

**DISEÑO DE UN TABLERO DE CONTROL PARA UNA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADA DE III NIVEL DE
ATENCIÓN**

**CAROLINA GÓMEZ GAVIRIA
KAREN JULIANNA RODRIGUEZ RÍOS
ADRIANA MARÍA TORO BRAND**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2014**

**DISEÑO DE UN TABLERO DE CONTROL PARA UNA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD PRIVADA DE III NIVEL DE
ATENCIÓN**

**CAROLINA GÓMEZ GAVIRIA
KAREN JULIANNA RODRIGUEZ RÍOS
ADRIANA MARÍA TORO BRAND**

Trabajo de grado para optar por el título de especialista en gerencia de IPS

**Asesor
Dr. JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA
MEDELLÍN
2014**

CONTENIDO

	Pág.
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.2 DIAGRAMA DEL PROBLEMA.....	8
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. OBJETIVOS	10
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	11
5. METODOLOGÍA.....	12
6. MARCO TEÓRICO	14
6.1 EVOLUCIÓN DEL MODELO DE SALUD EN COLOMBIA	14
6.2 ÉNFASIS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y DE CALIDAD EN EL MODELO ACTUAL DE SALUD	23
6.3 EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN.....	43
6.3.1 SÍNTESIS DE LAS DIFERENTES TEORÍAS, ENFOQUES Y ESCUELAS ADMINISTRATIVAS.....	46
6.4 LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CONCEBIDA COMO UNA EMPRESA	57
6.5 INDICADORES.....	62
7. RESULTADOS	77

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	88
BIBLIOGRAFIA	90
WEBGRAFÍA	95
ANEXOS	98

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Etapas de la historia de las empresas	46
tabla 2. Indicadores de estructura	69
tabla 3. Matriz de gestión gerencial.....	77
tabla 4. Ejemplo hojas de cálculo por indicador	84
tabla 5. Consolidado de indicadores servicio unidad de cuidados intensivos Ejemplo	84
tabla 6. Formato ficha técnica indicador.....	85
tabla 7. Ejemplo plantilla de indicador	86
tabla 8. Campo de análisis de indicador	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Definiciones	98
Anexo B. Compendio marco legal.....	103
Anexo C. Lista de indicadores (herramienta excel) se entregan 13 archivos en excel que contiene los resultados de este trabajo.	111

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el momento actual, las empresas se enfrentan a un entorno cada vez más competitivo, por lo cual contar con herramientas de gestión basadas en mediciones y controles de los procesos, hace necesario el establecimiento de un sistema de indicadores que permitan a la alta dirección y en general a toda la organización, disponer de información fidedigna para la toma de decisiones que apunten al cumplimiento de los objetivos estratégicos organizacionales y los exigidos por el marco normativo vigente.

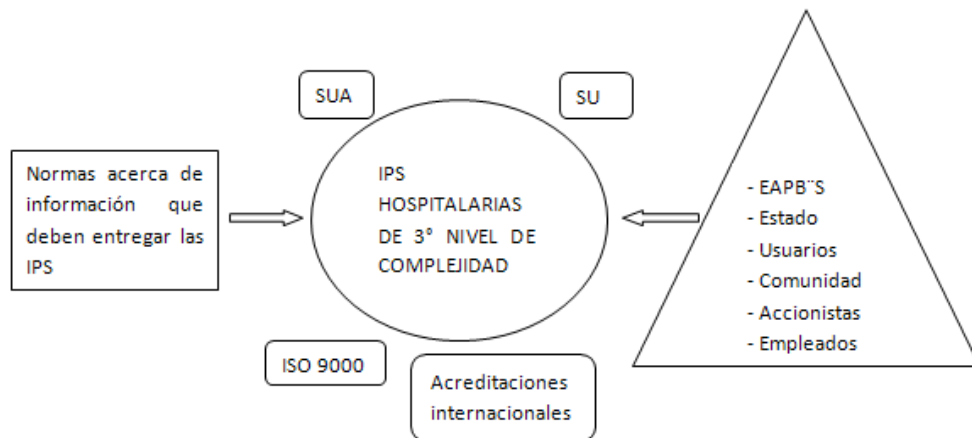
Bajo este panorama, las organizaciones se ven sometidas a múltiples exigencias para cumplir su misión, enfrentar con éxito el mercado y dar cabal cumplimiento a los requisitos legales, todo ello enmarcado dentro de un direccionamiento estratégico que va encaminado entre otros objetivos a lograr la satisfacción de todos sus stakeholder.

A su vez, el medio ofrece a las empresas múltiples opciones que pretenden solucionar estas necesidades y así dar cumplimiento a las tareas impuestas. Sin embargo, esto en más de una ocasión, está lejos de constituir una verdadera ayuda, generando a la postre más confusión, incrementando esfuerzos, elevando costos, alejando cada vez más la consecución de soluciones efectivas, toda vez que es evidente el desconocimiento que sobre el tema existe al interior de las organizaciones - motivado en gran parte por la complejidad del tema y el gran volumen de información al respecto - , a más de que en ocasiones no parece haber una clara conciencia de la importancia que tienen estas herramientas.

Buscando contribuir a mejorar este panorama, hemos decidido realizar una revisión juiciosa, amplia y profunda del tema, abarcando algunos aspectos como los descritos a continuación:

- Requisitos normativos que deben cumplir las IPS en materia de información.
- Métodos de medición existentes (los más relevantes).

1.2 Diagrama del problema



Fuente: elaboración propia

2. JUSTIFICACIÓN

Existe un problema latente que enfrentan a diario las IPS, las cuales deben responder a múltiples requisitos de ley, que exigen la construcción y entrega de información de forma constante y para lo cual no cuentan con mecanismos adecuados, comprensibles y a costos razonables, viéndose enfrentados a una oferta amplia pero confusa y bastante onerosa, de alternativas que brinda el mercado.

Por lo anterior, emprender una revisión bibliográfica que permita entender, compilar y organizar la información disponible al respecto, que conduzca a generar una plataforma documental, que sea de utilidad para los diferentes grupos de interés y que apunte a facilitar y mejorar la gestión administrativa de las IPS, mediante la creación de un sistema de indicadores al interior de una IPS de III nivel de atención, nos parece un valioso aporte como herramienta gerencial a la vez que nos permite profundizar nuestro conocimiento en esta área de vital importancia para el Gerente de hoy.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una plataforma documental para la construcción de un sistema integral de indicadores para una IPS privada de III nivel de atención, que de cumplimiento a los requisitos normativos y a otros necesarios para una adecuada gestión organizacional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los indicadores para los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, que orienten la toma de decisiones en una IPS privada de III nivel de atención.
- Inventariar la información que por norma debe suministrar la IPS privada a los diferentes entes gubernamentales y de control.
- Estructurar un Tablero de control que oriente la toma de decisiones por parte de la alta dirección.
- Entregar una herramienta de medición que contribuya a la consecución de los objetivos estratégicos de la IPS.
- Publicar este trabajo en una revista indexada

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Conocer con mayor profundidad, el marco normativo vigente en materia de información obligatoria que deben entregar las IPS y otro tipo de información que aunque no es de carácter obligatorio si es mandatorio para el buen funcionamiento de la organización. Así mismo conocer las diferentes formas en que dicha información puede ser obtenida, gestionada, compilada y presentada.

5. METODOLOGÍA

La herramienta metodológica para el desarrollo de la monografía radica en la revisión de material bibliográfico físico y electrónico principalmente.

Inicialmente se seleccionó un tópico de interés el cual fue consultado en las bases de datos (Opac, Lilacs, Scielo, Pubmed, Science Direct, Ovid, Wiley InterScience, Dialnet, Elsevier y Google Académico). También se consideraron publicaciones hechas por el Ministerio de la Protección Social, como ente representante del Estado Colombiano en el tema de legislación en salud; una vez determinada la pertinencia y la relación con el tema seleccionado, se abordó la temática analizando y clasificando la información para darle una estructura al marco teórico donde se conociera el dinamismo del tópico de interés y que se diera respuesta a la pregunta de la monografía, además de cumplir con los objetivos planteados.

Los criterios de búsqueda en las bases de datos fueron enmarcados por los descriptores tales como: modelo de salud en Colombia, evolución de los sistemas de administración, instituciones prestadoras de salud, evolución del sistema de salud en Colombia, indicadores, sistema de calidad en salud, sistema general de salud en Colombia, Balanced Score Card; las publicaciones se limitaron a un período comprendido entre 1990 y 2013, dando más relevancia a las publicaciones posteriores al año 2000 para dar un nivel de actualidad a la monografía abarcando más del 90% de los referentes dentro de este período. Los descriptores se buscaron de manera individual y combinada en las bases de datos con conectores como OR y AND. Por otro lado, se revisó también el marco legal que rige el Sistema de salud colombiano, tomando las leyes que le han dado vida y lo han modificado a través de la historia misma del país.

Una vez seleccionado los artículos, se analizaron y se seleccionaron los subtemas en común, con los cuales se definió y estructuró el marco teórico de la monografía;

para el desarrollo y construcción del tablero de indicadores, se tomaron las leyes, normas y decretos vigentes hasta la fecha expedidos en Colombia, por los diferentes actores (Presidente, Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Congreso de la República).

6. MARCO TEÓRICO

6.1 EVOLUCIÓN DEL MODELO DE SALUD EN COLOMBIA

De manera sucinta y con el fin de contextualizar el presente trabajo, es importante mencionar como ha ido cambiando el modelo de salud en el país, hasta llegar al sistema que hoy conocemos y que ya completa dos décadas.

Al modelo actual se le reconoce, pese a todas las críticas que se le hacen, el gran avance en materia de cubrimiento en salud a toda la población dentro del territorio nacional: "Hasta antes de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia, que se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional".¹

En Colombia se puede hablar de tres períodos en la evolución del sistema de salud, tomando desde el año 1886 hasta nuestros días:²

En el primer período tenemos el Modelo Higienista (1886-1947): "el primer período se ha denominado así con base en la conceptualización de salud-enfermedad que maneja el estado colombiano en esta época, la cual se refiere a la enfermedad como una consecuencia de la exposición a unas condiciones ambientales inadecuadas que pueden ser corregidas por medidas higiénicas.

El inicio de este período higienista puede demarcarse con la promulgación de la Constitución de 1886, en la cual es manifiesta la intención del Estado de asumir el

¹ Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. 2009 jun- may.

² Departamento Nacional de Planeación M de S. Salud en Colombia. Análisis sociohistórico. 1990

problema de la salud. El final del período está definido por la creación del Ministerio de Higiene en el año de 1946"

A diferencia de la Constitución de 1886, la reforma de 1936 habla explícitamente de la asistencia pública, asumiendo que la salud es función del Estado.

