

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA
Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)						
								A	B	C	D	E	F	
DOMINIO: INDICADORES DE EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (EF)														
1. ATENCIÓN EN EL EMBARAZO		EF1.1.1	COBERTURA DE CONTROL PRENATAL	1	SI	Cociente entre el número de mujeres de 15-49 años con un nacimiento vivo en un determinado periodo de tiempo que recibieron atención prenatal cuatro o más veces y el número total de mujeres de 15-49 años con un nacimiento vivo en el mismo periodo, x 100.	OMS, sistema de información estadística, (whosis) http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/app_main/view_indicator.aspx?tid=80						X	
		EF1.1.2	PROMEDIO DE CONTROLES PRENATALES POR MUJER GESTANTE	2	No	Cociente del número de consultas de obstetricia y el total de partos para un territorio y periodo de tiempo determinado	Ministerio de salud pública. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Ciudad de la Habana, enero 2010						X	
		EF1.1.3	TASA DE MORTALIDAD FETAL TARDÍA	3	No	Cociente del número de defunciones fetales de 500 gramos y más de peso o de 28 semanas y más de gestación y el número de nacidos vivos de un territorio y periodo de tiempo dado multiplicado por 1000.	Ministerio de salud pública. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Ciudad de la Habana, enero 2010						X	
		EF1.1.4	PROPORCIÓN DE BAJO PESO AL NACER	4	SI	Número de niños recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos, ponderado en el momento de nacer o en las primeras horas de vida antes que la pérdida significativa de peso postnatal haya ocurrido, expresado por cada 100 nacidos vivos, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Unidad de medida: Por ciento	Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicative, Glosario de Indicadores, Washington DC, 2007 http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#A		X					
	2. ATENCIÓN PARTO		EF1.2.1	PROPORCIÓN DE PARTOS INSTITUCIONALES	5	SI	Expresa la proporción de los partos atendidos en una institución de salud con relación al número de nacidos vivos para un periodo de tiempo determinado. Unidad de medida: Por ciento	Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Grupo de las naciones unidas para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva York, 2006. Consejo nacional de política económica y social, Conpes, 91 de 2005: metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio 2015						X
			EF1.2.2	PROPORCIÓN DE NACIMIENTOS POR CESÁREA	6	SI	Es el resultado de dividir el número total de cesáreas realizadas en un periodo determinado en una institución entre el total de nacimientos atendidos en las unidades de esa institución de salud, multiplicado ese cociente por 100. Del total de partos se excluye: Presentación anormal (podalica o transversal), parto pretérmino, muerte fetal, gestación múltiple.	OMS sistema de información estadística (whosis) http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/lbn/en/ http://www.salud.gov.mx/unidades/evaluacion/notas/indicador39.pdf http://www.canadianinstituteforhealthinformation.ca/qualitymeasures/ahrqg/summary/summary.aspx?doc_id=9983		X	X			
	3. ATENCIÓN PREMATUREZ		EF1.3.1	PROPORCIÓN DE TAMIZAJE PARA RETINOPATIA DEL PREMATURO (ROP)	7	No	número de recién nacidos prematuros a los que se les aplican los criterios diagnósticos para ROP entre el número total de recién nacidos prematuros por 100. (*) (*) prematuros = población objeto = Recién nacidos pretérmino de <= 32 semanas de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos seleccionados según criterio del neonatólogo con PI mayor a 1800 gramos con curso clínico inestable y soporte cardiorrespiratorio prolongado.	Indicadores for quality improvement. https://mqi.c.nhs.uk						X
			EF1.3.2	PROPORCIÓN DE LOS NIÑOS SOBREVIVIENTES <30 SEMANAS GESTACIÓN SIN DISCAPACIDAD A LOS 2 AÑOS	8	No	Número de niños que cumplieron 2 años, sin discapacidad, que nacieron con menos de 30 semanas de gestación entre el total de niños nacidos con menos de 30 semanas de gestación por 100.	Indicadores for quality improvement. https://mqi.c.nhs.uk						X
	4. ATENCIÓN RECIÉN NACIDO		EF1.4.1	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL	9	No	Cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad (numerador) y el número total de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por mil. Expresa el riesgo absoluto de morir en los primeros 27 días de vida. Unidad de medida: Por mil nacidos vivos	OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d/ais/e/Glos.htm						X
			EF1.4.2	TASA DE MORTALIDAD NEONATAL PRECOZ	10	No	Cociente entre el número de fallecidos entre los (0-6 DÍAS) de edad y el número total de nacidos de un territorio y periodo de tiempo dado, multiplicado por 1000.	Ministerio de salud pública. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Ciudad de la Habana, enero 2010 Organización Mundial de la Salud. Sistema de información estadística de la OMS (WHOSIS). Estimated completeness of mortality data for latest year. http://www3.who.int/whosis/perinatal_and_neonatal_mortality . In preparation. Gnebra, Organización Mundial de la Salud.					X	
			EF1.4.3	PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON TAMIZAJE NEONATAL PARA HIPOFISIODISMO CONGÉNITO	11	SI	Relaciona la proporción de recién nacidos tamizados para detección oportuna de hipotiroidismo congénito en relación al total de nacidos vivos registrados en una población y un periodo determinado. Se obtiene de dividir el número de recién nacidos con detección oportuna de hipotiroidismo congénito entre el total de nacidos vivos atendidos en una población y periodo determinado, por cien.	Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Primera edición, 2007. P. 91-92 http://evaluacion.salud.gov.mx						X
	5. ATENCIÓN LACTANCIA		EF1.5.1	DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA	12	SI	Cociente entre los niños de 6 meses que reciben lactancia exclusiva, 6-8 meses que reciben leche materna y alimentación complementaria entre el total de niños que lactan por 100.	Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño. Gnebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. http://www.who.int/nutrition/publications/gp_infant_feeding_1.pdf						X
		EF1.5.2	TASA DE PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	13	No	Cociente del número de lactantes que se alimentan exclusivamente de lactancia materna, en la edad considerada y el número total de lactantes de esta edad en determinado espacio geográfico y año considerado, multiplicado por 100.	OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d/ais/e/Glos.htm Ministerio de salud pública. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Ciudad de la Habana, enero 2010.						X	
6. ATENCIÓN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS		EF1.6.1	TASA DE MORTALIDAD POR IRA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	14	SI	Se calcula como el cociente, para un año determinado, entre el número de defunciones estimadas, por enfermedades respiratorias agudas (códigos 460-466, 480-487 en la CIE 9 y 300-322 en la CIE 10) en los menores de 5 años, en un periodo de tiempo definido, y la población de menores de 5 años, multiplicado por 100.000.	OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d/ais/e/Glos.htm						X	
		EF1.6.2	TASA DE MORTALIDAD POR EDA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	15	SI	Se calcula como el cociente, para un año determinado, entre el número de defunciones estimadas por enfermedades infecciosas intestinales (códigos 001-009 en la CIE 9 y A00-A09 en la CIE 10) en los menores de 5 años, en un periodo de tiempo definido, y la población de menores de 5 años, multiplicado por 100.000. Unidad de medida: Por 100.000 habitantes.	OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d/ais/e/Glos.htm						X	
		EF1.6.3	TASA DE LETALIDAD POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) EN MENORES DE 5 AÑOS	16	No	Número de niños que fallecen por causa de IRA entre el Total de niños menores de 5 años que presentaron IRA por 100.	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.			X				
		EF1.6.4	TASA DE LETALIDAD POR ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA) EN MENORES DE 5 AÑOS	17	No	Número de niños cuya causa de muerte es EDA entre el número de pacientes menores de 5 años que presentaron EDA por 100.	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.			X				
7. INDICADORES GLOBALES MATERNO INFANTIL		EF1.7.1	INDICE DE MORTALIDAD MATERNA	18	No	Total de muertes maternas ocurridas en un periodo de tiempo / Sumatoria del total de muertes maternas mas los casos de mortalidad materna extrema ocurridos en un periodo de tiempo. / 100	Ministerio de la protección social. Dirección de salud pública. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization, 2003						X	
		EF1.7.2	RAZON DE MORTALIDAD MATERNA	19	SI	El cociente entre el número de muertes maternas en un año determinado y el número de nacidos vivos en ese mismo año expresado por 100.000 nacidos vivos, para un determinado país, territorio o área geográfica, según reportado por la autoridad sanitaria nacional. La muerte materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación de un embarazo, independientemente de la duración y año del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no debido a causas accidentales o incidentales.	OMS-OPS. Datos Básicos del Sistema de Salud. Glosario http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm Maternal mortality estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Gnebra, organización mundial de la salud, 2004. Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Grupo de las naciones unidas para el desarrollo. Naciones unidas. Nueva York, 2006.		X					
		EF1.7.3	TASA DE MORTALIDAD PERINATAL	20	SI	Cociente entre la suma del número de muertes fetales tardías (28 o más semanas completas de gestación según la CIE-9 o 22 o más semanas completas de gestación según la CIE-10) y el número de muertes neonatales precoces (menos de 7 días de vida) (numerador) y el número de nacidos vivos (denominador) en dicho año, multiplicado por mil. Expresa el riesgo absoluto de morir durante el periodo perinatal. Unidad de medida: Por mil nacidos vivos	OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d/ais/e/Glos.htm http://www.inhcc.com/HealthCare_Management/Indicators/Indicators_Mortality.htm						X	
