDE (7), lo cual, no es malo, sin embargo, no permite hacer seguimiento de la batería de indicadores anterior (Resolución 1446 de 2006), ni observar el comportamiento de los nuevos indicadores (Resolución 0256 de 2016) en periodos anteriores a febrero de 2016.

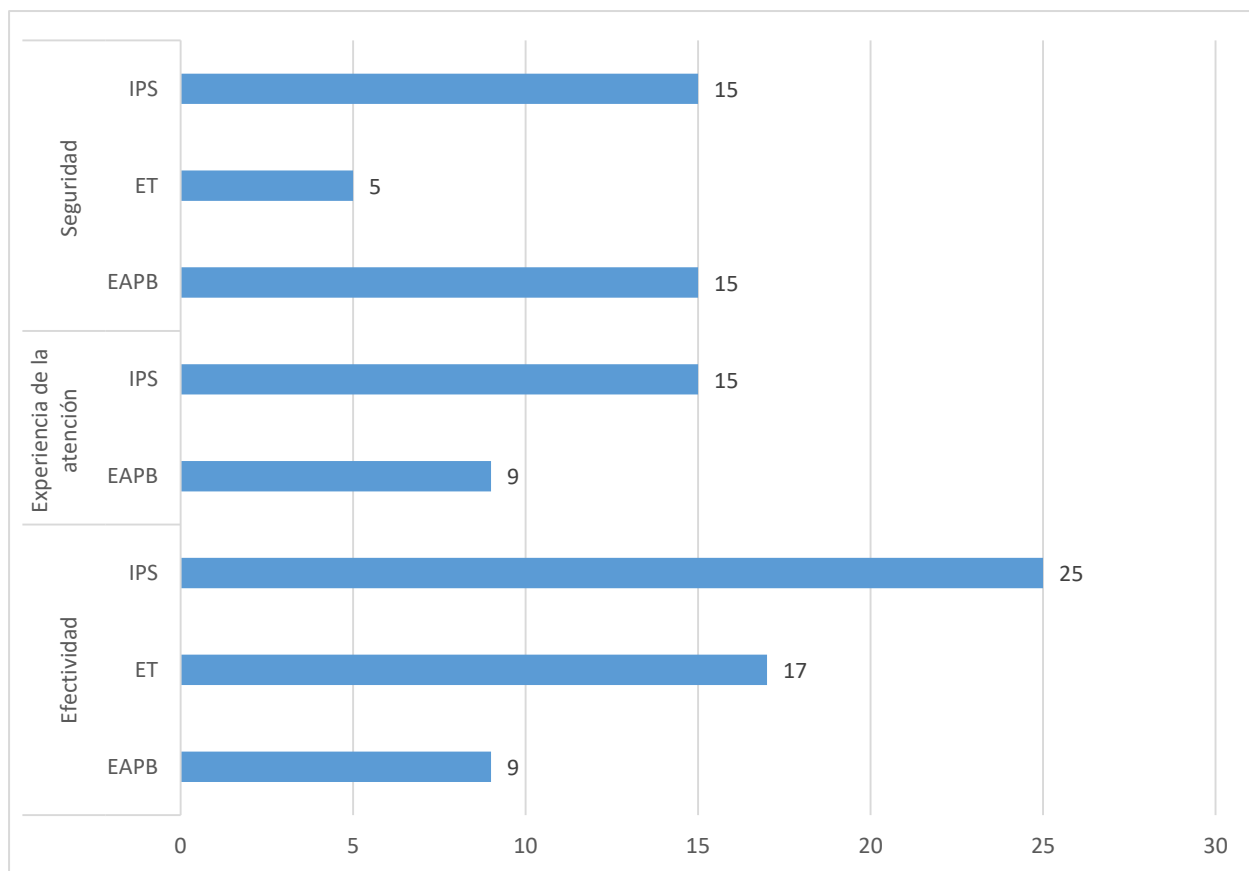
Ilustración 2. Distribución de los indicadores de la Resolución 0256 de 2016 entre efectividad, seguridad y experiencia de la atención