Durante este período, el país tenía un sistema de salud básico, cuyas principales acciones se centraban en lo meramente curativo y en el mejoramiento de las condiciones medioambientales. No existía un modelo de financiamiento claramente definido, por lo que las acciones de salud se pagaban directamente por parte de los pacientes o se subsidiaban a través de Instituciones de beneficencia especialmente de carácter religioso y algunas acciones estatales, como las definidas en la ley 30 de 1886: " por la cual se crea la Junta Central de Higiene, definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población" ³

El país continúa avanzando paulatinamente, en su esfuerzo por mejorar las condiciones de salud de la población mediante la estructuración de un modelo sanitario, de la mano del incipiente proceso de industrialización y a la par con los desarrollos científicos que en el mundo se iban dando, promovidos por hechos como las pestes y la comercialización entre diversos países y que ya desde 1930 habían dado inicio al modelo de medicina "curativista".

Es así como en 1946, se expide la ley 90: "Por la cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)", como ente adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. En ese mismo año, mediante la promulgación de la ley 27 se crea el Ministerio de Higiene. Ambos van sentando las bases para la construcción de un sistema de salud, si tenemos en cuenta que ya con la creación del ICSS se da en el país el primer

³ Consejo Nacional Legislativo. Ley 30. 1886.

modelo de financiamiento del sistema mediante "triple contribución forzosa de los asegurados, de los patronos y del Estado".⁴

En el año de 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión, con el fin de atender a los funcionarios públicos, la cual junto con la creación del ICSS, de carácter privado en sus comienzos, cuyo objeto era la atención de empleados del sector privado, dan inicio a la formación del sistema de seguridad social en el país.

A partir de estos dos hechos se crearon múltiples entidades de previsión social, posteriormente se fueron creando las cajas de compensación familiar, las cuales de forma progresiva fueron cambiando su objeto inicial, ampliándolo hacia algunas funciones de cobertura de seguridad social.

Bajo el influjo de importantes acontecimientos en el panorama mundial: la organización de los servicios sufrió una orientación técnica salubrista, en el contexto del movimiento internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OPS (Organización Panamericana de la Salud) y del Plan Marshall (Programa de Cooperación para la reconstrucción de Europa) de los Estados Unidos. A lo largo de esta etapa, la salud pública pudo afianzarse integrándose a la dinámica del desarrollo.

En 1969 entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario. Así mismo, se incorporó la concepción organizacional del Sistema de Regionalización de los servicios con cuatro niveles diferenciados de atención médica".⁵

El segundo período inicia en 1975 y se extiende hasta 1990. En este período se puede hablar de la existencia de tres sistemas, a saber: "el sistema de seguridad

⁴ Congreso de Colombia. Ley 90 de 1946

⁵ LÓPEZ, Víctor León. Seguridad social: Desarrollo a través del tiempo. [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: [http://aprende en línea.edea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.ón.php?id=35099](http://aprende.en.línea.edea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.ón.php?id=35099)

social conformado por el ICSS, las cajas de previsión y las cajas de compensación familiar, que atendían a los empleados privados, públicos y ayudaban a subsidiar la atención de las familias de los empleados; el sistema privado que atendía los particulares y los planes de medicina prepagada y como tercero el sistema nacional de salud, que atendía al resto de la población con accesibilidad restringida".⁶

Como hemos señalado en el párrafo anterior, en este período se establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), creado mediante el decreto 056 de 1975, quien en su artículo 1° lo define de la siguiente manera: "Entiendese por Sistema Nacional de Salud al conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación"⁷

El SNS "desde su creación tenía como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El sistema articulaba las instituciones prestadoras de servicios bajo un modelo centralista en las decisiones políticas y en la planificación y asignación de recursos, acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los Departamentos en materia de la organización y prestación de los servicios de salud".⁸

En ese mismo año se expide el decreto 350: "Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales"⁹

⁶ Facultad de Salud Universidad del Valle. 4° Foro El sistema de salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf

⁷ Presidente de la República de Colombia. Decreto 56. 1975

⁸ Ibíd. p1

⁹ Presidente de la República de Colombia. Decreto 350. 1975

Con la expedición de la ley 9 de 1979: "Por el cual se dictan medidas sanitarias"¹⁰ se establece el Código Sanitario Nacional. En el título VII, artículo 478, establece ya las primeras normas de vigilancia y control epidemiológico y así mismo en los sucesivos artículos hasta el 489, se van esbozando los primeros indicios de un sistema de información, auditoría y control.

El SNS funcionaba básicamente como un sistema público, "financiado con recursos fiscales provenientes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los servicios seccionales se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano en salud, se vigilaran y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros del sistema"¹¹ todo esto bajo un modelo de subsidio a la oferta, lo que unido a un esquema de administración centralizada, baja cobertura en salud y corrupción e ineficiencia del sistema, sentó las bases para ir avanzando hacia un cambio en el modelo sanitario.

El tercer y último período hasta la fecha, inicia formalmente en 1990, con el auge mundial del modelo neoliberal, cuyas políticas de reducción del papel del Estado e incremento en la participación del sector privado en diversas áreas de la economía, promovidas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco mundial, se gesta en el país el cambio de la Constitución Nacional, derogando la de 1886 y promulgando la nueva Constitución en 1991.

Cabe resaltar que el neoliberalismo se difundió por todo América y de esta forma se fueron dando en varios países de América latina, las reformas a los sistemas de salud, ejemplo de ello son Chile y Colombia, con modelos en cuyas bases se

¹⁰ Congreso de Colombia. Ley 9 de 1979

¹¹ Sistema Nacional de Salud [Internet]. [Citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.slideshare.net/vivipaty555/sistema-nacional-de-salud-4530779>

puede evidenciar el concepto de aseguramiento, la participación de los sectores público y privado así como las acciones conducentes a estructurar sistemas de información, auditoría, vigilancia, control y calidad, que permitieran conformar un sistema articulado de acciones, conducentes en principio a lograr cobertura en aseguramiento e impacto en el estado de salud de la población, sin dejar de lado la reducción de las responsabilidades del Estado en materia de cubrimiento en salud y la racionalización del gasto en salud.

A la par, en 1990 se dan acontecimientos normativos de trascendental importancia para el país en general y para el sector salud en particular, como lo fue la expedición de la ley 10, que en esencia descentraliza la administración de los servicios de salud, delegando responsabilidades en los Municipios y entes territoriales y la Ley 50: "por la cual se introducen reformas al código sustantivo de trabajo"¹² y que en conjunto ambas allanan el camino para la posterior expedición de la ley 100 de 1993.

Históricamente el hecho que le siguió a la ley 10 de 1990, fue el cambio de la carta magna. La nueva Constitución del país, traía consigo cambios trascendentales en varios aspectos que influirían de manera decisiva en el rumbo del país, entre muchos otros declara en su artículo 1, título I, que Colombia es un Estado Social de derecho y consagra en el artículo 11, título II, capítulo 1: "El derecho a la vida es inviolable"¹³

"La Carta de 1991 define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social. Es importante decir que la Constitución definió nuevas competencias y recursos en los diferentes niveles de la administración pública, fortaleciendo la

¹² Congreso de Colombia. Ley 50. 1990

¹³ Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991

descentralización".¹⁴

Previo a la expedición de la ley 100, la Constitución Nacional de 1991, deja consagrada las bases del nuevo sistema de salud, como reza en los artículos 48 y 49, transcritos a continuación:¹⁵

Art 48: "Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella".

Art 49: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria". Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad".

¹⁴ Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. 2009 jun- may

¹⁵ Ibíd. p1

En 1993 se expide la ley 100: "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"¹⁶ Desde su promulgación, se ha venido evidenciando un cambio fundamental en el paradigma de la concepción de la salud y por ende del sistema de salud, que es por supuesto, la expresión del primero.

La ley 100 está compuesta de cuatro libros, así:

Libro I: Sistema General de Pensiones

Libro II: Sistema General de Seguridad Social en Salud

Libro III: Sistema General de Riesgos profesionales

Libro IV: Servicios Sociales Complementarios.

Mediante la ley 100, se establece un nuevo sistema de salud, el cual está soportado en cuatro pilares fundamentales: la financiación, la administración, la prestación de los servicios y la función de regulación.

Para cada uno de estos pilares, la ley definió unos actores, así:

- Financiación: se creó el Fosyga con las subcuentas de compensación del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado, promoción de la salud y riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.
- Administración: se crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS) encargadas de la afiliación de la población y el recaudo de los aportes.

¹⁶ Congreso de la República de Colombia. Ley 100. 1993

- Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud, cumplen funciones tanto de financiación como de administración.
- Prestación de los servicios de salud: para este fin se crearon las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).
- Regulación: Ministerios de salud y trabajo, Superintendencia Nacional de Salud y Consejo nacional de seguridad social en salud.

Se definieron los planes de beneficios y los planes adicionales de salud. Los planes de beneficios son:

- Plan de atención básica (PAB)
- Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo (POS C)
- Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS S)
- Enfermedades de alto costo, catastróficas o ruinosas (ECAT)
- Atención inicial de urgencias

Los planes adicionales de salud son:

- Planes complementarios
- Medicina prepagada
- Pólizas de seguros

Se crea la Unidad de pago por capitación (UPC) cuyo valor se define de acuerdo al perfil epidemiológico de la población y se establecen las cuotas moderadoras y copagos, estas últimas como mecanismos de contribución a la financiación del sistema a la vez que ayudan a regular el uso de los servicios.

6.2 ÉNFASIS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN Y DE CALIDAD EN EL MODELO ACTUAL DE SALUD

A continuación haremos un breve recuento en forma cronológica, de las principales normas que desde 1990, han constituido el sustrato jurídico sobre el cual se ha ido construyendo el sistema de información y de calidad, haciendo énfasis sólo en las que consideramos han jugado un papel más decisivo en este, ya que como bien es sabido, el sistema legislativo colombiano se caracteriza por poseer en su haber, una gran cantidad de normas, situación esta, a la que el sector salud no es ajeno.

Sin embargo y a manera de anexo, se lista de manera amplia, las normas jurídicas que de alguna manera han contribuido con la definición de ambos sistemas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Como se sabe, la ley 10 de 1990, es considerada como una de estas normas que por su contenido fue pionera y trascendental para dar inicio al actual modelo de seguridad social en salud y con ello a lo que hoy tenemos en esta materia. En el literal h del capítulo I, hace una de las primeras alusiones al tema de la calidad, cuando expresa que "El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política", con el fin de: "Establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento"¹⁷

Igualmente encontramos allí, en el capítulo II, artículo 4, la definición de sistema de salud: " Para los efectos de la presente ley, se entiende que el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que

¹⁷ Congreso de Colombia. Ley 10. 1990

de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como, también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud. Pertenecen al sistema de salud y, por consiguiente, están sometidos a las normas científicas para el control de los factores de riesgo para la salud que dicte el Ministerio de Salud, las organizaciones locales y seccionales de salud que autónomamente establezcan los municipios, el Distrito Especial de Bogotá, el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena, las áreas metropolitanas y los Departamentos, Intendencias y Comisarías, según el caso, así como las entidades privadas de salud y, en general, todas las entidades públicas y privadas de otros sectores, en los aspectos que se relacionen directa o indirectamente, con el Sistema de Salud"¹⁸ Definió también en su artículo 5 quienes conformaban el sector salud, del cual queda explícito, hacen parte, entre otros, las entidades del subsector privado.