	EF1.7.4	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	21	SI	El cociente entre el número de muertes de niños menores de 1 año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en ese año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos.	Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicative, Glosario de Indicadores, Washington DC, 2007. http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#C Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Grupo de las naciones unidas para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva York, 2006.						X		
2. ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	1. ATENCIÓN APLICACIÓN BIOLÓGICOS	EF2.1.1	PROPORCIÓN DE COBERTURAS DE VACUNACIÓN ADECUADOS EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO (COBERTURAS DE VACUNACIÓN: POLIO, RCG, DPT, HB, Hib).	22	SI	Proporción de niños menores de 1 año de edad con esquema de vacunación adecuado para la edad según las normas del Programa Ampliado de Inmunizaciones con relación al número total de niños menores de un año multiplicado por 100. Se expresa en indicadores de cobertura desglosados por tipo de vacunas y dosis inmunizantes respectivas a cada una de ellas.	Dirección General de Evaluación del Desempeño y la Dirección General de Información en Salud. Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2007. Pp. 152 Ministerio de salud pública. Indicadores básicos para el análisis del estado de salud de la población. Ciudad de la Habana, enero 2010.		X					
		EF2.1.2	PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE 1 AÑO DE EDAD VACUNADOS CONTRA EL SARAMPIÓN	23	No	El número de niños de 1 año de edad que han recibido una dosis de la vacuna contra el sarampión (en general en combinación con la rubéola y la parotiditis -SRP), expresado como porcentaje de la población a la mitad del año, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica. Unidad de medida: Por ciento	Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud Inicative, Glosario de Indicadores, Washington DC, 2007. http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#A Indicadores para el seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Grupo de las naciones unidas para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva York, 2006.						X	
		EF2.1.3	PROPORCIÓN DE POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS, QUE RECIBIERON VACUNA ANTI INFLUENZA.	24	No	Se obtiene de dividir el número de personas de 60 y más años que han recibido una dosis de vacuna de la Influenza entre el número total de personas de 60 y más años por 100.	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España, Diciembre de 2007. National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/qdr08/measurespec/index.html						X	
	2. ATENCIÓN ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	EF2.2.1	PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES	25	SI	Cociente del número de casos de cada una de las enfermedades vacunables declarados, en un año entre la población en ese año por 100.000. Se incluyen todos los casos notificados a la red nacional de vigilancia epidemiológica, de diagnósticos efectuados de enfermedades sujetas a declaración e incluidas en el calendario oficial de vacunación aprobado.	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España, Diciembre de 2007						X	

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA

Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)						
								A	B	C	D	E	F	
8. ENFERMEDADES CRÓNICA NO TRANSMISIBLES CARDIOVASCULARES	3. HTA	EFB.3.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONTROLADA	53	SI	Se obtiene de dividir el número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia entre el número total de pacientes hipertensos diagnosticados por 100.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.	X						
		EFB.3.2	TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDAD HIPERTENSIVA	54	SI	Número total de defunciones estimadas por enfermedad hipertensiva en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son CIE-10: I10 - I15.	OMS-OPS. Indicadores básicos para el monitoreo de la situación de la salud.						X	
	4. ICC	EFB.4.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONFIRMADO CON ECGARDIOGRAMA O POR LA CALIFICACIÓN DE ESPECIALISTAS	55	No	Número de pacientes del denominador, cuyo diagnóstico ha sido confirmado por un ecocardiograma o por la calificación especializada entre el total de pacientes con un diagnóstico de insuficiencia cardíaca por 100.	British Medical Association (BMA) and NHS Employers. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10. London (UK); British Medical Association, National Health Service Confederation; 2009 Mar. 162 p.							X
		EFB.5.1	TASA DE MORTALIDAD EN LA REPARACIÓN DEL ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL	56	No	Número de muertes por reparación del aneurisma de la aorta abdominal, dividido por el total de la población expuesta a procedimiento de reparación de aneurisma de aorta abdominal (AAA) durante el período por 100. Excluir casos: Transferencia a otro hospital a corto plazo Categoría Mayor de diagnóstico (MDC) 14 (embarazo, parto y puerperio), MDC 15 (recién nacidos y neonatos otros).	AHRQ Indicadores de calidad. Guía de indicadores de calidad hospitalaria: calidad de la atención en los hospitales - el volumen, la mortalidad y la utilización de la versión [3,1] Rockville (MD); Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2007 12 de marzo. Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse.			X				
	5. OTROS	EFB.5.2	TASA DE MORTALIDAD POR ENDARTERECTOMIA CAROTÍDEA	57	No	Número de muertes por cada 100 intervenciones de endarterectomía carotídea (CEA). Excluir casos: Menores de 18 años. La transferencia a otro hospital a corto plazo Categoría Mayor de diagnóstico (MDC) 14 (embarazo, parto y puerperio) MDC 15 (recién nacidos y neonatos otros).	AHRQ Indicadores de calidad. Guía de indicadores de calidad hospitalaria: calidad de la atención en los hospitales - el volumen, la mortalidad y la utilización de la versión [3,1] Rockville (MD); Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2007 12 de marzo.			X				
EFB.5.3		PROPORCIÓN DE PACIENTES CON UN EVENTO QUE LOS HACE ELEGIBLES PARA REMITIRLOS A UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA, QUE NO FUERON REMITIDOS A DICHO PROGRAMA	58	No	Número de pacientes con eventos que lo califican a una remisión del programa de rehabilitación cardíaca y que no fueron remitidos entre el número de pacientes hospitalizados con eventos que califican para remitirlos al programa de rehabilitación cardíaca por 100.	National Quality Measures Clearinghouse http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/ ACHS (Australian Council of Health Care Standards) 2008. Rehabilitation Medicine Indicators Clinical Indicator Users' Manual, Version 4 for Use in 2008. < http://chd.uow.edu.au/arcoc/documents/rehabilitation_indicators_users_manual.pdf >					X			
9. ENFERMEDADES CRÓNICA TRANSMISIBLES RESPIRATORIAS	1. EPOC	EF9.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EPOC QUE MUEREN DENTRO DE 30 DÍAS DE ADMISIÓN POR EXACERBACIÓN AGUDA	59	No	número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de EPOC que mueren dentro de los 30 días siguientes a su ingreso entre el número total de pacientes ingresados con diagnóstico de EPOC en el mismo periodo por 100.	The Danish National Indicator Project (PIN). http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project							X
		EF9.1.2	TASA DE ABANDONO DEL HABITO TABAQUICO EN PACIENTES CON EPOC	60	No	Numero de pacientes con EPOC que han dejado de fumar de acuerdo con las recomendaciones medicas entre el número de pacientes con EPOC que mantienen el habito de fumar por 100.	Indicador adaptado de The Danish National Indicator Project (PIN). http://www.nip.dk/about+the+danish+national+indicator+project							X
		EF9.1.3	TASA DE LETALIDAD POR EPOC	61	No	Número de pacientes cuya causa de muerte fue EPOC, el cual fue diagnosticado máximo 5 años antes del fallecimiento entre el número de pacientes con edad igual o mayor a 45 años que presentaron EPOC en los últimos 5 años por 100.	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.			X				
	EF9.1.4	TASA DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS CON EPOC	62	No	Número de personas con EPOC que están vivas luego de cinco años de seguimiento después del diagnóstico entre el total de personas diagnosticadas con EPOC por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.								X
	2. NEUMONIA	EF9.2.1	TASA DE MORTALIDAD POR NEUMONIA EN GRUPOS DE POBLACION DE MAYOR RIESGO	63	No	Número de muertes de pacientes con diagnóstico de neumonía en menores de 5 años y en mayores de 65 años dividido por el número total de pacientes afiliados en menores de 5 años y mayores de 65 años Unidad de medida Tasa por 1000	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.	X						
EF9.2.2	LETALIDAD POR NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD	64	No	Número de pacientes cuya causa de muerte es neumonía adquirida en la comunidad entre el número de pacientes que presentaron neumonía adquirida en la comunidad por 100.	Indicador propuesto por American Thoracic Society y por British Thoracic Society.			X						
10. ENFERMEDADES CRÓNICA TRANSMISIBLES DIABETES	1. DIABETES	EF10.1.1	TASA DE MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS	65	SI	Número total de defunciones estimadas por diabetes mellitus en una población total o de determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son las previstas en el código ICD-9 250 o la CIE-10 E10-E14.	http://www.inhcc.com/healthcare_management/indicators/indicators_mortality.htm							X
		EF10.1.2	TASA DE LETALIDAD POR COMPLICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS	66	No	Número de pacientes cuya causa de muerte fue una complicación de la diabetes mellitus, la cual fue diagnosticada máximo 5 años antes del fallecimiento. Entre el número de pacientes con edad igual o mayor a 45 años que presentaron diabetes mellitus en los últimos 5 años por 100.	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.			X				
	EF10.1.3	PROPORCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE 40 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DM QUE RECIBIERON LAS ATENCIONES RECOMENDADAS PARA MANEJO DE DIABETES DURANTE EL AÑO	67	No	Esta medida se utiliza para evaluar el porcentaje de pacientes diabéticos que han tenido un examen anual amplio documentado en los últimos 12 meses. Número de pacientes mayores de 40 años con seguimiento de hemoglobina glicosilada (HbA1c), fondo de ojo y examen de pies entre el número de pacientes con DM en el mismo periodo por 100.	HDC temas: la diabetes. [Internet]. Rockville (MD): Collaboratives dispartadas en la salud; 29 de junio 2006 [10 p.] National Quality Measures Clearinghouse http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/ National Healthcare Quality Report, 2008. www.ahrq.gov/qual/qdr08/measuresexp/index.html							X	