Fuente: Elaboración propia con base en el Decreto 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

La Ilustración 3 presenta los indicadores de la Resolución 0256 de 2016 clasificados por las cualidades mencionadas (efectividad, seguridad y experiencia de la atención) pero esta vez por agente del servicio, en esta ilustración puede entenderse como cada agente juega un papel determinante dentro del seguimiento de las cualidades de la calidad. Por ejemplo frente la efectividad del sistema es central el papel que juegan las IPS y el ente territorial, mientras que para la seguridad la responsabilidad esta compartida entre la IPS y la EAPB, en cuanto la experiencia del servicio nuevamente es la IPS quien tiene la mayor responsabilidad en cuanto a calidad del servicio se refiere.

Ilustración 3. Distribución de los indicadores de efectividad, seguridad y experiencia de la atención entre agentes del servicio

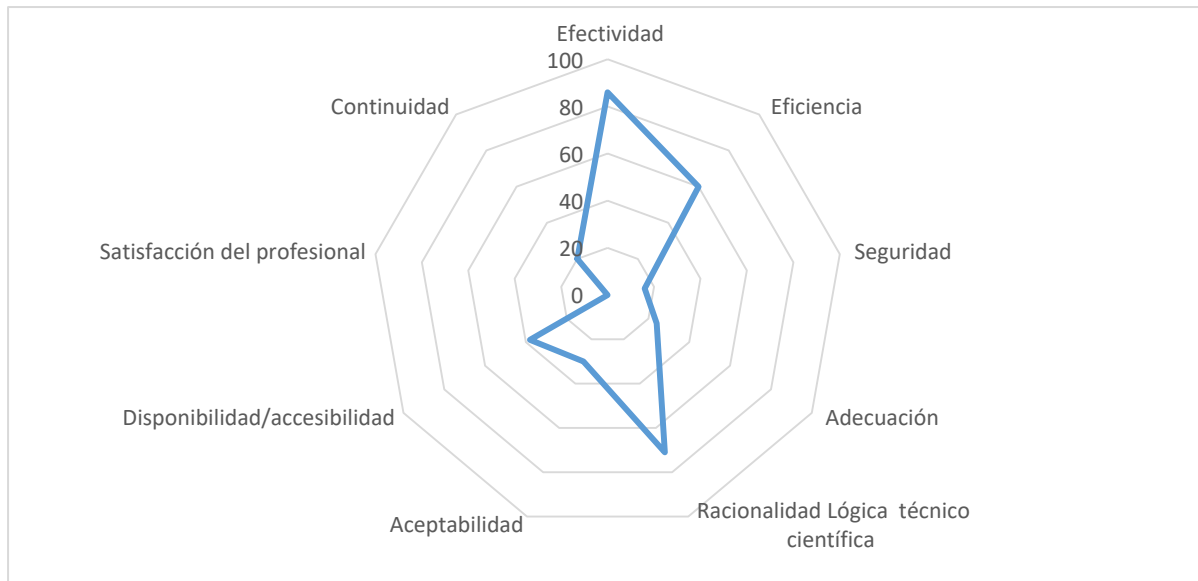


Fuente: Elaboración propia con base en el Decreto 0256 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social

6.2. Clasificación de los indicadores de la Resolución 0256 de 2016 de acuerdo con los principios de Calidad

En este ejercicio se clasificaron los indicadores que establece la Resolución 0256 de 2016 de acuerdo con las definiciones de los principios de Calidad que se encuentran en el apartado 4.4.1 del presente documento. Es importante mencionar que un indicador puede ser clasificado en varios principios al mismo tiempo.