Entre otros muchos aspectos, nos referimos a dos cambios que constituyen de alguna forma la esencia de este trabajo, en la medida en que a partir de ellos se ha hecho gran parte del desarrollo y reglamentación de la ley 100 y con ello de la estructuración del sistema actual de salud en el país. Hablamos del sistema de información y del sistema de calidad, concebidos ambos como pilares fundamentales del sistema de salud y con lo cual se pretende lograr un conocimiento real del estado de salud de la población con lo cual apuntar al diseño de políticas de salud pública que respondan a estas necesidades.

Es la **ley 100 de 1993**, junto con la **ley 10 de 1990** y la **Constitución Nacional de 1991**, el trío de normas fundamentales en la conformación inicial del actual SGSSS. Citamos a continuación, algunos artículos de la ley 100, que hacen relación a lo descrito en el párrafo anterior:

¹⁸ Ibíd. p2

ARTICULO. 173 literal 7: El Ministerio de Salud reglamentará la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio.

ARTICULO. 227.-Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.¹⁹

Tres años después, casi como uno de los primeros en materia normativa en lo que a calidad se refiere, aparece el **decreto 2174 de 1996**: "Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud"²⁰. En su artículo 9 establece: "los prestadores de Servicios de Salud deberán desarrollar obligatoriamente un Sistema de Garantía de Calidad, el cual deberá incluir los siguientes componentes: El desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos". Fue derogado por el decreto 2379 de 2002.

En el año 1998, se expide la **resolución 2542**: "Por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud . SIIS+²¹ En el artículo 2 lo define así: "Adoptase como definición del Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SIIS, el conjunto interrelacionado de usuarios, normas, procedimientos y

¹⁹ Op Cit Ley 100. 1993

²⁰ Presidente de la República de Colombia. Decreto 2174. 1996

²¹ Ministerio de Salud. Resolución 2542. 1990

recursos del Sistema que generan y disponen información sobre los procesos esenciales de afiliación, financiamiento, prestación de servicios, vigilancia de la salud pública y participación social y los procesos de gerencia y administración institucional en cada uno de los integrantes del Sistema".

Con la **resolución 365 de 1999**, se adopta para el país, la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, conocida como CUPS²², cuyo origen proviene de la OMS. La misma fue actualizada en el 2000, mediante la resolución 2333 y posteriormente por la 1896 de 2001.

En ese mismo año y como inicio de toda una tendencia en el país, que propendía por establecer mecanismos que permitieran ejercer auditoría en el sector público y mejorar con ello la eficiencia, disminuyendo de paso la corrupción, surge el **decreto 2145 de 1999**, por el cual se crea el Sistema nacional de control interno tal como reza en su artículo 1°. Definición del sistema nacional de control, interno: Es el conjunto de instancias de articulación y participación, competencias y sistemas de control interno, adoptados en ejercicio de la función administrativa por los organismos y entidades del Estado en todos sus órdenes, que de manera armónica, dinámica, efectiva, flexible y suficiente, fortalecen el cumplimiento cabal y oportuno de las funciones del Estado²³.

Posteriormente y apuntando al mismo objetivo descrito en el párrafo anterior, se expide el **decreto 1537 de 2001** que reglamenta parcialmente la ley 87 de 1993: "Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado"²⁴

²² Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 365. 1999

²³ Presidente de la República. Decreto 2145. 1999

²⁴ Presidente de la República. Decreto 1537. 20

Con la **resolución 3374 de 2000** "se definen los datos básicos de reporte obligatorio que deben presentar tanto los prestadores de servicios de salud como las entidades administradoras de planes de beneficio, sobre los servicios de salud prestados" y que se conocen estos con la sigla RIPS (registro individual de prestación de servicios).

En el artículo primero numeral 3, de dicha resolución, se define el RIPS como "El conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la presente Resolución. Los datos de este registro se refieren a la identificación del prestador del servicio de salud, del usuario que lo recibe, de la prestación del servicio propiamente dicho y del motivo que originó su prestación: diagnóstico y causa externa.

El Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS- está conformado por tres clases de datos:

- De identificación
- Del servicio de salud propiamente dicho
- Del motivo que originó su prestación"²⁵

El Ministerio del Medio ambiente y el de Protección social, expiden una resolución conjunta para la gestión de los residuos hospitalarios y similares, **resolución 1164 de 2002**, que en el numeral 7.1.2 establece entre las función de las entidades generadoras de residuos: "Elaborar informes y reportes a las autoridades de vigilancia y control" y en el numeral 7.2.10: Monitoreo al PGIRH . componente interno: "Con el fin de garantizar el cumplimiento del PGIRH, se establecerán

²⁵ Ministerio de Salud. Resolución 3374. 2000

mecanismos y procedimientos que permitan evaluar el estado de ejecución del Plan y realizar los ajustes pertinentes. Entre los instrumentos que permiten esta función se encuentran los indicadores y las auditorías e interventorías de gestión. Para el manejo de indicadores, han de desarrollarse registros de generación de residuos y reportes de salud ocupacional"²⁶

Con el **decreto 2309 de 2002**: "Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud"²⁷, posteriormente derogado por el decreto 1011 de 2006, se establece desde la normativa del país, la calidad como insumo vital en la estructura del actual sistema de salud.

El decreto anterior es reglamentado mediante la **resolución 1439 de 2002**: "Por la cual se adoptan los formularios de inscripción y de novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales"²⁸ y por la **resolución 1474 de 2002**: "Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación"²⁹

El Estado continúa avanzando por la senda de crear un sistema de calidad para todas las entidades estatales, para lo cual se expide la **ley 872 de 2003**: "Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicio"³⁰ En su artículo 1° establece: "Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del

²⁶ Ministerio de Salud M del MA. Resolución 01164. 2002

²⁷ Presidente de la República. Decreto 2309. 2002

²⁸ Ministerio de Salud. Resolución 1439. 2002

²⁹ Ministerio de Salud. Resolución 1474. 2002

³⁰ Congreso de Colombia. Ley 872. 2003

Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades" y en el artículo 2° expresa que: " las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la ley 100 de 1993" están entre las entidades y agentes obligados a cumplir esta norma, con la cual se crea el marco normativo que sustenta el desarrollo del sistema de gestión de la calidad como una de las herramientas definidas por el Estado para el logro de sus objetivos en materia de gestión pública y de la cual la salud hace parte importante".

La ley 872 fue reglamentada mediante el **decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004**: "a través del cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000"³¹

Cabe anotar que el sector salud, había definido su propio sistema de calidad, como veremos más adelante, en concordancia con lo establecido en la ley 100, en su artículo 173, numeral 2.

Así las cosas el sector salud, quedaba bajo la tutela de dos sistemas de calidad, para lo cual: "A efectos de unificar, dar alcance y compatibilizar los dos sistemas, el Ministerio de Protección Social expidió **la circular 000075** del 18 de noviembre de 2005. En ella se estableció que ~~los~~ dos sistemas (el propuesto por la ley 872 y el establecido por la ley 100) son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna (SIC), más aun si se tiene en cuenta que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud es específico para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y apunta a impactar favorablemente en los procesos y resultados de la atención en salud en nuestro

³¹ Presidente de la República. Decreto 4110. 2004

país y el sistema de Gestión de Calidad, contemplado en la ley 872, es de aplicación genérica y no tiene como propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del sistema de gestión de calidad de las entidades+³²

Por medio del **decreto 3257 de 2008**, se crea el Subsistema Nacional de Calidad (SNCA) cuyo objetivo es, según el artículo 1°: "promover en los mercados, la seguridad, la calidad, la confianza, la productividad y la competitividad de los sectores productivo e importador de bienes y servicios, y proteger los intereses de los consumidores, en los asuntos relativos a procesos, productos y personas". Pero establece claramente en el párrafo del artículo 2° que el sistema de calidad del sector salud es independiente: "Parágrafo. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud definido por el decreto 1011 de 2006 y las normas que lo modifiquen, es independiente del Subsistema Nacional de la Calidad. Sin perjuicio de lo anterior, cuando en desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud se involucren actividades o instituciones propias del Subsistema Nacional de la Calidad, estos dos sistemas deberán actuar de forma coordinada"³³.

Estos cambios han ido marcando una clara tendencia hacia la construcción de instituciones de salud soportadas en sistemas de calidad que a su vez han ido evolucionando a un enfoque de riesgo y de seguridad del paciente, para todo lo cual se basa en lograr la construcción de un sólido sistema de información.

Todo lo anterior, materializado en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como lo define el **decreto 1011 de 2006** en su artículo 2°,

³² RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Director Nacional de Acreditación en Salud. La Ley 872 de 2003 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia. INCONTEC [Internet]. Artículo Revista No. 79. Recuperado a partir de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20No.%2079.pdf>

³³ Presidente de la República. Decreto 3257. 2008

decreto que fue modificado por la **resolución 1043 de 2006** y la **2003 de 2013** prevista para entrar en vigencia en febrero de 2015.

En el SOGC se definen cuatro componentes: Sistema único de habilitación(SUH), Auditoría para el mejoramiento de la calidad cuyo instrumento se conoce como el programa para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), Sistema único de acreditación (SUA) y el Sistema de información para la calidad (SIC).

La resolución 1445 de 2006 reglamenta el decreto 1011 del mismo año y en el "se definen las funciones de la entidad acreditadora"³⁴ En el Anexo Técnico N° 1, se establece el Manual de Estándares tanto para las entidades administradoras de beneficios (EAPB's) como para las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), que posteriormente fue modificada por la **resolución 3960 de 2008**: "Por la cual se modifica la resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos y adiciona el manual de estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales"³⁵ Ambas hacen referencia al Sistema único de acreditación (SUA).

Posteriormente, fue modificada mediante la **resolución 123 de 2012**, la cual reforma el artículo 2° de la 1445, fusionando el manual de estándares de Acreditación para las IPS ambulatorias y hospitalarias"³⁶

Así mismo, como reglamentaria del decreto 1011, se expide la **resolución1446 de 2006** y su anexo técnico: "Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud"³⁷. En ella se definen los tres niveles de monitoria del sistema de información para la calidad: Monitoria del sistema, monitoria interna y monitoria externa.