	EF10.1.4	TASA DE AMPUTACIONES DE MIEMBROS INFERIORES EN PERSONAS DIABÉTICAS	68	No	Se obtiene de dividir el número de altas de personas diabéticas a las que les ha sido practicada alguna amputación no traumática en miembros inferiores entre la Población diabética estimada en un año por 1.000. Numerador: incluye los códigos de 84.10 a 84.17 como diagnóstico principal (códigos de la clasificación internacional CIE-9-ICD-9-9.1).	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España. Diciembre de 2007. Indicador adoptado de OQIE (health care quality). National Healthcare Quality Report, 2008. www.ahrq.gov/qual/qdr08/measuresexp/index.html							X	
	1. IRC - ENFERMEDAD RENAL	EF11.1.1	TASA DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS CON FALLA RENAL (DIALISIS Y TRANSPLANTE)	69	No	Número de personas con falla renal que están vivas luego de cinco años de seguimiento después del diagnóstico entre el total de personas diagnosticadas con falla renal por 100.	Canadian Institute for Health Information. http://www.chi.ca/							X
EF11.1.2	TASA DE INCIDENCIA DE FALLA RENAL	70	No	Número de nuevos casos de pacientes con ERC que entraron en falla renal (estado 5: DFG <15ml/(min/1.73m2) entre el total de casos con diagnóstico de ERC por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.								X	
11. ENFERMEDADES CRÓNICAS TRANSMISIBLES RENALES	2. IRC - TRANSPLANTE	EF11.1.3	PROPORCIÓN PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A HEMODIALISIS CON DIALISIS ADECUADA (REDUCCIÓN NÍVEL UREA MENOR DEL 60%)	71	No	Número de pacientes mayores de 18 años en diálisis renal con niveles de control de urea < de 65% entre el número total de pacientes en hemodilisis mayores de 18 años.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/qdr08/measuresexp/index.html							X
		EF11.1.2	PROPORCIÓN DE PACIENTES EN DIALISIS CON REGISTRO EN LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL	72	No	Pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESDT) en la lista de espera de trasplante renal a 31 de diciembre del año medido entre el total de pacientes menores de 70 años con ESDR en el año. Los pacientes que recibieron un trasplante en cualquier momento de un diagnóstico vivo son excluidos de la medida.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008. www.ahrq.gov/qual/qdr08/measuresexp/index.html							X
	EF11.2.2	TASA DE SUPERVIVENCIA FUNCIONAL DEL TRANSPLANTE RENAL A 3 AÑOS	73	No	Tasa por millón de habitantes de pacientes en insuficiencia renal crónica con trasplante funcional a 31 de diciembre de cada año. Nº de injertos funcionantes, por órgano a los 3 años entre el total de injertos implantados por órgano por 100.	Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España. Diciembre de 2007.							X	
12. ENFERMEDADES CRÓNICA TRANSMISIBLES FACTORES DE RIESGO	1. SOBREPESO	EF12.1.1	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE SOBREPESO EN POBLACION DE 18-64 AÑOS	74	SI	El número de adultos con sobrepeso, registrada en un punto específico en el tiempo, entre la población adulta 18 a 64 años de edad, total o de determinado sexo, expresado como un porcentaje de esa población, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. El sobrepeso se define como un IMC igual o superior a 25 kg/m2.	World health organisation. Global database on body mass index (BMI). OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d5/d5le5/d5le5c5.htm Organización Panamericana de la Salud, Análisis de Salud y Estadísticas (HA). Regional de Datos Básicos de Salud (Indicativos), Glosario de Indicadores, Washington DC, 2007 http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#A							X
		EF12.1.2	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE OBESIDAD (II) EN POBLACION DE 18-64 AÑOS POR SEXO	75	No	El número de adultos con obesidad clase II (35,0 a 39,9 Kg/m2) registrada en un punto específico de tiempo entre la población adulta total o de determinado sexo, expresado como un porcentaje de esa población, para un año dado, en un determinado país o región geográfica.	World health organisation. Global database on body mass index (bmi). Indicador adaptado de los indicadores de OMS-OPS. Datos básicos de salud para las Américas. http://www.paho.org/spanish/d5/d5le5/d5le5c5.htm							X
	EF12.2.2	PROPORCIÓN DE PREVALENCIA DE OBESIDAD MORBIDA (III) EN POBLACION DE 18-64 AÑOS POR SEXO	76	No	Porcentaje de adultos clasificados como obesos grado III (IMC > 40,00 kg / m²) en la población total de adultos (15 años y mayores).	World health organisation. Global database on body mass index (bmi). OMS Sistema de Información Estadística (WHOSIS). http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/1pou/en/							X	
3. MEDICIÓN DE FACTORES DE RIESGO	EF12.3.1	TASA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ECNT	77	No	Número de personas mayores de 14 años identificadas con algún factor de riesgo ECNT(*) entre el total de personas mayores de 14 años atendidas. (*) Hipertensión arterial, HTA, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, sedentarismo, antecedentes familiares en primer grado de ECNT.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X	
13. CÁNCER	1. CÁNCER GASTRICO	EF13.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA CÁNCER GASTRICO	78	No	Número de personas a las que se les realiza endoscopia como prueba de tamizaje para detección de CÁNCER de estomago gástrico entre la población a riesgo por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X
		EF13.1.2	TASA DE SUPERVIVENCIA A CINCO AÑOS DE CÁNCER GASTRICO	79	No	Porcentaje de personas en un estudio o grupo de tratamiento que están vivas durante un determinado periodo después del diagnóstico o del tratamiento. Número de casos de cáncer gástrico que sobreviven cinco años después del tratamiento, entre el número de casos de cáncer gástrico diagnosticados por 100.	Health Care Quality Indicators. OECD http://www.oecd.org/health/hqi/ Instituto Cáncer Nacional http://www.CANCER.gov/espanol							X
		EF13.1.3	TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER GASTRICO	80	SI	El número total de defunciones estimadas por neoplasias malignas de los órganos digestivos y peritoneo en la población total o de determinado sexo y / o edad, dividido por el número total de esa población, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Las causas básicas de muerte agrupadas en esta categoría son los códigos ICD-9 150-159 o códigos CIE-10 C15 - C26.	OMS-OPS. Datos Básicos del Sistema de Salud- glosario. http://www.paho.org/english/sha/glossary.htm#f							X

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA
Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)						
								A	B	C	D	E	F	
DOMINIO: INDICADORES DE SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE (SG)														
1. ADMINISTRACIÓN CLÍNICA	ERROR IDENTIFICACION	SG1.1.1	NÚMERO DE CASOS DE ENTREGA EQUIVOCADA DE UN NEONATO	1	No	Total de neonatos entregados equivocadamente durante el periodo/ Total de neonatos atendidos durante ese periodo en la institución por 100	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS).							
		SG1.1.2	PROPORCIÓN DE ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN DE MUESTRAS DE LABORATORIO. (proporción de muestras identificadas correctamente).	2	No	Número de muestras de laboratorio con errores de identificación entre el número total de muestras de laboratorio evaluadas en el periodo por 100.	Paquetes instruccionales de la guía técnica buenas practicas en seguridad del paciente. Adoptado del indicador: percentage of simple radiographs that are correctly identified, de la Nacional Quality Measures Clearinghouse.		X			X		
		SG1.1.3	TASA DE FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO	3	No	Numero de fallos en la identificación del paciente quirúrgico entre el total de intervenciones quirúrgicas por 1000.	Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). Manual clinico de 2009.		X			X		
		SG1.1.4	PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE	4	No	Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete / Total de pacientes identificados con brazalete.	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.					X		
2. ROBO NIÑOS	ROBO PERTENENCIAS	SG1.2.1	NÚMERO DE CASOS DE ROBO INTRASTRUCTURAL DE NIÑOS	5	No	Número de niños perdidos intrahospitalario entre el total de niños atendidos en la Institución por 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS).						X	
		SG1.3.1	NÚMERO DE CASOS DE PÉRDIDA DE PERTENENCIAS DE USUARIOS	6	No	Total casos de perdidas institucionales entre el total de usuarios atendidos en el periodo por 100	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)						X	
1. ANESTÉSICAS		SG2.1.1	TASA DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS	7	No	Altas con códigos de diagnóstico ICD-9-CM correspondientes a complicaciones de la anestesia en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 100 altas entre el total de 5 altas quirúrgicas. Están excluidos los pacientes con cualquier código de diagnóstico de intoxicación por anestesia E85.1, 968.1-4, 968.7 y cualquier código de diagnóstico de drogadicción activa, abuso de drogas sin dependencia activa, o lesiones autoinfligidas por 1000.	AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2003 Version 3.1 (March 12, 2007) http://www.qualityindicators.ahrq.gov Health care quality indicators project - Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries.						X	
		SG2.1.2	TASA DE MORTALIDAD ASOCIADA CON LA ANESTESIA	8	No	Muertes relacionadas con la anestesia por cada 100 000 procedimientos anestésicos.	Charting the Safety and Quality of Health Care in Australia. Australian Council for Safety and Quality in Health Care and the National Institute of Clinical Studies. 1-6-2004						X	
		SG2.1.3	INGRESO NO PROGRAMADO A UCI LUEGO DE PROCEDIMIENTO QUE IMPLICA LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA	9	No	Número total de pacientes que tienen un ingreso no planificado a una unidad de cuidados intensivos dentro de las 24 horas de un procedimiento que implica la aplicación de anestesia durante el periodo de tiempo de estudio, entre el número total de pacientes que reciben anestesia, durante el periodo de tiempo de estudio por 100.	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2009. ULTIMO NSW: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2009 Jan. 853 p.						X	