Ilustración 4. . Indicadores del decreto 256 de 2016 clasificados por las dimensiones de la calidad en Salud



Fuente: Elaboración propia

En la Ilustración 4 podemos apreciar cómo se distribuyen los indicadores establecidos por la Resolución 0256 entre los diferentes principios de la calidad asistencial. La Gráfica muestra que los indicadores en su mayoría son de efectividad, eficiencia y calidad técnico científica, mientras que ningún indicador hace referencia a la satisfacción profesional y muy pocos hacen referencia a la aceptabilidad.

Estos resultados llaman la atención porque los indicadores se concentran mucho en principios de orden de eficiencia, efectividad y la racionalidad Lógica técnico-científica, pero deja de lado la satisfacción del usuario y del personal de salud (proveedor), un aspecto que es muy importante en todas las definiciones académicas de calidad en salud.

Tabla 1. Dominios de la Resolución 0256 de 2016 comparados con los principios de calidad asistencial

Decreto 0256 de 2016	Atributos de Calidad en salud								
	Efectividad	Eficiencia	Seguridad	Adecuación	Racionalidad lógico Técnico- científica	Aceptabilidad	Oportunidad /accesibilidad	Satisfacción del proveedor	Continuidad
Efectividad	25	4		9	14		8		14
Efectividad ET	17				17				

Decreto 0256 de 2016	Atributos de Calidad en salud								
	Efectividad	Eficiencia	Seguridad	Adecuación	Racionalidad lógico Técnico- científica	Aceptabilidad	Oportunidad /accesibilidad	Satisfacción del proveedor	Continuidad
Eficiencia		9			9				
Experiencia de la atención EAPB	9	9			9	9	8		
Experiencia de la atención IPS	15	15	1	15	2	15	15		
Gestión del riesgo	15	3			15	6	7		1
Gestión del riesgo ET	5	5			5				5
Seguridad		15	15						
Total	86	60	16	24	71	30	38		20

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1 se muestra como se clasifican los dominios-indicadores establecidos por la Resolución 0256 de 2016 frente a los principios de la calidad asistencial. Lo anterior, nos permite evidenciar que los indicadores que se refieren a experiencia de la atención tanto en las IPS como en las EAPB se pueden clasificar dentro de otros principios de la calidad diferentes a la satisfacción del proveedor y del usuario, lo cual indica que la experiencia en la atención no está siendo evaluada y seguida de manera adecuada por el Sistema de Aseguramiento de la Calidad.

6.3. Seguimiento de indicadores

Teniendo en cuenta que la resolución 0256 de 2016 y la resolución que le antecedió la 1446 de 2006, no establecen los mismos indicadores, no es posible hacer comparaciones entre unos y otros indicadores, por lo tanto, sólo es posible realizar el seguimiento al comportamiento de indicadores comparando los resultados obtenidos entre el primer semestre de 2016 y el segundo semestre de 2017.

Tabla 2. Seguimiento a 8 Indicadores

Indicador	Dominio	2015	2016 I	2017 II
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año	Efectividad IPS		49,96%	50,78%
Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización	Seguridad IPS		1,23	1,71
Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS	Experiencia de la atención IPS		92,92%	94,56%
Tasa de mortalidad en menores de 1 años	Efectividad EAPB		10,47	10,31
Proporción de pacientes hipertensos controlados	Gestión del riesgo EAPB	60,86%	Sin datos disponibles	Sin datos disponibles
Tiempo promedio en la asignación cita para medicina general	Experiencia de la atención EAPB		3,04	3,54
Razón de Mortalidad Materna	Efectividad ET		53,23	51,15
Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos	Gestión del riesgo ET		43,52	43,62

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 2 permite observar el comportamiento que registran indicadores en periodos cortos, se seleccionó un indicador por cada uno de los dominios que establece la Resolución 0256 de 2016.