³⁴ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445. 2006

³⁵ Ministerio de la Protección Social. Resolución 3960. 2008

³⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 123. 2012

³⁷ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446. 2006

En el mismo año, se establece mediante el **decreto 3518 de 2006**, el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), con el objetivo según el artículo 1 del capítulo I: "la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva".³⁸

Ya en el 2004, se habían creado las UPGD: unidades primarias generadoras de datos, como antecedente operativo que da soporte a la recolección de información que establece el SIVIGILA.

Este sistema define cuales son las enfermedades de interés en salud pública y mediante la notificación y el enfoque de información para la acción, se define la toma de decisiones que pretenden impactar estos eventos.

El **decreto 1637 de 2006**: "por el cual se dictan unas disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social (RUAF)³⁹, considerando: que el artículo 15 de la **ley 797 de 2003** literal a) establece el Registro Único de Afiliados al Sistema General de Pensiones, al Sistema de Seguridad Social en Salud, al Sistema General de Riesgos Profesionales, al Sena, al ICBF, y a las Cajas de Compensación Familiar, y de los beneficiarios de la Red de la Protección Social", establece en el capítulo II, artículo 3, la obligatoriedad que tienen las entidades administradoras de riesgos, tales como EPS, ARL, AFP y similares, de reportar la información de empleadores

³⁸ Presidente de la República. Decreto 3518. 2006

³⁹ Presidente de la República. Decreto 1637. 2006

y afiliados: "Obligación de reportar información. Las administradoras de los riesgos que conforman los diferentes subsistemas del Sistema de la Protección Social están obligadas a reportar la información relativa a sus empleadores y afiliados, en los términos y a las entidades que se indican en el presente decreto.

En cumplimiento de esta obligación, las administradoras deberán suministrar la información de sus afiliados y en general de aquellas personas que, de conformidad con las normas vigentes, hayan tenido derecho a los servicios que brinda el Sistema durante el período reportado.

A partir de dicho suministro de información inicial, las administradoras estarán obligadas a reportar, de acuerdo con la periodicidad que determine el Ministerio de la Protección Social, la actualización de la información relativa a sus empleadores y afiliados.

Las administradoras del Sistema de la Protección Social reportarán la información en forma directa ante el órgano de Administración del RUAF".

Mediante **la resolución 1149 de 2006**, se define la creación de la base de datos única de afiliados (BDUA)⁴⁰ que establece en el artículo 1º como Objeto: " La presente Resolución establece los requerimientos mínimos de información sobre la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, a los regímenes especiales y exceptuados del mismo y a planes adicionales de salud que los obligados a aplicar la presente resolución deben generar, mantener, actualizar y reportar para efectos de la dirección, operación, seguimiento, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de sus recursos y de determinar la responsabilidad, flujo y periodicidad en la actualización y reporte de la información", la cual provee información a todo el sector salud.

⁴⁰ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1149. 2006

En lo referente al manejo de medicamentos de control, la **resolución 1478 de 2006** expresa lo siguiente: "Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del estado"⁴¹. En el artículo 94, la norma define los informes que deben ser prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: "Los establecimientos farmacéuticos minoristas y las IPS deben rendir un informe sobre distribución y/o dispensación de medicamentos sometidos a fiscalización a los respectivos Fondos Rotatorios de Estupefacientes, dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, conforme al formato que se establece en la presente resolución (Anexo número 13)".

El **decreto 4295 de 2007**: "fija como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollen y modifiquen"⁴² y en el párrafo del mismo artículo define: "El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la ley 872 de 2003".

En respuesta a lo definido en el **decreto 4295 de 2007**, surge la **resolución 2181 de 2008**: "Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público"⁴³

⁴¹ Ministerio de la Protección Social. Resolución 1478. 2006

⁴² Presidente de la República. Decreto 4295. 2003

⁴³ Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181. 2008

La **ley 1122 de 2007**: "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones", en su artículo 44 que hace referencia a la información en el Sistema General de Seguridad Social, establece: "En el transcurso de los siguientes seis meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social . SISPRO."⁴⁴

El SISPRO, de acuerdo a esta norma, debe cumplir las siguientes grandes funciones, a saber:

- Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica . SIVIGILA- y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales.
- Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2º de la presente ley.

En la **ley 1438 de 2011**: "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"⁴⁵, en su artículo 112: **Articulación del Sistema de Información**. Establece que: "El Ministerio de la

⁴⁴ Congreso de Colombia. Ley 1122. 2007

⁴⁵ Congreso de Colombia. Ley 1438. 2011

Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (Sispro), articulará el manejo y será el responsable de la administración de la información.

Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras+

De acuerdo a lo definido en estas dos normas: la 1122 de 2007 y la 1438 de 2011, el SISPRO se ha diseñado para dar respuesta a las necesidades de información del SGSSS, por lo cual cuenta con cuatro componentes, a saber: Salud, Pensiones, Riesgos Laborales y Promoción Social entendido este como trabajo, empleo y asistencia social.

El diseño de SISPRO se basa en una herramienta tecnológica, denominada bodega de datos, o ~~data~~ data warehouse+ que permite consolidar y administrar grandes volúmenes de datos, acceder a los mismos de una forma más directa y analizarlos para obtener relaciones complejas entre los mismos.

Esta herramienta toma la información de las instituciones del Sector de la Protección Social proveniente de 45 fuentes del Sistema que pueden estar en diferentes plataformas tecnológicas y estándares y produce nueva información, mediante un conjunto de 117 indicadores, en datos mediante un proceso de extracción, transformación y cargue en el módulo denominado PISIS (recoge la información de todas las transacciones de los 40 millones de colombianos con el

Sistema de Protección Social+, relacionadas con los cuatro componentes citados anteriormente: salud, pensiones, riesgos profesionales y promoción social.⁴⁶

Según informe del Ministerio de la Protección Social, el SISPRO cuenta al 2013 con 17 aplicativos, listados a continuación y que constituyen en la actualidad, la base del sistema de información del sistema de seguridad social. Mediante estos aplicativos se genera información periódica y permanente para la toma de decisiones, la gestión institucional, la rendición de cuentas y la participación ciudadana por medios electrónicos⁴⁷

Estos aplicativos son:

- Estrategia de Gobierno en Línea
- Sistema de Gestión de Datos. SGD
- Sistema de Registro Único de Afiliados. RUAF
- Base de Datos Única de Afiliados. BDUA
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes. PILA
- Cuentas de salud
- Registro individual de prestaciones de salud. RIPS
- Registro de personas con discapacidad
- Sistema de información de precios de medicamentos. SISMED
- Cuentas Maestras Entidades Financieras
- Giro Directo a IPS
- Saneamiento de cartera del régimen subsidiado
- Nacimientos y defunciones. ND
- Supervivencia

⁴⁶ Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Bogotá D.C; 2008 feb. Report No.: No.13

⁴⁷ Ibíd. p2

- Escolaridad
- ORFEO
- Plataforma de Integración de Sistemas de Información. PISIS

De los cuatro componentes del SISPRO, el de salud es el que más desarrollo ha tenido. A su vez el componente de salud, está subdividido en cuatro áreas de información:

- Información epidemiológica
- Recursos para la salud
- Información ambiental
- Cuentas en salud.

Como dijimos anteriormente, el SISPRO es la base del sistema de información en salud, por lo que todas las bases de datos deben cumplir con tres requisitos: oportunidad, cobertura y calidad.

Así, el SISPRO alimenta los diversos observatorios de salud y sirven como una poderosa herramienta para analizar la situación de salud de manera específica, monitorear las tendencias de la gestión realizada, los resultados de las políticas públicas de salud, generar nuevo conocimiento e identificar brechas de información que deben ser cubiertas con ajustes en las fuentes de información y líneas de investigación para la salud.

Los observatorios muestran un conjunto de indicadores técnicamente seleccionados y cuidadosamente contruidos de un tema, que permiten el análisis desde diferentes aspectos, por diferentes actores y para diferentes fines.

A su vez el conjunto de observatorios temáticos hacen parte del Observatorio Nacional de Salud administrado por el Instituto Nacional de Salud.⁴⁸

El **decreto 4747 de 2007**: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones⁴⁹, en su artículo 20, establece la obligatoriedad de envío del registro individual de prestaciones de salud (RIPS), como un elemento fundamental de los aplicativos del SISPRO, y que a su vez aporta información para el área de información epidemiológica.

En el 2008 se expide **la resolución 4816**, mediante la cual "se reglamenta el programa nacional de tecnovigilancia"⁵⁰ y que se define según la norma como: "un sistema de vigilancia postmercado, constituido por el conjunto de instituciones, normas, mecanismos, procesos, recursos financieros, técnicos y de talento humano que interactúan para la identificación, recolección, evaluación, gestión y divulgación de los eventos o incidentes adversos no descritos que presentan los dispositivos médicos durante su uso, la cuantificación del riesgo y la realización de medidas en salud pública, con el fin de mejorar la protección de la salud y la seguridad de los pacientes, usuarios y todo aquel que se vea implicado directa o indirectamente con la utilización del dispositivo".

Es responsabilidad de las IPS, notificar los eventos e incidentes adversos que se deriven del uso de equipos y dispositivos médicos, tal como lo define la norma en el numeral 3 del artículo 9.

⁴⁸OSPINA Martínez, Martha Lucia. Directora de Epidemiología y demografía Ministerio de Salud y Protección Social. LANZAMIENTO DEL SISPRO de Información Gerencial para la Salud y la Protección Social [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: <http://consultorsalud-news.blogspot.com/2013/07/ya-tenemos-sistema-de-informacion-en.html>

⁴⁹ Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747. 2007

⁵⁰ Ministerio de la Protección Social. Resolución 4816. 2008

En 2009, la Superintendencia Nacional de Salud expide la **circular 056**, donde se define el sistema de indicadores de alerta temprana, con obligatoriedad de reportes trimestrales y cuyo incumplimiento genera sanciones económicas⁵¹

En abril del 2009 el Ministerio de la Protección Social crea el primer observatorio de la calidad de la atención en salud (OCS), definido así: "El Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se define como un espacio que brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación e internalización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de salud de Colombia (SOGC)-. Sus contenidos y salas temáticas parten del diagnóstico del estado de desarrollo del SOGC, así como del análisis de las fortalezas y necesidades de soporte en información y metodológico en las instituciones".⁵²

La Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud (BNI) es el conjunto de indicadores recopilados a través del consenso de diversos grupos de expertos nacionales en la monitorización de la calidad de la atención en salud, obtenidos a partir de la revisión de la literatura existente y en lo posible basados en la evidencia disponible; estandarizados y recomendados para su utilización en los diferentes niveles del Sistema de Información para la Calidad: nivel de monitoría del sistema, niveles de monitoría externa e interna, indicadores de acreditación e indicadores de seguimiento a riesgos, y publicados en la sala temática de indicadores de calidad del Observatorio de Calidad.