		SG2.1.4	TASA DE TOXICIDAD POR ANESTÉSICOS	10	No	Número de complicaciones en anestesiología, secundaria a toxicidad por anestésicos/ Número de procedimientos anestésicos (un mismo paciente puede tener varios procedimientos anestésicos durante una atención)Por 100	Department of health and human services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006: agency for healthcare and research quality.		X	X				
		SG2.1.5	PROPORCIÓN DE PACIENTES CON EVALUACIÓN PRE ANESTÉSICA ANTES DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EFECTIVOS	11	No	Número de pacientes con evidencias en la historia clínica de evaluación preanestésica una semana antes del procedimiento quirúrgico entre el número total de pacientes con cirugía electiva de bajo riesgo por 100.	National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/					X		
		SG2.1.6	TASA DE LESIONES DURANTE LA APLICACIÓN DE ANESTESIA REGIONAL	12	No	Número de complicaciones en anestesiología, relacionadas con anestesia regional diferentes a la toxicidad por anestésicos, y las relacionadas con la manipulación de la vía aérea, es decir, lesiones tales como, lesiones de nervio periférico, hematomas, caídas, sitio erróneo de la anestesia, ruptura de la duramadre, abscesos epidurales, entre otros entre el número de procedimientos anestésicos regionales, tanto centrales como periféricos (un mismo paciente puede tener varios procedimientos anestésicos durante una atención). Unidad de medida: Tasa por 1000	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.					X		
2. QUIRÚRGICAS		SG2.2.1	PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA A QUIENES NO SE LES REALIZA CONTROL DE PRUEBAS DE COAGULACIÓN	13	No	Total de pacientes con trombosis venosa entre el total de pacientes anticoagulados a los que se les realizó pruebas de coagulación por 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)						X	
		SG2.2.2	PROPORCIÓN DE PACIENTES ADULTOS CON EMBOLISMO PULMONAR O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA POSOPERATORIA	14	No	Altas con códigos ICD correspondientes a trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 100 altas quirúrgicas entre el total de altas quirúrgicas. Están excluidos los pacientes con diagnóstico principal de trombosis venosa profunda. Todos los ingresos obstétricos (MDC 14 y 15). Todos los pacientes con código de intervención secundario 36.7 cuando dicha intervención tenga lugar en el día previo a la intervención principal.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grd08/measureindex.html						X	
		SG2.2.3	TASA DE HEMATOMA O HEMORRAGIA POSQUIRÚRGICA	15	No	Total de pacientes con hematoma o hemorragia posquirúrgica entre el total de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Casos excluidos: Pacientes que al momento del ingreso presentan hematoma o hemorragia posquirúrgica. Pacientes post-cesárea. Unidad de medición: Tasas por 1,000 pacientes intervenidos quirúrgicamente.	AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente (versión 3.1). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. AHRQ Quality Indicators Web Site: http://www.qualityindicators.ahrq.gov				X			
		SG2.2.4	REVISIÓN DE REEMPLAZOS ARTICULARES POR TRICHO TARDÍO DE LA REHABILITACIÓN	16	No	Número de pacientes que inician tardíamente su rehabilitación luego de un reemplazo articular / número total de pacientes que tuvieron reemplazo de dispositivos de trasplante articular, en el mismo periodo de tiempo.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)							X
		SG2.2.5	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTE EQUIVOCADO, EN LUGAR EQUIVOCADO, PROCEDIMIENTO ERRÓNEO E IMPLANTE EQUIVOCADO	17	No	Número de operaciones efectuadas a un paciente que no debe recibirlos, en el lado del cuerpo equivocado, o en un órgano que no debe recibirlos, procedimientos erróneos e implantes equivocados entre el total de todas las operaciones.	National Quality Measures Clearinghouse http://www.qualitymeasures.ahrq.gov					X		
		SG2.2.6	PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS QUE SE DEJÓ UN CUERPO EXTRAÑO	18	No	Altas por óvulo de cuerpo extraño durante la intervención en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 100 altas quirúrgicas entre el total de altas médicas y quirúrgicas.	AHRQ indicadores de calidad. Indicadores de seguridad del paciente: las especificaciones técnicas (versión 3.2). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008 AHRQ Quality Indicators Web Site: http://www.qualityindicators.ahrq.gov				X			
3. OBSTÉTRICAS		SG2.2.7	TASA DE MORTALIDAD EN CIRUGÍAS PROGRAMADAS	19	No	Relaciona el número de defunciones de pacientes en cirugías programadas, con el total de procedimientos quirúrgicos programados. Número total de pacientes sometidos a cirugía programada, que fallecen durante la cirugía o en las 48 horas siguientes entre el número total de pacientes intervenidos con cirugía programada.	Anexo Técnico Nº 2 de la Resolución 1043 de 2006. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.						X	
		SG2.2.8	TASA DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS	20	No	Relaciona el número de complicaciones quirúrgicas con el total de procedimientos. Numero de complicaciones QUIRÚRGICAS entre el total de procedimientos quirúrgicos realizados durante el periodo por 100.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grd08/measureindex.html Anexo Técnico Nº 2 de la Resolución 1043 de 2006. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.						X	
		SG2.3.1	PROPORCIÓN DE MATERNAS CON CONVULSIÓN INTRAHOSPITALARIA	21	No	Número de mujeres gestantes con evento de convulsión registrado en historia clínica / número de mujeres gestantes atendidas, en el mismo periodo y lugar x 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS).						X	
		SG2.3.2	ASFIXIA PERINATAL (EHI DEL RN)	22	No	Número de recién nacidos con diagnóstico clínico de asfixia perinatal / número total de recién nacidos vivos, en el mismo periodo de tiempo y lugar x 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)						X	
		SG2.3.3	DISTOCIA INADVERTIDA	23	No	Número de mujeres gestantes que presentaron parto vaginal distócico no advertido durante los controles prenatales / número total de mujeres gestantes que tuvieron un parto vaginal distócico en un mismo periodo de tiempo y lugar x 100	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)						X	
		SG2.3.4	TASA DE TRAUMATISMO NEONATAL	24	No	Número de casos de traumatismo neonatal en cualquier campo de diagnóstico por cada 1000 niños nacidos con vida. Están excluidos los niños con hemorragia subdural o cerebral (subgrupo del código de traumatismo neonatal) y cualquier código de diagnóstico de parto prematuro (correspondiente a un peso al nacer de menos de 2,500 g y menos de 37 semanas de gestación). Están excluidos los niños lesiones esqueléticas (767.3, 767.4) y cualquier código de diagnóstico de osteogénesis imperfecta (756.51).	AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente (versión 3.1). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. AHRQ indicadores de calidad. Indicadores de seguridad del paciente: las especificaciones técnicas (versión 3.2). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008 10 de marzo.				X			
4. SEQUELAS REANIMACIÓN	POR	SG2.3.5	TASA DE TRAUMA OBSTÉTRICO (EN PARTO POR CÉSAREA)	25	No	Los casos de trauma obstétrico por cada 1,000 partos por cesárea. Cociente del total de pacientes con trauma obstétrico durante una cesárea entre el total de cesáreas por 1000.	AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente (versión 3.1). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. AHRQ Quality Indicators Web Site: http://www.qualityindicators.ahrq.gov Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.				X			
		SG2.3.6	TASA DE TRAUMA OBSTÉTRICO (EN PARTO VAGINAL)	26	No	Los casos de trauma obstétrico (desgarros de grado III o IV) por cada 1,000 partos vaginales asistidos. Cociente del total de pacientes con desgarros grado III ó IV durante la atención del parto entre el total de partos vaginales atendidos durante el periodo por 1000. Casos excluidos: Recién nacido con peso igual o mayor a 4,000 gramos. Incluye los partos asistidos con instrumental.	AHRQ indicadores de calidad. Guía de indicadores de la seguridad del paciente (versión 3.1). Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ) de AHRQ Pub.; 2007 12 de marzo. AHRQ Quality Indicators Web Site: http://www.qualityindicators.ahrq.gov Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.				X			
		SG2.3.7	PROPORCIÓN DE CASOS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO POST - PARTO	27	No	Número de mujeres con complicación por shock hipovolémico en el post parto inmediato y hasta 48 horas entre el número total de partos (vaginales y por cesarea) en el mismo periodo por 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS).						X	
4. SEQUELAS REANIMACIÓN	POR	SG2.4.1	NÚMERO DE CASOS DE SEQUELAS POST - REANIMACIÓN	28	No	Número de pacientes que requirieron procedimiento de reanimación cardiorespiratoria y presentaron secuelas post reanimación / número total de pacientes que requirieron reanimación cardiorespiratoria en un mismo periodo de tiempo y lugar x 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (PPS)						X	
		SG2.4.2	TASA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA MANIPULACIÓN DE LA VÍA AÉREA	29	No	Número de complicaciones en anestesiología secundarias a la manipulación de la vía aérea. Entre el número de procedimientos anestésicos con manipulación de la vía aérea. Unidad de medida: Tasa por 1000	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.				X			

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA
Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)							
								A	B	C	D	E	F		
1. INFECCIÓN LINEA CENTRAL		SG3.1.1	TASA DE INFECCIÓN DE TORRENTE CIRCULATORIO ASOCIADA A LÍNEA CENTRAL (Incluye bacteremia, fungemia, Septicemia)	30	SI	Cociente del total de INFECCIONES del torrente circulatorio asociada a la introducción de una línea central entre el número total de días catéter por 1000.	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users manual 2008. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2007 Doc. p. 776. National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/		X	X	X	X			
		SG3.1.2	PROPORCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA CON INFECCIÓN SANGUÍNEA ASOCIADA A LA INTRODUCCIÓN DE UN CATÉTER CENTRAL	31	No	Total de pacientes de la unidad de cuidados intensivos pediátrica con infección sanguínea que se encuentre asociada a la introducción de un catéter central entre el Número total de catéteres centrales insertados en la unidad de cuidados intensivos pediátrica por 100.	National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/				X				