- **Efectividad de la IPS:** Se seleccionó el indicador “*Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con toma de citología en el último año*” Este indicador presentó mejoras en el periodo estudiado.
- **Seguridad IPS:** “*Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización*” El indicador presenta un aumento en su tendencia, es decir el número de casos de caídas de pacientes aumentó.
- **Experiencia de la atención:** “*Proporción de satisfacción global de usuarios de IPS*” El indicador mostró un aumento leve, muestra que los usuarios se sienten más satisfechos con la atención que recibieron en ese periodo de tiempo.
- **Efectividad EAPB:** “*Tasa de mortalidad en menores de 1 año*” Su tendencia disminuye, de una manera muy leve, realmente no es significativa la disminución de muertes infantiles en niños menores de un año;

- Gestión del Riesgo EAPB “*Proporción de pacientes hipertensos controlados*”. El indicador muestra que el reporte total país con el que se cuenta para su consulta es del periodo 2015, no se puede hallar una tendencia para Colombia en los periodos de interés: 2016 – 2017.
- Experiencia de la atención EAPB “*Tiempo promedio en la asignación cita para medicina general*”. La tendencia aumenta, es más difícil el acceso a este tipo de consulta, por tanto mantiene una puntuación muy baja.
- Efectividad ET: “*Razón de Mortalidad Materna*”. Se presentó una reducción en la razón y en el número de casos de muertes maternas.
- Gestión del riesgo: “*Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos*” El indicador refleja cambios prácticamente nulos de un año a otro.

7. DISCUSIÓN

- Los indicadores de calidad dispuestos por la Resolución 0256 de 2016 se diseñaron para estar adecuados a los establecido por la OCDE en temas de calidad en salud, de tal manera que dichos indicadores responden a tres cualidades de la calidad en salud, que son la efectividad, la eficiencia y la experiencia de la atención. Sin embargo al analizar los indicadores se encontró que frente a la medición de la experiencia de la atención parece haber ciertos vacíos por cuanto no parece estarse midiendo la percepción de los usuarios, así como, la de los profesionales que prestan el servicio, descuidando un principio muy importante de la calidad asistencial.
- No hay trazabilidad entre los indicadores dispuestos en la Resolución 0256 de 2016 y los indicadores que estableció en su momento la Resolución 1446 de 2006, lo anterior ocurre porque la conceptualización de los indicadores fue totalmente diferente, para la resolución 0256 se definieron indicadores que buscan hacer seguimiento con base en los actores del sistema y como se mencionó en el punto anterior, adecuándose a los estándares OCDE. Como resultado no es posible hacer seguimiento a la evolución de ciertos indicadores

limitando el análisis, por ejemplo la información disponible para el dominio de gestión del riesgo corresponde únicamente al año 2015.

- La calidad de la información con que se alimenta el sistema de seguimiento a la calidad en Salud depende en gran medida de la oportunidad y eficiencia con que las IPS gestionen la información generada para ponerla a disposición de las autoridades del sector (Ministerio de Salud y de la Protección Social). Esto puede ser riesgoso por cuanto las IPS no están preparadas para gestionar la información de manera adecuada se requiere el fortalecimiento de las capacidades dentro de estos actores del sistema.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación se exponen las conclusiones y recomendaciones que deja este trabajo con respecto a los indicadores de calidad en la salud que actualmente utiliza el país para monitorear el estado de la calidad del servicio de salud.

1. El nuevo enfoque de monitoreo prevé que: "...el monitoreo para la calidad –en el cual los indicadores sea el 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– exige mecanismos de articulación entre los agentes del sistema de salud y promueve escenarios de construcción colaborativa en torno al mejoramiento continuo de la calidad de la atención." (Ministerio de Salud y Proyección Social, 2015). En este orden de ideas y de acuerdo con el enfoque centrado en los actores del sistema es necesario fortalecer la capacidad de las IPS para recolectar, almacenar y gestionar la información.
2. En sintonía con lo anterior, surge la necesidad de que se implementen mecanismos que permitan recoger información directa de los usuarios y de los

profesionales de la atención para que esta sea tomada en cuenta a la hora de formular políticas para mejorar la calidad de la atención, seguramente esto redundará en mejoras en la aceptabilidad por parte de los usuarios y por lo tanto en la calidad asistencial.