Resolución 4505 de 2012: "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la

⁵¹ Superintendencia Nacional de Salud. Circular 056. 2009

⁵² Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento"⁵³

En su artículo 7 establece la obligación de las IPS de reportar estas actividades: responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas. En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 114 de la ley 1438 de 2011, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas y privadas, serán responsables de: recolectar y reportar a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, incluidas las de régimen de excepción de salud y a las Direcciones Municipales y Distritales de Salud, el registro por persona de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral de las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, según el Anexo Técnico, que hace parte integral de esta Resolución".

El decreto-ley 019 de 2012 conocido como la ley anti-trámites, que en su artículo 123 y 124 establece el tiempo máximo que puede tomarse la IPS para asignar las citas de medicina general, odontología y medicina especializada⁵⁴ y que mediante la **resolución 1552 de 2013** reglamenta parcialmente estos artículos, estableciendo la obligatoriedad del reporte mensual por parte de las EPS de dicha información⁵⁵

De esta forma se ha ido estructurando el marco legal para el manejo de la información que apunta a la realización de un monitoreo tanto interno como externo de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), definido como ya señalamos, en **la resolución 1446 de 2006** y cuyo carácter propende

⁵³ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505. 2012

⁵⁴ Presidente de la República. Decreto 19. 2012

⁵⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552. 2013

por la generación de una información que en clara consonancia con el mundo actual, es pública, buscando tener usuarios más informados que dispongan de elementos objetivos con los cuales hacer efectivos sus derechos y por supuesto contar con información veraz y oportuna que permita conocer el estado de salud de la población para ajustar la política sanitaria y el sistema de salud, con el fin de impactar positivamente la salud de los habitantes del territorio nacional.

El sistema de calidad a su vez ha ido evolucionando hacia un enfoque de riesgo y de seguridad del paciente, apuntando con ello a lograr el verdadero objetivo de un sistema de calidad, el cual es en esencia, alcanzar una atención en salud adecuada para el usuario, que responda a sus necesidades y permita una mejoría en su estado de salud.

"El Sistema de Información para la Calidad busca a partir de la información de calidad generada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud ofrecer a los actores la información y los recursos necesarios para que esta gestión sea posible.

Según lo establecido por la resolución 1446 de 2006, el propósito del SIC es:

- Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.⁵⁶

Por todo lo anterior y como corolario de todo el contenido normativo del sistema de salud y su enfoque hacia la calidad, "Resulta claro que el cumplimiento de las normas de habilitación, el desarrollo del PAMEC, el reporte de los indicadores de calidad de acuerdo con la resolución 1446 de 2006 y el ejercicio de auto evaluación para la Acreditación en Salud y la fijación de propuestas de mejoramiento con base en los hallazgos de estas comparaciones, constituyen hoy el quehacer obligatorio de los directivos de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud. Las señales y lineamientos del Estado, están claros, son coherentes y se articulan con la política pública en materia de calidad. Las entidades de inspección, vigilancia y control, tienen claros los parámetros para evaluar. Esperemos que cada cual haga lo que corresponde y que todo ello redunde en beneficio de la competitividad de las instituciones, pero sobre todo en mejor calidad de atención para los usuarios de los servicios de salud".⁵⁷

6.3 EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE ADMINISTRACIÓN

A la par de como se ha ido desarrollando en el país, el sistema de salud hasta llegar al modelo actual, veamos como en el mundo han evolucionado y se han transformado los diferentes modelos de administración, cuya influencia no escapa ni a nuestro entorno geográfico ni mucho menos al sector de la salud, quien se ha visto impactado por el boom que muchos de estos sistemas han generado.

⁵⁶ Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, pág. 11. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf> (BIBLIOGRAFIA)

⁵⁷ Op Cit , Rodríguez

"En décadas anteriores la economía operaba en mercados e industrias estables, las organizaciones que nacían y se desarrollaban en dicha época hacían uso de teorías de gestión simples con un enfoque centralizado, basado en jerarquías y estructuras funcionales como su modo de operación para ser competitivas y sostenibles en el tiempo. El mundo de hoy es completamente diferente al escenario anterior, las organizaciones se desenvuelven en economías dinámicas y globales que se encuentran expuestas a todos los tipos de cambios sociales, culturales, tecnológicos, gubernamentales, etc., que allí se dan.

Por lo anterior, las organizaciones han tenido que centrar sus esfuerzos en emplear nuevos modelos gerenciales que les permitan ser sostenibles en este nuevo contexto y a su vez exitosas"⁵⁸

El Gerente de cualquier organización hoy, está expuesto al "bombardeo constante de herramientas, modas y teorías sobre el management que puede convertirse en un peligro para las organizaciones, si no las aplican contextualizándolas a las problemáticas específicas de cada empresa".

Sin embargo, para el Gerente de una Institución prestadora de servicios de salud, la situación puede ser aún más compleja, si se tiene en cuenta que en su gran mayoría, por no decir que en todos, estos modelos administrativos se originan en sectores muy diferentes al sector de la salud y en general al sector de los servicios. Esto sin contar que las empresas que prestan servicios de salud, están consideradas como uno de los tipos de empresas más complejas, tanto desde su quehacer como en su administración, lo que eleva aún más el nivel de dificultad a la hora de implementar estos modelos.

⁵⁸ RODRÍGUEZ Gamboa. Evaluación de los obstáculos que enfrenta una organización del sector de hidrocarburos en Colombia, en la implementación del Sistema de Gestión Integral [Internet]. [Bogotá, D.C]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9645/1/jennymarcelarodriguezgomboa.2012.pdf>

Sea este el momento oportuno para señalar, que fue con la entrada en vigencia de la ley 100 del año 93, cuando las clínicas y hospitales fueron "elevadas" a la categoría de "Empresas", quedando formalmente denominadas como: "Instituciones prestadoras de servicios de salud", a partir de lo cual, comenzaron una vertiginosa carrera, como ya hemos visto, por incorporar varios conceptos propios de las empresas, como los sistemas de información, los sistemas de calidad, la eficiencia, la productividad y la rentabilidad. Conceptos estos que antes no eran reconocidos como preponderantes en el quehacer de estas Instituciones y cuya historia entonces es breve, remontándose a tan solo 20 años, lo que en algo contribuye a explicar, la situación actual del las IPS y del sector salud, pero que sobre todo nos ayuda a entender porque aún estos sistemas no están maduros y aún sus frutos son incipientes.

Esta circunstancia en conjunto, plantea en sí misma, además de un esfuerzo adicional para lograr una adaptación que permita su implementación al interior de nuestras instituciones, sino también un cuestionamiento que podría decirse que raya en lo ético, cuando nos preguntamos si es adecuado mirar la prestación de servicios de salud como un mero hecho económico donde primen la productividad, eficiencia, efectividad y bajos costos, buscando a como de lugar obtener una utilidad neta "al final del ejercicio" de cada período anual.

A continuación, nos referimos a las grandes etapas de la historia en las que se pueden ubicar las Empresas y se lista a manera de enumerarlos, los diferentes tipos de modelos administrativos, comenzando con lo que muchos autores consideran como el primer modelo, el de la administración científica de Taylor, llegando hasta las teorías contemporáneas de Weber y de Maslow, entre otros.

Tabla 1. Etapas de la historia de las empresas

ETAPAS DE LA HISTORIA DE LAS EMPRESAS		
1. Artesanal	Desde la antigüedad hasta antes de la Revolución Industrial	Hasta 1780
2. Transición hacia la Industrialización	Primera revolución industrial	1780 a 1860
3. Desarrollo Industrial	Después de la segunda revolución industrial	1860 a 1914
4. Gigantismo Industrial	Entre las dos guerras mundiales	1914 a 1945
5. Moderna	Desde la posguerra hasta la actualidad	1945 a 1980
6. Globalización	Actualidad	Desde 1980

Fuente: Teorías de la Administración [Internet]. [Citado 3 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://es.slideshare.net/bLaCkTeArS01/teoras-de-la-administracin>

6.3.1 Síntesis de las diferentes teorías, enfoques y escuelas administrativas

Escuela de Administración científica: creada por Frederick Winlow Taylor, preocupada por aumentar la eficiencia de la industria a través de la racionalización del trabajo operario.

De allí el énfasis en el análisis y en la división del trabajo operario, toda vez que las tareas del cargo y el ocupante constituyen la unidad fundamental de la organización. En este sentido, el enfoque de la administración científica es un enfoque de abajo hacia arriba (del operario hacia el supervisor y gerente) y de las partes (operarios y sus cargos) para el todo (organización empresarial). Predominaba la atención en el trabajo, en los movimientos necesarios para la ejecución de una tarea, en el tiempo-patrón determinado para su ejecución: ese cuidado analítico y detallado permitía la especialización del operario y la reagrupación de los movimientos, operaciones, tareas, cargos, etc., que

constituyen la llamada "organización racional del trabajo" (ORT). Fue además de esto, una corriente de ideas desarrollada por ingenieros, que buscaban elaborar una verdadera ingeniería industrial dentro de una concepción eminentemente pragmática. El énfasis en las tareas es la principal característica de la "administración científica".

Escuela Clásica de la Administración: creada por Henry Fayol, preocupada por aumentar la eficiencia de su empresa a través de su organización y de la aplicación de principios generales de la administración con bases científicas.

El interés principal era aumentar la eficiencia de la empresa a través de la forma y disposición de los órganos componentes de la organización (departamentos) y de sus interrelaciones estructurales. De allí el énfasis en la anatomía (estructura) y en la fisiología (funcionamiento) de la organización. En este sentido, el enfoque de la corriente anatómica y fisiologista es un enfoque inverso al de la administración científica: de arriba hacia abajo (de la dirección hacia la ejecución) del todo (organización) hacia sus partes componentes (departamentos). Predominaba la atención en la estructura organizacional, con los elementos de la administración, con los principios generales de la administración, con la departamentalización. Ese cuidado con la síntesis y con la visión global permitía una manera mejor de subdividir la empresa bajo la centralización de un jefe principal. Fue una corriente eminentemente teórica y administrativamente orientada. El énfasis en la estructura es su principal característica.

Estas dos escuelas se reconocen como las creadoras del Enfoque clásico de la Administración y se considera que abarcan las cuatro primeras décadas del siglo XX.⁵⁹

⁵⁹ Las principales teorías administrativas y sus enfoques - Monografias.com [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.monografias.com/trabajos2/printeoadmin/printeoadmin.shtml>

Escuela de las Relaciones Humanas: Uno de sus principales exponentes fue Elton Mayo. La Primera Guerra Mundial generó una necesidad de aumentar la productividad reduciendo las disputas industriales, ausentismo, y regularizando las condiciones de los trabajadores. Con los trabajos de H. Munsterberg, fundador de la psicología industrial, se dio como resultado el movimiento político- socio-económico de la época, con un cambio de cultura agrícola a cultura industrial, crítica a las teorías clásicas y científicas de la administración y la organización (demasiado racionales, rígidas).