		SG3.1.3	RAZÓN DE UTILIZACIÓN DE CATÉTERES CENTRALES EN LAS UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO (UCI) DE ADULTOS	32	No	Número total de catéteres centrales insertados en la UCI de adultos entre el número total de días-paciente en la UCI de adultos.	National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/				X				
2. INFECCIÓN NEUMONIA		SG3.2.1	NÚMERO DE CASOS DE PACIENTES CON NEUMONÍAS CON BRONCOPNEUMONÍAS EN PEDIATRÍA O UCI NEONATAL	33	No	Se obtiene de dividir el número de pacientes con neumonía intrahospitalaria entre el total de pacientes con neumonía en los servicios de pediatría en el periodo estudiado por 100.	Ministerio de la Protección Social. Eventos Adversos Prestadores de Servicios de Salud (EPS)							X	
		SG3.2.2	TASA DE NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAVV)	34	SI	Se obtiene de dividir el número de pacientes con neumonía asociada al ventilador entre el número de días ventilador en el periodo estudiado por 1000.	Department of health and human services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006; agency for healthcare and research quality.		X					X	
3. INFECCIÓN QUIRÚRGICA		SG3.2.3	PROPORCIÓN DE DÍAS DE VENTILACIÓN MECÁNICA CON LA CABECERA DEL PACIENTE ELEVADA A 30 GRADOS O MÁS	35	No	Sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica con la cabecera de la cama (HOB) elevada a 30 grados o más, en todas las observaciones posibles durante un determinado día (durante todo el día) entre la sumatoria de días de estancia de los pacientes con ventilación mecánica por 100.	American Society of Anesthesiologists, Medical Consortium for Performance Improvement @. Anesthesiology and critical care measurement set performance. Chicago (IL): American Medical Association; 2007.				X				
		SG3.3.1	PROPORCIÓN DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO (ISO)	36	SI	Se obtiene de la glificación de la fórmula entre el número de casos de ISO (todos los pacientes que durante el seguimiento en el postquirúrgico de la cirugía específica, presentaron una infección de sitio operatorio) y el total de pacientes operados en la institución en ese periodo (total de pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico específicos) por 100.	Division of healthcare quality promotion national center for infectious diseases Atlanta, ga, usa. "the national healthcare safety network (nhsn) manual", patient safety component protocol. last updated January 2008. Ministry of health and long-term care, "best practices for surveillance of health care-associated infections in patient and resident populations", provincial infectious diseases advisory committee (pidac), ontario canada, June 2008.			X			X		
4. INFECCIÓN SANGRE		SG3.3.2	TASA DE INFECCIÓN POSTQUIRÚRGICA	37	No	Pacientes con infección posquirúrgica de cirugías electivas entre el total de pacientes con cirugías electivas (Unidad de medida: Tasa por 1,000 pacientes con cirugías electivas.	Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Indicador de seguridad del paciente propuesto por Agency for Healthcare and Research Quality.		X						
		SG3.4.1	PROPORCIÓN DE SEPSIS POSOPERATORIA	38	No	Altas con código ICD correspondiente a sepsis en cualquier campo de diagnóstico secundario por cada 100 altas de la población de riesgo entre el total de las altas de cirugía programada. Están excluidos los pacientes con un diagnóstico principal de infección, con un código de insuficiencia inmunológica o cáncer. Sólo están incluidos los pacientes con una estancia de duración superior a tres días. Están excluidos todos los ingresos obstétricos (MDC 14 y 15).	AHRQ quality indicators. Pediatric quality indicators: technical specifications (version 3.2). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2008 Feb 29, various p.							X	
3. INFECCIÓN ASOCIADA A ATENCIÓN EN SALUD		SG3.4.2	NÚMERO DE CASOS DE SEPSIS POSOPERATORIA	39	No	Casos de sepsis por cada 1,000 pacientes sometidos a cirugía electiva con un procedimiento en el quirófano y una media de estancia de 4 días o más. Se obtiene de dividir la relación entre el número de total casos sepsis posoperatoria/total de pacientes operados por 1000. Excluir casos: Pacientes inmunocomprometidos o con cáncer Embarazo, parto y puerperio Con una duración de la estancia de menos de 4 días	AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2003 Version 3.1 (March 12, 2007) http://www.qualityindicators.ahrq.gov							X	
		SG3.5.1	TASA DE INFECCIÓN URINARIA ASOCIADA A CATÉTER VESICAL (IUCV)	40	SI	Se obtiene de dividir el número de pacientes con infección urinaria sintomática secundaria a catéter vesical entre el número total de días catéter por 1000.	Department of Health and Human Services. Guide to patient safety indicators. Rockville; 2006; Agency for Healthcare and Research Quality. Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, 2006							X	
6. INFECCIÓN UTERO		SG3.6.1	PROPORCIÓN DE ENDOMETRITIS	41	SI	Se obtiene de la relación entre el número de endometritis y el total de partos (vaginal o cesárea) por 100. Dividir el número de endometritis estilizcándolas por tres categorías: 1. Endometritis post parto 2. Endometritis post-cesárea con trabajo de parto 3. Endometritis post-cesárea sin trabajo de parto	Ministerio de la protección social. Dirección de salud pública. Indicador de calidad en la atención del paciente propuesto por National Quality Measures Clearinghouse.						X	X	
7. FLEBITIS POR VENOPUNCION		SG3.7.1	TASA DE FLEBITIS ASOCIADA A CATÉTER PERIFÉRICOS	42	No	Pacientes con flebitis asociada a catéter venoso periférico entre el número de días con catéter venoso periférico por 1000.	Ministerio de la protección social. Observatorio de calidad de la atención en salud. Department of health and human services. Guide to patient safety indicators. rockville; 2006; agency for healthcare and research quality.				X			X	
8. ULCERAS DE PRESION		SG3.8.1	TASA DE ULCERAS POR PRESIÓN AL ALTA HOSPITALARIA	43	No	Cociente de la relación del número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con diagnóstico de úlceras por presión, en un año entre el total de altas del periodo de más de 4 días de estancia en ese año por 1000. El numerador incluye todas aquellas altas en las que consta, en cualquier posición de diagnóstico secundario, el código 707.0 de la clasificación CIE-9-NC. Exclusiones: Altas con días de estancia inferior o igual a 4. Úlceras de decúbito como diagnóstico principal. Altas de categoría diagnóstica mayor (CDM 9) (piel y tejido subcutáneo), 14 (Embarazo, parto y puerperio), pacientes con diagnósticos de hemiplejía y paraplejía, esma bilda o daño cerebral por anoxia (definición de la Agency for Healthcare Research and Quality).	National Quality Measures Clearinghouse http://www.qualitymeasures.ahrq.gov Health Care Quality Indicators Project. OCE Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España. Diciembre de 2007.		X		X				
		SG3.8.2	PROPORCIÓN DE COMPLICACIONES DE PACIENTES CON ULCERAS DE PRESIÓN	44	No	Número de pacientes con úlceras por presión que presentaron complicaciones clínicamente significativas, en el periodo entre el número de pacientes con úlceras por presión, en el periodo por 100.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grd08/measurespec/index.html						X		
9. INFECCIÓN GLOBAL		SG3.9.1	INDICE GLOBAL DE INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA (IGH)	45	SI	Se define como el número de INFECCIONES intrahospitalarias respecto al número de pacientes que egresaron de hospitalización. Unidad de medida: Relación porcentual	Anexo técnico Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá - Dirección de salud pública. Protocolos de vigilancia en salud pública. Vigilancia epidemiológica de INFECCIONES intrahospitalarias.	X							
		SG3.9.2	TASA GLOBAL DE INFECCIÓN ASOCIADA AL CUIDADO DE LA SALUD	46	No	Se obtiene de la relación del número total de los egresos hospitalarios médicos y quirúrgicos, admisiones obstétricas en mayores de 18 años presenta como diagnóstico secundario INFECCIONES asociadas al cuidado de la salud* entre el total de pacientes que reciben cuidado de la salud por días de estancia. Unidad de medida: Tasa por 1000 eventos * Excluyendo pacientes con cáncer e inmunodeprimidos, las estancias de 2 días, y los ingresos específicamente para tales INFECCIONES.	AHRQ Quality Indicators. Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. March 2003 Version 3.1 (March 12, 2007) http://www.qualityindicators.ahrq.gov National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grd08/measurespec/index.html								
4. MEDICACIÓN / FLUIDOS INTRAVENOSOS	1. MEDICAMENTOS	SG4.1.2	PROPORCIÓN DE REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS	47	No	Se obtiene de la relación del número de casos notificados de reacción adversa a medicamentos según el código CIE 10, causados en un periodo determinado entre la población medicada durante ese periodo por 100.	Towards national indicators of safety and quality in health care. Australian Institute of Health and Welfare. September 2005. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. España. Diciembre de 2007.							X	
		SG4.1.3	NÚMERO DE CASOS CON ERROR EN LA MEDICACIÓN	48	No	Pacientes adultos mayores de 18 años que recibieron medicamentos inapropiados potencialmente (medicamentos recetados incluyen todos los medicamentos recetados inicialmente, comprados u obtenido durante el año calendario).	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grd08/measurespec/index.html DoHA 2002. Australian Government Department of Health and Ageing 2002. The National Strategy for Quality Use of Medicines. http://www.health.gov.au/Internet/main/publishing.nsf/Content/rmp-pdf-natstratengrct.htm							X	
		SG4.1.4	NÚMERO DE MUERTES PRODUCTO DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN	49	No	Número de muertes pacientes o complicaciones graves (daños al SNC con secuelas, infarto de miocardio, embolia pulmonar, trastornos sanguíneos) causados probablemente por errores de medicación.	Miller J, Matthe 5 et al. Selecting Indicators for Patient Safety at The Health Systems Level in OECD Countries. OECD health technical papers NO. 18. Paris 2004. Disponible en: http://www.oecd.org/							X	
		SG4.1.5	TASA DE COMPLICACIONES POR MEDICAMENTOS HOSPITALARIOS	50	No	Relaciona el número de complicaciones secundarias a la administración de medicamentos hospitalarios con el total de egresos hospitalarios.	Anexo Técnico Nº 2 de la Resolución 1043 de 2006. Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios.								X