3. Es necesario que técnicamente se puedan hacer comparables los datos que se recogieron bajo la resolución 1446 de 2006 y lo dispuesto por la resolución 0256 de 2016, el Ministerio de salud debe realizar este trabajo de unificación de la información.
4. Como se mencionó anteriormente es importante que, haciendo uso de los datos obtenidos, las entidades competentes trabajen de manera continua para aumentar la puntuación de los indicadores más bajos: seguridad, adecuación, aceptabilidad, accesibilidad y continuidad, factores que son muy importantes para brindar un servicio óptimo. Es preocupante que en los periodos estudiados, estos indicadores no presenten signos de mejora, por tanto es imperioso tomar medidas como medir la satisfacción del profesional, como también desarrollar un plan para la mejora de estos indicadores, de la mano de profesionales y planes estratégicos para solucionar los problemas comunes que se presentan en la prestación del servicio. Lo anterior podría generar no solo un cambio sustancial en la percepción de la calidad de la salud, sino también posicionaría a Colombia entre los países con los más altos índices de efectividad de la prestación del servicio de salud en América Latina.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía Metodológica Sistema Estandar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
2. Ministerio de la Protección Social PdaalrdISyACdlGH. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad , Pautas de Auditoria para el mejorameinto de la Calidad de la Atención en Salud Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007.
3. Ministerio de la Protección Social - Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Bogotá: Imprenta Nacional; 2007.
4. Proceso Diagnósticos lymdedS. <https://www.preparadores.eu>. [Online].
5. Ministerio de Salud y Proyección Social. Informe Nacional de Calidad en Salud en Colombia. Bogotá; 2015.
6. Kerguelén CAB. Calidad en Salud en Colombia. Los Principios Bogotá: Editorial Scripto Ltda.; 2008.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión del Mejoramiento Continuo de la Calidad Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad Bogotá; 2016.
8. Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org. [Online].; 2012. Available from: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms&alias=1351-perfil-colombia-2012-sa&Itemid=688.
9. Ministerio de la Protección Social. USO Y FUNCIONALIDADES DEL OBSERVATORIO DE CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD: Charlie's Impresores.
10. Villegas Periñan MdM, Rosa Díaz IM. Calidad Asistencial: Concepto y Medida. Dirección y Organización. 2003;: p. 51-58.
11. Varo J. La Calidad de la atención médica. Medicina clínica. 1995;: p. 58 - 540.
12. Banco Mundial. Definición y uso de indicadores y metas del desempeño en los sistemas de seguimiento y evaluación de los Gobiernos. Premnotes. 2011.
13. Departamento Nacional de Planeación. Guía Metodológica para la Fomulación de Indicadores Bogotá: Scripto Gomez y Rosales; 2009.
14. Hernandez Torres F, Alcantara Balderas A, Contreas Colin H. Niveles de evaluación de la calidad. La calidad de la atención a la Salud en Mexico. 2012;: p. 47-58.
15. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. Control de Calidad Asistencial. 1991;: p. 31 -39.

- 16 Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial*. 2001;: p. 276 - 279.
- 17 Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clinica*. 2000;: p. 26-33.
- 18 Malagón Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde Gabriel G. *Garantía de la Calidad en Salud*. Bogotá: Panamericana; 2014.
- 19 Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2006 Abril 3..
- 20 Taylor SJ BR. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* Barcelona: Paidós; 1990.
- 21 Social MdSydIP. Decreto 780 de 2016. 2016..
- 22 Departamento Nacional de Planeación. *Guía Metodológica para la Formulación de Indicadores*. Bogotá: Scripto Gómez y Rosales; 2010.
- 23 Marin R. *Monitoreo y Evaluación Desarrollo de Indicadores*. Cali; 2006.
- 24 Informe Nacional de la Calidad en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y de la Protección Social, Calidad; 2015.