El movimiento de las Relaciones Humanas se inició con pruebas para la selección de personal con respecto a los aspectos físicos y su relación con las condiciones físicas del lugar del trabajo y establecer cuáles son las causas del aburrimiento por el trabajo repetitivo. Este movimiento logró cambiar la concepción tayloriana de la relación laboral, la cual concebía al hombre como un "apéndice" de la máquina y sólo trabaja por dinero. Se cristalizó la teoría en los experimentos de la planta Hawthorne (1924-1932), realizados por E. Mayo y su equipo de trabajo.

Escuela Burocrática: Creada por Max Weber, surge como consecuencia a las críticas hechas tanto a la teoría clásica por su mecanismo, como la teoría de las relaciones humanas. La Teoría Burocrática podemos definirla como una forma de organización que se basa en las conductas racionales para alcanzar objetivos.

Las principales características de la Escuela Burocrática son:

- Rechaza los principios universales de la administración.
- Carácter legal de las normas y reglamentos. La Burocracia esta unida por normas y reglamentos previamente establecidos por escrito

- Carácter formal de las comunicaciones. Las reglas, decisiones y acciones administrativas se formulan y registran por escrito.
- Carácter racional y división del trabajo. Los recursos (maquinaria, equipo, edificios humanos), son utilizados racionalmente en base a la división del trabajo y de las funciones.
- Impersonalidad en las relaciones. Esa distribución de actividades se hace impersonalmente, es decir sólo en términos de cargos y funciones, y no de personas.
- Jerarquía de autoridad. La Burocracia es una organización que establece los cargos según el principio de jerarquía. %Cada cargo inferior debe estar bajo control y la supervisión de uno superior y ningún cargo queda sin control o supervisión+
- Rutinas y procedimientos estandarizados. La organización fija las reglas y normas técnicas, regulan las conductas de quienes ocupan cada cargo, cuyas actividades deben ejecutarse de acuerdo con las rutinas y procedimiento fijados por las reglas y normas técnicas
- Competencia técnica. Las personas son escogidas por méritos, a través de evaluaciones o exámenes de oposición.

Escuela Estructuralista. La teoría estructuralista surgió en la década de 1950, como una orientación hacia la sociología organizacional, y básicamente busca interrelacionar las organizaciones con su ambiente externo, que es la macro sociedad (sociedad organizacional), caracterizada por la interdependencia entre las organizaciones (hombre organizacional). El estructuralismo se preocupa por el todo y por la relación de las partes en la constitución del todo.

La Teoría Estructural da origen a un nuevo concepto de organización (global: intra e inter-organizacional) y un nuevo concepto de hombre , el hombre organizacional, flexible, que sabe escuchar, tolerante a personas y problemas, dispuesto al cambio , con deseos de superación, capaz de diferenciar recompensas y sanciones. Una organización que puede aprovechar los problemas para convertirlos en oportunidades o ventajas.

Este enfoque permitió iniciar estudios acerca del ambiente que rodea a las empresas (oportunidades y amenazas) ya que las empresas interactúan con el ambiente.

Toma argumentos de la Teoría Clásica, de Relaciones Humanas, y de la Teoría Burocrática para formar su propia teoría

Escuela contingencial o teoría de decisiones. En 1920, Mary Parker Follet, presenta la inquietud de que se pueden obtener mejores resultados en una empresa si se toma en cuenta la situación en que se encuentra la misma y sus trabajadores. Dentro de esta teoría existe un modelo propuesto por Mckinsey and Company que da a conocer los elementos básicos de la teoría de la contingencia, que son: estrategia, estructura, sistemas, staff, estilo, habilidades y metas superiores, que deben actuar interdependientemente entre sí para el logro de los objetivos o metas.

Intenta dar respuesta a las contingencias o situaciones diarias de una empresa, institución o grupo de personas que trabajan para lograr metas en común utilizando la menor cantidad de recursos para lograr los mejores resultados en tiempos a corto y mediano plazo. Para esto se usan métodos de otras escuelas administrativas según la situación que se esté viviendo. Para algunos autores, el enfoque contingencial permite tener la mente abierta para obtener buenos

resultados ante una situación cualquiera, evitando utilizar un esquema más cerrado en sus conceptos o soluciones. Esta teoría da real importancia al ambiente, entendiéndose como tal a todo aquello que envuelve externamente una organización (o un sistema). Es el contexto dentro del cual una organización está inserta. El ambiente podemos entenderlo como aquellas instituciones de cualquier tipo que rodean a la empresa y que de algún modo pueden afectarla. Para que pueda desarrollarse este tipo de administración, la empresa debe tener objetivos claros a corto, mediano y largo plazo, pero tienen que ser objetivos factibles de cumplirse. Luego debe darse a los objetivos institucionales, el organigrama, los beneficios, y reglas de la institución, a los trabajadores para lograr resultados en conjunto. La teoría de contingencia espera tener como resultado la comprensión de las relaciones que se desarrollan entre los subsistemas que conforman cada empresa en particular.

Escuela Neoclásica. También llamada escuela operacional, o del proceso administrativo, surgió de la necesidad de utilizar los conceptos válidos y relevantes de la teoría clásica.

Para los neoclásicos, la Administración consiste en orientar, dirigir y controlar los esfuerzos de un grupo de individuos para lograr un fin común con un mínimo de recursos y de esfuerzo y con la menor interferencia, con otras actividades útiles.

Según la teoría neoclásica, las funciones del administrador corresponden a los elementos de la administración que Fayol definiera en su tiempo (prever, organizar, comandar, coordinar y controlar), con la aparición actualizada las funciones que constituyen el proceso administrativo: Planeación, Organización, Dirección y Control.

Escuela de teoría de sistemas o escuela sistemática. Este enfoque considera a las empresas como unidades que se relacionan entre sí y con el medio ambiente, y que forman un sistema, que a la vez pertenece a uno mayor.

La Teoría general de Sistemas considera que cuando se piensa en un sistema se deben tomar en cuenta las siguientes premisas:

- Las funciones de un sistema dependen de su estructura; según como esté estructurado el sistema éste realizará sus funciones.
- Los sistemas siempre pertenecen a otro mayor, es decir, siempre están dentro de otro sistema.
- Los sistemas son abiertos y siempre reciben información de otros sistemas. Dicho enfoque es especialmente totalizante, puesto que los sistemas no se pueden entender plenamente solos mediante el análisis separado y exclusivo de cada una de las partes. Este enfoque lo integra. Con la aparición de la teoría general de sistemas, los principios del reduccionismo, del pensamiento analítico y del mecanicismo se sustituyen por los principios opuestos.

Escuela empírica de la administración. Esta escuela se caracteriza básicamente por el hecho de que se basa en estudios y en la observación de experiencias previas, esto con el objetivo de poder determinar la situación en que se encuentra una determinada empresa, en un determinado momento. Dentro de los principales autores de esta teoría se encuentran Peter Drucker y Ernest Dale. Ambos prestan especial importancia a los procesos de planificación y control dentro del proceso administrativo. Es decir, lo fundamental dentro de este enfoque es el hecho de planificar objetivos, dirigirlos y posteriormente controlarlos. Se basa también en la experiencia que tenga el administrador, ya que uno de los requerimientos importantes para poder llevar a cabo esta escuela es la

experiencia que se haya adquirido en situaciones muchas veces adversas dentro de una organización o empresa. Esto permite que exista una menor supervisión de parte de los directivos, ya que se asume que el administrador sabe lo que hace. Pero a la vez es un sistema algo riesgoso de dirigir una empresa, ya que al asumir ciertas capacidades del administrador, muchas veces, este es incapaz de responder a lo que se espera de él, poniendo en juego el éxito de una organización.

Escuela cuantitativa. Al iniciarse la Segunda Guerra Mundial, Gran Bretaña afrontó nuevos e intrincados problemas, para resolverlos ellos formaron los primeros equipos interdisciplinarios de Investigación de Operaciones (IO).

A raíz de su éxito varios países formaron equipos similares. Terminada la guerra, se comenzó a aplicar la Investigación de Operaciones a los problemas industriales. Estaban iniciándose nuevas tecnologías, nuevos desarrollos en comunicaciones y transporte, lo que condujo a los empresarios a utilizarla como herramienta administrativa para la solución de problemas.

En el momento actual, ese enfoque en la soluciones de problemas comienza con la conformación del grupo interdisciplinario, quienes formulan el modelo matemático que simula el problema, en donde se muestra en forma simbólica todos los factores relevantes relacionados con el problema y sus interrelaciones y el comportamiento de las variables cuando éstas se modifican.

Algunas herramientas usadas en la Investigación de operaciones son: programación lineal, teoría de colas, teoría de la probabilidad, entre otras.

Escuela conductista. Conocida también como el neo humanismo relacionismo. Basan su trabajo en los estudios de la Escuela de las Relaciones Humanas y su principal exponente es Abraham Maslow.

Maslow estableció la Jerarquía de las necesidades representada en forma de una pirámide. El considera que las necesidades humanas se dan en orden ascendente desde las necesidades inferiores hasta las superiores y concluyó que cuando un conjunto de necesidades ha sido satisfecha cesa de ser una motivación.

Estas necesidades son:

- Necesidades Fisiológicas: Las necesidades relacionadas con la supervivencia como alimento, recreación, vestido, salud, sexo, vivienda, etcétera.
- Necesidades de seguridad: Son necesidades de sentirse libre de peligros físicos y del temor de perder el trabajo, la propiedad, alimento, abrigo o habitación.
- Necesidades sociales: Son las necesidades de aceptación propia y ser aceptados por los diferentes grupos sociales como amigos, compañeros de trabajo, agremiaciones, entre otros.
- Necesidades de estima: Una vez que las personas comienzan a satisfacer sus necesidades de pertenencia tienden a desear estimarse ellos mismos y que otras personas los estimen. Esta clase de necesidad produce satisfacciones como poder, prestigio, posición y confianza en sí mismo.

Necesidad de autorrealización: se considera que ésta es la necesidad superior en su jerarquía. Es el deseo de convertirse en lo que cada quien es capaz de convertirse; de maximizar el propio potencial y lograr algo.⁶⁰

⁶⁰ Escuelas de Administración [Internet]. [citado 3 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://es.scribd.com/doc/12602486/Escuelas-de-Administracion>

Escuela de toma de decisiones: "manifiesta que la ejecución administrativa se lleva a cabo por medio de una decisión; afirman que los administradores necesitan saber tomar decisiones y saber con exactitud cómo tomarlas mediante procesos lógicos. Cuenta, entre sus principales autores, a Howard Raiffa".