		SG4.1.6	PROPORCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DOLOR CRÓNICO A QUIENES SE LES PRESCRIBE UN OPIÓCEO CON UN MONITOREO ADECUADO	51	No	Número de pacientes que tienen en sus historias evidencias de un adecuado monitoreo clínico luego de la administración de opiáceos entre el total de pacientes mayores de 16 años que cumplan los criterios para dolor crónico o relacionado con el diagnóstico, en quienes se prescribe opiáceos por 100.	National Quality Measures Clearinghouse www.qualitymeasures.ahrq.gov/			X					

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA

Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)					
								A	B	C	D	E	F
DOMINIO: INDICADORES DE EXPERIENCIA DE ATENCIÓN DEL USUARIO (EXP)													
1. OPORTUNIDAD EN EL TIEMPO DE RESPUESTA	1. TIEMPOS DE ESPERA CONSULTA	EXP1.1.1	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL	1	SI	Cociente de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita entre el número total de consultas médicas generales asignadas en la institución. Unidad de medida Días	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Indicadores de alerta temprana.	X					
		EXP1.1.2	OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	2	SI	Cociente de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para que sea atendido en la consulta médica especializada y la fecha para la cual es asignada la cita entre el número total de consultas médicas especializadas asignadas en la institución. Unidad de medida Días	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Indicadores de alerta temprana.	X					
	2. OPORTUNIDAD CIRUGÍA PROGRAMADA	EXP1.2.1	PROPORCIÓN DE CANCELACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	3	SI	Cociente del número total de cirugías canceladas en el período entre el número de cirugías programadas en el período por 100. Unidad de medida Relación porcentual	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.	X					
		EXP1.2.2	PROPORCIÓN DE CIRUGÍA NO PROGRAMADA	4	No	Cociente del número de cirugías no planeadas entre el total de cirugías hechas por 100. Es fundamental excluir las cirugías que ingresan por el servicio de urgencias.	Paquetes instruccionales de la guía técnica buenas practicas en seguridad del paciente. Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). Manual clínico de 2009.			X			
	3. TIEMPOS DE ESPERA CIRUGÍA PROGRAMADA	EXP1.3.1	OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA	5	SI	Cociente de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud de la Cirugía programada y el momento en el cual se realiza la cirugía entre el número de cirugías programadas realizadas en el período. Unidad de medida Días	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Indicadores de alerta temprana.	X					
		EXP1.4.1	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE IMAGENOLÓGIA	6	SI	Cociente de la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de ATENCIONES en servicios de imagenología. Unidad de medida Días	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Indicadores de alerta temprana.	X					
	4. TIEMPOS DE ESPERA IMÁGENES	EXP1.4.2	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN SERVICIOS DE TAC	7	No	Cociente de la sumatoria del número de días transcurridos entre la solicitud del servicio de imagenología (TAC) y el momento en el cual es prestado el servicio entre el total de ATENCIONES en servicios de imagenología-TAC.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Superintendencia Nacional de Salud. Sistema de Indicadores de alerta temprana.	X				X	
		EXP1.5.1	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE URGENCIAS	8	SI	Cociente de la sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico entre el total de usuarios atendidos en consulta de urgencias. Unidad de medida Minutos	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X					
	6. TIEMPOS DE ESPERA ODONTOLÓGIA	EXP1.6.1	OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN EN CONSULTA DE ODONTOLÓGIA GENERAL	9	SI	Cociente de la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita entre el número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución. Unidad de medida Días	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X					
		EXP1.7.1	OPORTUNIDAD EN LA AUTORIZACIÓN DE CIRUGÍA PROGRAMADA POR PARTE DE LA EAPB	10	No	Se obtiene al dividir el número total de cirugías canceladas en el período entre el número de cirugías programadas en el período.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X					
	8. TIEMPOS DE ESPERA MEDICAMENTOS POS	EXP1.8.1	OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS POS, POR PARTE DE LA EAPB	11	SI	Se obtiene al dividir el número total de medicamentos POS ordenados por el médico que son entregados por la farmacia desde la primera vez que el afiliado o su representante presenta la fórmula entre el número total de medicamentos POS solicitados a la farmacia por el afiliado o su representante durante el período por 100.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X					
EXP1.9.1		OPORTUNIDAD DE AUTORIZACIÓN DE LA REFERENCIA DEL PACIENTE ENTRE LA RED DE IPS POR PARTE DE LA EAPB	12	SI	Se obtiene al dividir la sumatoria del número de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual es autorizada por la EAPB entre el total de solicitudes de referencias. Unidad de medida Horas	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X						
10. NO ATENCIÓN URGENCIAS	EXP10.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES EN URGENCIAS, NO ATENDIDOS, LUEGO DE TRIAJE	13	No	Pacientes que retiraron del servicio sin ser vistos entre el número de pacientes que acudieron a urgencias por 100.	National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/grdq08/measurespec/index.html					X		
	EXP11.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON COMO APROPIADOS LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA SER ATENDIDOS EN LA ENTIDAD	14	SI	Porcentaje de usuarios que percibieron los tiempos de espera para ser atendidos como muy cortos, corto, ni corto ni largo, largo y muy largo entre el total de usuarios encuestados por la entidad.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.					X		
2. ACCESO A LA ATENCIÓN UTILIZACIÓN DEL SERVICIO	1. RESTRICCIÓN AL ACCESO POR DISPONIBILIDAD	EXP2.1.1	PROPORCIÓN DE DEMANDA SATISFECHA EN LA CONSULTA DE MEDICINA GENERAL EN LA RED DE LA EAPB	15	No	Porcentaje de pacientes adultos de atención primaria que indicaron con que frecuencia ("Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Por lo general", "casi siempre" o "siempre") fue fácil para ellos conseguir las citas y la atención necesaria. Esta medida resume las respuestas a las preguntas de ¿con qué frecuencia?: ¿Tiene que pedir cita para atención en urgencias? ¿Obtiene una cita para chequeo en el momento en que le necesita? ¿Obtiene respuesta a su pregunta en el momento de la cita o cuando llama a su médico en horas laborales? Veo a su médico dentro de los 15 minutos de la hora de su cita.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPSA @ clínico y encuesta de grupo y presentación de informes kit 2008. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008.					X	
		EXP2.1.2	PROPORCIÓN DE DEMANDA SATISFECHA EN LA CONSULTA DE MEDICINA ESPECIALIZADA EN LA RED DE LA EAPB	16	No	Porcentaje de pacientes adultos que indican con qué frecuencia ("Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Por lo general", "casi siempre" o "siempre") fue fácil para ellos conseguir las citas y la atención necesaria en la consulta especializada.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPSA @ clínico y encuesta de grupo y presentación de informes kit 2008. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008.					X	
	2. RESTRICCIÓN LIBRE ELECCION	EXP2.2.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PUDIERON ELEGIR LIBREMENTE LA IPS PARA LA ATENCIÓN	17	SI	Porcentaje de usuarios pueden elegir libremente la IPS entre el total de usuarios encuestados. Opciones de respuesta "SI" o "no".	Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009					X	
		EXP2.2.2	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PUDIERON ELEGIR LIBREMENTE EL PROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN	18	SI	Total de usuarios que pueden elegir libremente el profesional para su atención entre el total de usuarios encuestados por 100. Opciones de respuesta "SI eligen el profesional" o "No eligen el profesional".	Ministerio de la Protección Social. Encuesta Nacional de Salud 2007. Primera edición. Bogotá, enero de 2009					X	
	3. RESTRICCIÓN AL ACCESO POR TRAMITE	EXP2.3.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIEN ALGUNA RESTRICCIÓN DE ACCESO POR TRAMITE	19	SI	Total de encuestados a los que el trámite que hizo para ser atendido (a) hoy o el día que ingresó a la institución le pareció "Muy sencillo", "Sencillo", "Ni complicado ni sencillo", "Complicado", "Muy complicado" entre el Total de usuarios encuestados por 100.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.					X	
		EXP2.3.2	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIEN ALGUNA RESTRICCIÓN AL USO DE SERVICIOS POR TRAMITES DE PAGO	20	No	Total de pacientes que manifiestan haber tenido restricción del uso de los servicios por limitaciones para el pago entre el total de pacientes encuestados por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.					X	
	4. RESTRICCIÓN AL ACCESO POR RAZON ECONOMICA	EXP2.4.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIEN ALGUNA RESTRICCIÓN AL USO DE SERVICIOS POR COSTO	21	SI	Total de usuarios que manifiestan que si tuvieron que pagar algo para ser atendido (a) y este pago le pareció "muy barato", "barato", "ni barato ni caro", "caro" y "muy caro" entre el total de usuarios encuestados por 100.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.					X	
		EXP2.5.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS A LOS QUE SE LES NEGÓ LA ATENCIÓN POR ERROR EN LA AFILIACIÓN	22	No	Número de pacientes a los que se les negó el servicio por error en la afiliación en un período determinado entre el número de pacientes afiliados en el mismo período por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.					X	
	6. RESTRICCIÓN AL ACCESO POR CAUSA INJUSTIFICADA	EXP2.6.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE SE PERCIEN INSATISFECHOS POR RESTRICIONES INJUSTIFICADAS A LA ATENCIÓN	23	No	Total de Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención entre el total de pacientes atendidos por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.					X	