Escuela de administración estratégica: "Surge en la década de 1980. Los pioneros en esta disciplina fueron Peter Drucker, quien manifestó el pensamiento estratégico mediante preguntas simples: ¿Cuál es nuestro negocio?, ¿Dónde estamos? y ¿Dónde queremos estar?. Por lo tanto, definir a qué se dedica (diagnóstico), dónde se quiere llegar (visión) y definir los caminos para poder llegar (cómo). El otro pionero fue Igor Ansoff quien desarrolló una serie de estrategias para conquistar nuevos mercados (matriz de Ansoff).

Otro autor importante es Michael Porter, quien desarrolló estrategias competitivas (estrategias genéricas de Porter) y una serie de matrices de análisis industrial, análisis Porter de las cinco fuerzas, la cadena de valor, entre otros".

Escuela de la Calidad total. La gestión de la calidad total (TQM, del inglés *Total Quality Management*) es una estrategia de gestión orientada a crear conciencia de calidad en todos los procesos organizacionales. La TQM ha sido ampliamente utilizada en manufactura, educación, gobierno e industrias de servicio. Se le denomina «total» porque en ella queda concebida la organización de la empresa globalmente considerada y las personas que trabajan en ella.

Escuela de Reingeniería de procesos. Hammer y Champy definen a la reingeniería de procesos como la reconcepción fundamental y el rediseño radical de los procesos de negocios para lograr mejoras dramáticas en medidas de desempeño tales como en costos, calidad, servicio y rapidez+

Por lo tanto, se trata de una reconcepción fundamental y una visión holística de una organización. Preguntas como: ¿por qué hacemos lo que hacemos? y ¿por qué lo hacemos como lo hacemos? llevan a interiorizarse en los fundamentos de los procesos de trabajo.

La reingeniería de procesos es radical hasta cierto punto, ya que busca llegar a la raíz de las cosas, no se trata solamente de mejorar los procesos, sino y principalmente, busca reinventarlos, con el fin de crear ventajas competitivas osadas, con base en los avances tecnológicos.

Teoría de la excelencia. La noción de excelencia organizacional surge como un ámbito conceptual y estratégico en las ciencias de la administración en la década de 1980, que se caracterizó por el impacto de tres nuevos modelos teóricos de la administración, estrechamente vinculados. El primero de ellos fue el "milagro japonés" y el énfasis en la calidad (desde Shigeru Kobayashi, 1972, y William Ouchi, 1982). El segundo, derivado en gran medida del anterior, fue el exitoso "best-seller" de Peters y Waterman (1984) sobre la excelencia de las organizaciones. El tercero se centra en las propuestas de los estudiosos de la cultura organizacional, como Eva Kras (1990).

En este contexto, de acuerdo con J. L. Pariente (1993), los intentos por establecer una teoría general de las organizaciones han ido convergiendo, poco a poco, en una visión a nivel macro de las organizaciones como entidades socioculturales en las que actúan los procesos administrativos.

La teoría de las organizaciones pretende, como cualquier teoría científica, establecer un cuerpo de conocimientos de validez universal. Universalidad que surge al depender la teoría, como todas las demás propuestas científicas, de un paradigma o marco de referencia, que en el caso de las organizaciones está conformado por las variables, tanto externas como internas de las organizaciones

y su entorno, así como de sus interrelaciones. Propone, por tanto, la utilización de modelos consistentes con su circunstancia específica, de manera que se establezca una relación funcional entre las variables externas, la tecnología y la cultura, con las variables internas de la organización, ya sean estructurales o de procesos.

6.4 LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD CONCEBIDA COMO UNA EMPRESA

En el mundo en general, los hospitales han evolucionado en el concepto que como institución se ha tenido de ellos, pasando de ser concebidos como una institución de beneficencia a transformarse en empresa con ánimo de lucro y con amplio desarrollo en campos como la tecnología y la administración.

Se considera que "Hacia los años setenta del siglo XX, los hospitales se ven enfrentados a la incorporación del desarrollo del conocimiento de otras áreas científicas como la administración y la economía; se incorpora el concepto de empresa⁶¹ "A partir de allí el hospital incorpora las herramientas de la gestión - *networking* - y se convierte en una empresa de carácter científico productora de actos médicos, cuyo trabajo incrementa el bienestar social; se agregan la planeación estratégica, la gestión y la planificación del talento humano, el *marketing*, y la atención al cliente y al usuario, entre otras"⁶²

En Colombia, como se planteo en un comienzo, a partir de la implementación de la ley 100, se rompe el paradigma de la concepción tradicional de los hospitales, los cuales eran vistos como instituciones sin ánimo de lucro, creándose el concepto de Instituciones prestadoras de servicios de salud, definidas en la ley así: "Las

⁶¹ CORTÉS Martínez, Ariel Emilio. La Economía de la salud en el hospital. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2010; Vol. 9(No. 19)

⁶² Errasti F. Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997

instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas " ⁶³

Bajo este enfoque, las IPS son concebidas como Empresas y por ende tienen que ser pensadas y gerenciadas como tal, lo que ha dinamizado el campo de la administración hospitalaria en las dos últimas décadas.

En el marco de la IPS como empresa, ha sido necesario incorporar conceptos como el de producción de servicios de salud, una de cuyas funciones es el producto hospitalario determinado en gran parte por el consumo de dichos servicios y por supuesto entonces es indispensable establecer la forma de medirlo.

Paulatinamente, se ha ido introduciendo en el ámbito de las entidades asistenciales, conceptos empresariales y de economía, iguales o similares a los que se usan en las empresas de otros sectores como el industrial o el comercial.

Este cambio, reiteramos, relativamente reciente, es lo que ha permitido y facilitado la imperiosa necesidad que hoy tiene el sistema de salud, de generar información que le permita "administrar" de la mejor manera posible, las empresas de salud, pudiendo conocer así sus costos, tiempos de producción, demanda de servicios, márgenes de contribución y de utilidad, entre otros.

Igual circunstancia aplica con la calidad, considerada como pilar fundamental de toda empresa, pero mucho más si hablamos de una empresa de salud, cuyo impacto directo afecta el bienestar y la vida de los seres humanos. "En este

⁶³ (Artículo 156, literal i), Ley 100 de 1993)

contexto aparecen las IPS como proveedoras de servicios de salud, y de éstas se exige eficiencia y calidad en la oferta de su producto hospitalario".⁶⁴

"Los sistemas de gestión de la calidad implantados en Colombia se basan fundamentalmente en lo establecido por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), donde la gestión por procesos transversales y la determinación de un conjunto de indicadores de calidad respaldados por el marco normativo vigente (resolución 1446 del 2006) establecen un claro contexto referencial que permite de forma estructurada, controlar y evaluar los procesos que integran el funcionamiento de la organización prestadora de servicios.

Hay que destacar que uno de los problemas derivados de la gestión por procesos a nivel del sector salud en general, es la recolección y el análisis de la información dirigido al establecimiento de las actuaciones correctoras del sistema que permiten el cierre de los ciclos de mejora continua.⁶⁵

Es pues la combinación de todos estos elementos, lo que ha llevado a que en el país se cuente en el presente, con un sistema de calidad basado en buena medida en el sistema de información y que las empresas de salud estén avanzando en la incorporación de diferentes metodologías que les permitan dar respuesta a las exigencias y necesidades que una empresa comporta.

⁶⁴ Op Cit Cortés

⁶⁵ Guía de instrucción despliegue de la estrategia mediante el cuadro de mando integral. Ministerio de la protección social, Dirección de calidad.

"Desde el ámbito de la gestión empresarial, existe una exigencia latente por adaptar los sistemas de información a las necesidades cada vez más específicas e inminentes relacionadas con la implementación de la estrategia empresarial" ⁶⁶

Ejemplo de lo anterior es el auge, que en los últimos tiempos ha tomado en las IPS, la metodología del Balanced Scorecard (BSC) conocida también como Cuadro de Mando Integral (CMI).

"El Balanced Scorecard pretende dar respuesta a esta exigencia al configurarse como un modelo de gestión estratégica que supera las limitaciones de los tradicionales sistemas de gestión". ⁶⁷

"El CUADRO DE MANDO INTEGRAL es un instrumento o metodología de gestión que facilita la implantación de la estrategia de la empresa de una forma eficiente, ya que proporciona el marco, la estructura y el lenguaje adecuado para comunicar o traducir la misión y la estrategia en objetivos e indicadores, organizados en cuatro perspectivas: financiera, clientes, procesos internos y formación y crecimiento, que permiten que se genere un proceso continuo de forma que la visión se haga explícita, compartida y que todo el personal canalice sus energías hacia la consecución de la misma". ⁶⁸

Los creadores del CMI, son Robert S. Kaplan y David P. Norton, quienes al principio de la década de los años 90, diseñaron este sistema que consiste en "un sistema de medición que permite lograr un sistema de gestión, enfocado en

⁶⁶ FIDALGO Cerviño, Esther MSC. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. 2004;(No. 4):85-116.

⁶⁷ *Ibíd.* p90

⁶⁸ Centro Europeo de Empresas e Innovación-CEEI Ciudad Real. Creación y Desarrollo de Empresas: Guía de apoyo al emprendedor. Cómo realizar un Cuadro de Mando Integral [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.uax.es/fileadmin/templates/fundacion/docs/Cuadro_de_Mando_Integral.pdf

cuatro perspectivas: financiera, clientes, procesos internos y formación y crecimiento" Para cada una de estas perspectivas se definen unos indicadores que le son propios y que permiten monitorear la perspectiva.⁶⁹

Aplicar el CMI a las IPS, plantea tanto retos como oportunidades, toda vez que como es sabido, las exigencias normativas que en materia de información y de cara al sistema obligatorio de garantía de la calidad, tiene el sistema de salud para las instituciones que lo integran, exceden en mucho las posibilidades que una herramienta como el CMI permite, lo que como es apenas lógico conllevaría a dejar elementos importantes por fuera del cuadro con el consiguiente riesgo sancionatorio para la entidad o la necesidad de creación de un sistema de medición paralelo al interior de la organización, lo que haría aún más dispendioso e incluso traumático la construcción de los sistemas de información y de calidad al interior de la Institución.

Igualmente, cuando se habla de implementar el CMI, hay que tener presente que esto es un trabajo individual hecho a la medida de cada empresa, puesto que parte no la de la normatividad -que es uniforme para las empresas de un mismo sector por lo menos- sino que tiene su fundamento en el direccionamiento estratégico que tenga la empresa, lo que no permitiría la construcción de una herramienta cuyo ámbito de aplicación sea amplio en el sentido de que fuera posible su aplicación para las IPS en general, teniendo en cuenta eso sí, las particularidades y diferencias que puedan derivarse de su naturaleza jurídica, de su nivel de atención y de su portafolio de servicios.