		EXP2.7.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE UTILIZAN LOS SERVICIOS CON ALTA FRECUENCIA, DE FORMA INJUSTIFICADA	24	No	Número de pacientes que durante 6 meses continuos asisten a consulta médica especializada, en 3 o más ocasiones promedio mes / número total dependientes que asistieron a la consulta en esas mismas especialidades, 1 ó 2 veces, x 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.					X	
	7. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	EXP2.7.2	PROPORCIÓN DE PACIENTES HIPERFRECUENTADORES	25	No	Porcentaje del total de pacientes atendidos que son clasificados como hiperfrecuentadores (más de 20 visitas anuales).	Variables, indicadores y explotaciones del sistema de información de atención primaria del sistema de salud de Aragón, sus centros y unidades.					X	
EXP3.1.1		PROPORCIÓN DE ADULTOS QUE DECLARAN HABER SIDO TRATADOS INJUSTAMENTE O DISCRIMINADOS EN EL ÚLTIMO AÑO	26	No	¿Ha sido injustamente maltrato o discriminado en los últimos 12 meses, por cualquiera de las siguientes razones? su acento, su etnia, su edad, su idioma, su color, su nacionalidad. Su salud mental, cualquier otro problema de salud o discapacidad, su sexo, sus creencias religiosas o de fe, su orientación sexual, donde vive, otra razón / n / Ninguno de estos.	Jane Parkinson. Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for adults in Scotland: Final report. Public Health Adviser, NHS Health Scotland, December 2007					X		
2. TRATO GLOBAL	EXP3.2.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON UN TRATO DIGNO Y RESPETUOSO EN LA INSTITUCIÓN	27	No	Se refiere a la evaluación de trato adecuado: autonomía, trato digno, comunicación, confidencialidad, atención pronta, capacidad de elección, comodidades básicas y acceso a redes de apoyo social. Se obtiene al dividir el total de usuarios que sienten que eran tratados con respeto y dignidad entre el total de usuarios encuestados por 100.	Salud: México 2006 Información para la rendición de cuentas. Primera edición, 2007.					X		
	EXP4.1.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE HUBO RESPETO POR EL DESCANSO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN.	28	No	Porcentaje de encuestados que informaron la frecuencia ("Siempre", "Por lo general", "A veces", o "No"), en que el área alrededor de la habitación estaba en silencio en la noche.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS encuesta hospital. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 1 de febrero 2006. 4 p. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), encuesta HCAHPS (http://www.hcahpsonline.org). [Web] Sitio. Baltimore (MD): Centros de Medicare & Medicaid Services (CMS), 2006.					X		
4. TRATO Y RESPETO RECIBIDO	2. TRATO INTERPERSONAL	EXP4.2.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON BUEN TRATO POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO Y NO MÉDICO	29	SI	Total de usuarios que respondieron acerca del trato recibido por parte del personal asistencial (médicos, enfermeras, odontólogos, etc.) y no asistencial durante la prestación del servicio de salud que fue "muy bueno", "bueno", "ni bueno ni malo", "malo" y "muy malo", entre el total de usuarios encuestados por 100.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.					X	
		EXP4.3.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIEN RESPETO CON SU PRIVACIDAD	30	No	Porcentaje de pacientes adultos que reportaron "si" o "no", en cuanto a si su orientación o tratamiento se ha mantenido como privado.	CAHPSA encuestas @ y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente. https://www.caahps.org/ ECHO @ Estudio y presentación de informes kit de 2004. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2004.					X	
	EXP4.3.2	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE TUVIERON LA PRIVACIDAD APROPIADA DURANTE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS	31	No	Porcentaje de pacientes adultos que reportaron "si" o "no", en cuanto a si su atención en urgencias se ha realizado con privacidad entre el total de usuarios encuestados.	Indicators for quality improvement. https://mqj.ic.nhs.uk					X		

CONJUNTO NACIONAL DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD COLOMBIA

Propuestos en el informe "PRIMER INCAS COLOMBIA 2009"

SUBDOMINIO 1	SUBDOMINIO 2	CODIGO	MEDICIONES - INDICADORES	TOTAL CONJUNTO	Medido por INCAS 2009	DEFINICIÓN OPERACIONAL	FUENTE DE REFERENCIA DEL INDICADOR	ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA (*)						
								A	B	C	D	E	F	
5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN RECIBIDA	1. SUFICIENCIA INFORMACION	EXP5.1.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON HABER RECIBIDO INFORMACIÓN ADECUADA Y SUFICIENTE	32	SI	Total de usuarios que manifiestan que las respuestas del personal de la institución ante sus inquietudes o preguntas le parecieron (desde muy inapropiadas a muy apropiadas) entre el total de usuarios encuestados por 100. Proporción de usuarios que indica "SI" o "No" con respecto a si ha proporcionado información suficiente.	Percepción de la calidad. Según usuarios de Instituciones Prestadoras de servicios de Salud. Programa de reorganización, rediseño y modernización de Redes Prestadoras de Servicios. Encuestas CAHPS ® y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente. https://www.cahps.ahrq.gov/ National Healthcare Quality and Disparities Reports, 2008 www.ahrq.gov/qual/qdr08/measurespec/index.html						X	
	2. INFO CONSULTA EXT	EXP5.2.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON HABER RECIBIDO INFORMACIÓN COMPLETA POR EL MEDICO TRATANTE	33	No	Grado de satisfacción del usuario con el conocimiento del historial y seguimiento de sus problemas de salud en el centro de atención.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X
	3. HOSPITALIZACIÓN	EXP5.3.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES ADULTOS QUE INFORMARON SI ALGUIEN HABLO CON ELLOS ACERCA DE LA INCLUSIÓN DE LA FAMILIA O AMIGOS EN SU ORIENTACIÓN O TRATAMIENTO	34	No	Porcentaje de pacientes adultos que reportaron "SI" o "No" que alguien les habló acerca de la inclusión de la familia o amigos en su orientación o tratamiento.	CAHPS encuestas ® y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente https://www.cahps.ahrq.gov/ ECHOH ® Estudio y presentación de informes Kit de 2004. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2004.							X
	4. POSTHOSPITALIZACIÓN	EXP5.4.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON HABER RECIBIDO INFORMACIÓN COMPLETA PARA EL CUIDADO EN CASA FUE APROPIADA	35	SI	Total de usuarios que perciben que la orientación que recibió en la institución para efectuar cuidados de salud fue "suficiente", "muy suficiente", "ni suficiente ni suficiente", "insuficiente" y "muy insuficiente" entre el total de usuarios encuestados por 100.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.							X
	5. INFO REMISION	EXP5.5.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON QUE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE SU REMISION FUE APROPIADA	36	No	Porcentaje de pacientes que indican con qué frecuencia ("Nunca", "A veces", "Por lo general", o "siempre") su médico personal parece estar informado y actualizado sobre la atención que recibieron de otros médicos o proveedores de salud.	Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDISA ® 2009: datos sobre asistencia sanitaria y la eficacia de conjunto de datos. Vol. 2, las especificaciones técnicas. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA), 2008.							X
6. ACTIVIDAD DE SERVICIO "VOCACION"	1. VOCACION	EXP6.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON EN EL PERSONAL UN DESEO SINCERO POR SERVIRLE Y AYUDARLE	37	No	Porcentaje de pacientes adultos que indicaron la frecuencia ("Nunca", "Casi nunca", "A veces", "Por lo general", "casi siempre" o "Siempre") que el personal fue cortés y servicial con ellos.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS ® (clínico y encuesta de grupo y presentación de informes kit 2008. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008.							X
		EXP6.1.2	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE SE LES ESCUCHABA CON DEDICACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN	38	No	Porcentaje de pacientes adultos que se indica con qué frecuencia sus médicos los escuchan con atención a calificando través de las variables "Siempre", "Por lo general", "A veces", o "Nunca".	CAHPS encuestas ® y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente. https://www.cahps.ahrq.gov/							X
		EXP6.1.3	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE RECIBIERON DEDICACIÓN DEL TIEMPO SUFICIENTE DURANTE LA ATENCIÓN POR PARTE DEL MEDICO	39	No	Porcentaje de adultos mayores de 18 años que informaron, luego de ir al consultorio de un médico o clínica en los últimos 12 meses que obtuvieron "Nunca", "A veces", "Por lo general", o "Siempre" la atención necesaria.	Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDISA ® 2009: datos sobre asistencia sanitaria y la eficacia de conjunto de datos. Vol. 2, especificaciones técnicas. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA), 2008.							X
7. LOS RECURSOS TANGIBLES DEL SERVICIO	1. ALIMENTACIÓN	EXP7.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON ESTAR SATISFECHOS CON LA ALIMENTACIÓN RECIBIDA MIENTRAS ESTUVO HOSPITALIZADO	40	No	Porcentaje de pacientes que informaron de que la comida del hospital fue muy buena o buena entre el total de usuarios encuestados.	Hospitalization of the survey. South Bend (IN): Press Ganey Associates, Inc., 2007. p.4. Indicators for quality improvement. https://mqj.ic.nhs.u							X
	2. ASEO	EXP7.2.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON ASEO APROPIADO	41	SI	Total de usuarios que manifestaron que el aseo de la institución les pareció (bueno, malo, regular, ni malo ni bueno) entre el total de usuarios encuestados por 100.	National Quality Measures Clearinghouse™ (NQMC). http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/ Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.							X
	3. PLANTA FISICA	EXP7.3.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON UNA PLANTA FISICA, ESPACIOS, MUEBLES Y DOTACIÓN APROPIADA	42	SI	Total de usuarios que perciben como "muy cuidado", "cuidado" "ni cuidado ni descuidado", "descuidado" y "muy descuidado" la planta física, espacios, muebles y dotación de la institución entre el total de usuarios encuestados multiplicado por 100.	Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Percepción de la calidad. Según usuarios de IPS. Línea de base 2006 para evaluar el impacto del programa - Informe final y Evaluación Intermedia del Impacto del Programa.							X
8. PARTICIPACION EN SU PROPIO CUIDADO	1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	EXP8.1.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS TRANSFUNDIDOS QUE FIRMARON DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	43	No	Cociente de la relación del total de pacientes hospitalizados que han sido transfundidos y han firmado el consentimiento de transfusión entre el total de pacientes hospitalizados transfundidos en el periodo por 100.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X
		EXP8.1.2	PROPORCIÓN DE PROFESIONALES MEDICOS QUE AFIRMAN QUE EN SU UNIDAD O AREA SE ADOPTAN MEDIDAS PARA GARANTIZAR QUE LOS PACIENTES ENTENDEN LOS RIESGOS Y COMPLICACIONES ANTES DE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	44	No	Respuesta de los profesionales de la salud a la siguiente pregunta en el tema de "Cultura de Seguridad": ¿Antes de firmar el formulario de consentimiento informado, los pacientes o sus representantes se les pide que repita su comprensión de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, la exploración o el tratamiento en cuestión? Posible respuesta: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre. (Escala de Likert) entre el total de profesionales	Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, el 20 de febrero 2009. 97 p. 97 p The National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/							X
		EXP8.1.3	PROPORCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES SIN CONSENTIMIENTO INFORMADO	45	No	Número de procedimientos en los que no se documento el consentimiento informado / Número total de procedimientos asistenciales * Este indicador puede usarse indistintamente a todos los procedimientos y tratamientos tanto ambulatorios como hospitalarios	Paquetes instruccionales de la guía técnica buenas prácticas en seguridad del paciente. Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS). ACHS usuarios indicador clínico manual de 2009. NSW ULTIMO: Consejo Australiano de Normas Sanitarias (ACHS), 2009 p. 853 National Quality Measures Clearinghouse							X
	2. PARTICIPACION	EXP8.2.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE PERCIERON QUE FUERON "TOMADOS EN CUENTA" EN LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO A APLICAR	46	No	Total de usuarios que indican "SI" en la pregunta con respecto a si habían recibido información acerca de las opciones de tratamiento entre el total de la población encuestada por 100.	Encuestas CAHPS ® y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente https://www.cahps.ahrq.gov/							X
		EXP8.2.2	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE FUERON INVOLUCRADOS EN LA DECISIÓN DE ALTA HOSPITALARIA	47	No	Porcentaje de encuestados que reportaron "SI" o "No" fueron involucrados en la decisión de dar de alta por parte del cuerpo médico.	Indicador adaptado de los indicadores de la Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS encuesta hospital. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 1 de febrero 2006.							X
	3. AUTORIZACION DEL PACIENTE	EXP8.3.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES A LOS QUE SE SOLICITÓ AUTORIZACIÓN PARA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS	48	SI	Porcentaje de pacientes encuestados que afirman que se les ha solicitado autorización para la realización de procedimientos. Posible respuesta: nunca / casi nunca, a veces o casi siempre / siempre; 0 si / no.	Ministerio de Salud. Prácticas seguras de indicadores de proyecto: antecedentes, resumen de métodos y estrategias de medición. Madrid: Ministerio de Salud, 1 20 de febrero 2009.							X
9. DISCONFORMIDAD MANIFIESTA	1. TUTELAS	EXP9.1.1	NÚMERO DE TUTELAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS POS O POS-S	49	SI	Corresponde al número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X						X
		EXP9.1.2	NÚMERO DE QUEJAS POR NO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL POS O POS-S	50	No	Corresponde al número de quejas por no prestación de servicios.	Indicador adaptado de la Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.							X
	2. QUEJAS	EXP9.2.1	PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE INFORMARON LA FRECUENCIA CON LA QUE SE HA MANEJADO SUS RECLAMACIONES DE MANERA RÁPIDA Y CORRECTAMENTE	51	No	Porcentaje de pacientes adultos que informan con qué frecuencia ("Nunca", "A veces", "Por lo general", "siempre" o "No sabe") su plan de salud ha manejado sus reclamaciones de manera rápida y correctamente.	Comité Nacional para la Calidad (NCQA). HEDISA ® 2009: datos sobre asistencia sanitaria y la eficacia de conjunto de datos. Vol. 2, las especificaciones técnicas. Washington (DC): Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA), 2008 p.							X
		EXP9.2.2	PROPORCIÓN DE QUEJAS RESUELTAS ANTES DE 15 DIAS	52	SI	Se obtiene de dividir el número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos requeridos antes de 15 días entre el número total de quejas recibidas por 100.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X						
10. RESARCIMIENTO	1. RESARCIMIENTO	EXP10.1.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PRESENTARON ALGUNA RECLAMACIÓN O DISCONFORMIDAD Y RECIBIERON DE PARTE DE LA ENTIDAD, ALGUN TIPO DE COMPENSACIÓN	53	No	Número de personas que manifestaron ante la IPS o EPS alguna disconformidad por su atención y recibieron algún tipo de compensación / número total de personas que manifestaron disconformidad con la atención, en la misma ups y eps, y en la mismo período fidelesmo.	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X
	2. SEGURIDAD GLOBAL	EXP11.2.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE PERCIERON QUE LA ATENCIÓN RECIBIDA FUE EFECTIVA EN LA RESOLUCIÓN DE LA NECESIDAD QUE TENÍA CUANDO INGRESÓ A LA ENTIDAD	55	SI	Esta medida indica el porcentaje de pacientes adultos que clasificaron el servicio recibido en la resolución de su necesidad; a través de las variables de "Muy mala", "mala", "ni mala ni buena", "buena" y "muy buena".	CAHPS encuestas ® y herramientas para avanzar en la atención centrada en el paciente https://www.cahps.ahrq.gov/							X
11. EVALUACIÓN GLOBAL DE LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN	3. SATISFACCION GLOBAL EAPB	EXP11.3.1	TASA DE SATISFACCION GLOBAL CAPTADA POR LA EAPB	56	SI	Se calcula estimando el porcentaje de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS entre el número total de pacientes encuestados por la EAPB.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.	X						
	4. SATISFACCION GLOBAL IPS	EXP11.4.1	TASA DE SATISFACCION GLOBAL CAPTADA POR LA IPS	57	SI	Se calcula estimando el porcentaje de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS entre el número total de pacientes encuestados por la IPS.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico. Ministerio de la Protección Social. Observatorio de calidad de la atención en salud.	X						
	5. CALIDAD GLOBAL	EXP11.5.1	PROPORCIÓN DE USUARIOS QUE TUVIERON LA PERCEPCION DE HABER RECIBIDO SERVICIOS DE EXLENTE CALIDAD	58	SI	Percepción de los pacientes adultos con la atención. Las respuestas se agrupan por grado: los porcentajes son reportados por las calificaciones de 0 a 0.9 = Péximo, 1 a 1.9 = Malo, 2 a 2.9 = Regular, 3 a 3.9 = Bueno, 4 a 4.9 = Muy bueno, 5 = Perfecta.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS ® (clínico y encuesta de grupo y presentación de informes kit 2008. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 2008. Este indicador es reportado por The National Healthcare Agreement.							
		EXP12.1.1	TASA GLOBAL DE TRASLADOS DESDE LA EAPB	59	SI	Se obtiene de dividir el número de afiliados que se trasladó a otros EAPB del mismo régimen, en el periodo, entre el número total de afiliados en el periodo por 100.	Resolución número 1446 de 8 mayo de 2006. Anexo técnico.	X						
		EXP12.1.2	TASA DE INTENCIÓN DE DESAFILIACIÓN DE LA EAPB	60	No	Número total de personas que manifestaron su intención de desafiarse de la EPS / número total de personas afiliadas a la EPS en el mismo periodo y lugar x 1000	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							
12. VALORACIÓN FINAL DE LA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN	1. ADHERENCIA DE FIDELIDAD-LEALTAD	EXP12.1.1	TASA DE INTENCIÓN DE CAMBIO DE LA IPS ASIGNADA DE PRIMER CONTACTO	61	No	Número de personas que solicitan de 1ra vez cambio de la IPS donde son atendidos ante la EPS y a quienes se les cambio de IPS ante esa primera solicitud / Número total de personas que solicitan cambios en la IPS de primera vez, x 100	Definición operacional del indicador propuesto por Informe Nacional de Calidad en la atención en Salud - INCAS Col 09.							X
		EXP12.1.2	PROPORCIÓN DE AFILIADOS DE LA EAPB QUE MANIFIESTAN QUE ESTARÁN DISPUESTOS A RECOMENDARLA	62	No	Porcentaje de encuestados que reportaron ("Definitivamente", "Probablemente" o "SI" o "No") están dispuestos a recomendar la EAPB a sus familiares y amigos.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS encuesta hospital. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 1 de febrero 2006. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Encuesta HC4HPS (http://www.hcahpsonline.org/) [Web] Sitio. Baltimore (MD): Centros de Medicare & Medicaid Services (CMS); [actualizado 2007 Mar 09]; [consultado el 21 de junio 2009].							X
		EXP12.1.3	PROPORCIÓN DE USUARIOS DE LA IPS QUE MANIFIESTAN QUE ESTARÁN DISPUESTOS A REGRESAR Y/O RECOMENDARLA	63	SI	Porcentaje de encuestados que reportaron ("Definitivamente", "Probablemente" o "SI" o "No") están dispuestos a recomendar a la IPS a sus familiares y amigos y/o regresar del total de pacientes hospitalizados con un ingreso durante el periodo.	Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ). CAHPS encuesta hospital. Rockville (MD): Agencia para la Investigación y Calidad (AHRQ), 1 de febrero 2006. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Encuesta HC4HPS (http://www.hcahpsonline.org/) [Web] Sitio. Baltimore (MD): Centros de Medicare & Medicaid Services (CMS); [actualizado 2007 Mar 09]; [consultado el 21 de junio 2009].							X

(*) ORIGEN DE LA PROPUESTA DEL INDICADOR PARA COLOMBIA

- A Resolución 1446/06 - MPS sistema de información del SOGC
- B Propuesta de indicadores de Acreditación
- C CES en la Fase I del Observatorio de calidad
- D Paquetes instruccionales de buenas prácticas de la seguridad del paciente
- E Dirección General de Salud Pública - MPS
- F INCAS 2009