Sin embargo, acudiendo al concepto más amplio de Cuadro de mando o Tablero de Control, existente desde mediados del siglo XX y cuya estructura puede permitir mayor flexibilidad, conservando en todo caso la ventaja de ofrecer una

⁶⁹ NORTON RSK, David. The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. Harvard Business School Press; 1996. p322

herramienta que facilita la adecuada consolidación de la información que se genera en la empresa y que de acuerdo a los diferentes órganos de inspección, vigilancia y control así como a lo establecido en la plataforma estratégica propia de cada empresa, se requiera para satisfacer ambas necesidades.

De acuerdo a esto y tratando de incorporar lo mejor de la herramienta del cuadro de mando, hemos diseñado un tablero de control que permite a las IPS privadas de tercer nivel de atención, recoger y consolidar la información mediante la definición y estructuración de un sistema de indicadores basado en la normatividad vigente en el país y cuya obligatoriedad de reporte, lleva a las directivas de la empresa a estar alertas para no caer en incumplimientos que podrían generar consecuencias negativas para la organización.

Así mismo en este tablero es posible incorporar otros indicadores que aunque no sean de carácter obligatorio, si son indispensables para monitorear la gestión empresarial y lograr así el cumplimiento de los objetivos contemplados en el direccionamiento estratégico, ligando de esta forma ambas necesidades de información.

6.5 INDICADORES

Existen múltiples definiciones del término indicador y diversas clasificaciones de los tipos de indicadores existentes.

Partamos aquí, de la definición del DANE: un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la que comparada

con periodos anteriores o bien frente a una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo.⁷⁰

En el mundo entero desde hace varias décadas, con el advenimiento de nuevos modelos administrativos, el tema de los indicadores como una forma expedita de recopilar información, se ha vuelto un boom, que ha permeado los diversos sectores, llegando así a todo tipo de empresas, las cuales han ido adaptando estos acorde a sus necesidades.

Los indicadores han resultado de gran ayuda al interior de las organizaciones, porque permiten controlar diferentes etapas dentro de toda la estructura operativa y estratégica de las empresas.

Se considera que con los indicadores se pueden controlar los siguientes aspectos: Procesos, Productos, Resultados intermedios así como Resultados finales y su impacto.

La estructura básica de un indicador debe contener como mínimo los siguientes ítems:

Objetivo: Señalar el para qué se establece el indicador y qué mide.

Definición: Debe ser simple y clara, e incluir además solo una característica.

Responsabilidad: Indica el proceso dueño del indicador y, por lo tanto, los responsables de las acciones que se deriven del mismo.

Recursos: De personal, instrumentos, informáticos, entre otros.

⁷⁰ Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Guía para Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores.

Periodicidad. Debe ser la suficiente para informar sobre la gestión.

Nivel de referencia: Pueden ser metas, datos históricos, un estándar establecido, un requerimiento del cliente o de la competencia, o una cifra acordada por consenso en el grupo de trabajo.

Puntos de lectura: Debe tenerse claro en qué punto se llevará a cabo la medición, al inicio, en una etapa intermedia o al final del proceso.⁷¹

En salud, se considera que fue Avedis Donabedian el primero en plantear que los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

Muy importante ha sido la contribución de Donabedian, quien en su calidad de médico y salubrista, hizo aportes que han resultado fundamentales para dar comienzo al desarrollo de los sistemas de calidad en los diferentes sistemas de salud.

"Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" Esta

⁷¹ Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión. 2012.

definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".⁷²

"Como resultado del esfuerzo de Avedis Donabedian, los sistemas de salud son un campo de investigación, donde ya no se ve solo al paciente, sino al entorno en el cual él esta como parte del logro . o no . de su estado de salud.

El Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos. En este documento, Donabedian reflexionaba sobre la evaluación de la competencia del médico. En la introducción a este artículo ponía énfasis en el impacto de la calidad en la atención.

Ese artículo de 1966, introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de la evaluación de la calidad de la atención en salud. El punto culmen del trabajo de Avedis Donabedian es la serie

⁷² SUÑOL, Rosa Directora de la Fundación ÁNP de la F, Avedis Donabedian. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Recuperado a partir de: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoreo de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias".⁷³

Siguiendo esta línea de la calidad y las necesidades de información que le son mandatorias, no se puede dejar de lado otras valiosas herramientas que han aportado a la construcción de esta estructura de calidad: "Los sistemas de medición y control de los procesos toman fuerza y se convierten en elementos de control para la toma de decisiones en las organizaciones, cuando se comienza a trabajar bajo sistemas de gestión de calidad que involucran el denominado ciclo PHVA, el cual debe de cumplir los procesos estratégicos, misionales y de apoyo de la organización.

Es así como el denominado ciclo PHVA como comúnmente lo conocemos, fue desarrollado en la década de 1920 por Walter Shewart (padre del control estadístico de la calidad) y popularizado por W. Edward Deming quien lo presentó a los japoneses el ciclo PHVA Planifique . Haga . Verifique y Actúe), Los japoneses lo recibieron de buen grado como una metodología para llevar a la práctica lo que ellos ya conocían como Kaizen. Este ciclo es adoptado por la familia de normas ISO 9000, como se señala en el apartado 0.2 (nota), de la norma ISO 9001:2008, común ciclo de mejora continua".⁷⁴

Es entonces como la norma ISO 9001:2008 en su capítulo 8 define ~~%~~Medición análisis y mejora+enfocándose en algunos aspectos como satisfacción del cliente, auditoría interna, seguimiento y medición de los procesos y productos, control del

⁷³ ¿Quién fue Avedis Donabedian? «Área Calidad [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/%C2%BFquienes-somos/%C2%BFquien-fue-avedis-donabedian>

⁷⁴ El Ciclo PHVA [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://guajiros.udea.edu.co/>

producto no conforme y análisis de datos, que conllevan a la mejora continua mediante la implementación de acciones correctivas preventivas y de mejora.

Esta misma metodología es aplicada en el sector salud, cuando nos vemos enfrentados a verificación de cumplimiento de requisitos normativos, como lo es el sistema único de habilitación (SUH), el sistema de información para la calidad (SIC), programa para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) y sistema único de acreditación (SUA), donde en cada uno de ellos se involucran los elementos medibles de los procesos, que son los que evidencian el mejoramiento continuo y el aprendizaje organizacional.

Según los lineamientos de la Cumbre de Dallas 2005 - Isqua, los indicadores se pueden clasificar en función de su tipo matemático, así:

Proporción: Es un indicador en el cual se establece una relación entre un parte y un todo, esto significa que la cantidad registrada en el numerador, está nuevamente incluida en el denominador.

Promedio: Es un indicador en el cual se establece una relación entre una sumatoria de cantidades y el numero total de mediciones realizadas para llegar a dicha sumatoria.

Índice: Es un indicador que en el cual se establece una relación entre el número de casos, eventos o situaciones que estuvieron y el total de sujetos que estuvieron en riesgo de presentar dichos casos o eventos

Tasa: son formas especiales de índices por cuanto miden el riesgo, la característica básica de las tasas es que es que incorporan la variable tiempo. Su coeficiente o factor multiplicador es generalmente el 1.000.

Razón: Es un indicador que compara dos cantidades de naturaleza diferente. Dependiendo del tipo de razón, estas pueden tener o no factores multiplicadores.

Los indicadores de gestión: son aquellos que se utilizan a través del tiempo para identificar, más allá de los valores puntuales, las tendencias en el comportamiento de una variable, con el fin de intervenirla.⁷⁵

Existen diversos tipos de indicadores de gestión:⁷⁶

Indicadores de estructura: los indicadores de calidad de la estructura miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.

Indicadores de proceso: los indicadores de la calidad del proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.

Indicadores de resultados: los indicadores basados en resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Indicadores de impacto: se refieren a los efectos a mediano y largo plazo que pueden tener uno o más programas en el universo de atención y que repercuten en la sociedad en su conjunto.

⁷⁵ Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC. Resultado Consenso de Indicadores de desempeño hospitalario ACHC. febrero de 2001;| Año 11(No. 75):35-6.

⁷⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Guía para Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores

A continuación, un cuadro con ejemplos de indicadores de estructura, proceso, resultado e impacto:

Tabla 2. Indicadores de estructura

Estructura	Proceso	Resultado	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad Geográfica, Física, Económica y Cultural • Disponibilidad o Suficiencia • Idoneidad o Adecuación al Uso 	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad • Puntualidad • Pertinencia • Continuidad • Eficiencia • Utilización • Rendimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia • Seguridad • Satisfacción • Rentabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectividad • Equidad

Fuente: QUINTERO, Jairo Vieda JLA. Apuntes para la formulación de indicadores de calidad en salud. Consultores En Sistemas De Calidad En Salud Bogotá. Bogotá, Colombia; 2012.

Estos indicadores inmersos dentro del engranaje de la empresa, constituyen lo que se conoce como el Ciclo continuo de la calidad:

Figura 1. Ciclo continuo de la calidad



Fuente: QUINTERO, Jairo Vieda JLA. Apuntes para la formulación de indicadores de calidad en salud. Consultores En Sistemas De Calidad En Salud Bogotá. Bogotá, Colombia; 2012.

Se considera que la organización debe garantizar la estructura indispensable para la prestación de sus servicios y el cumplimiento de su objeto social, que los procesos deben ser objeto de estandarización y mejora y los resultados se miden como facilitadores del impacto.⁷⁷

En el área de la salud, el Sistema de Información para la Calidad (SIC), entiende un indicador de calidad como: "una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad"⁷⁸

⁷⁷ QUINTERO, Jairo Vieda JLA. APUNTES PARA LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD. Consultores En Sistemas De Calidad En Salud Bogotá. Bogotá, Colombia; 2012

⁷⁸ Klazinga, N., Stronks, K., Delnoij, D., & Verhoeff, A. (2001). Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 433-438

Se entiende que los indicadores de calidad tienen un doble propósito:

- Proveer información que sea trazadora de la calidad de la atención en el sistema y permita la referenciación a nivel nacional y/o internacional.
- Promover procesos de mejoramiento en las instituciones.

En el caso de la monitorización de la calidad de la atención en salud, las propiedades deseables para un buen indicador de calidad, definidas por el decreto 1011 de 2006 y por la literatura científica en el tema, son:

Validez. La información será válida en la medida en que efectivamente muestre los aspectos centrales de la calidad.

Confiabilidad. En cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.

Efectividad: en la medida en la cual se constituya en medio para desatar procesos de mejoramiento de la calidad.⁷⁹

Consecuentemente con el principio de eficiencia definido en el decreto 1011 de 2006: Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada⁸⁰

El SIC ha sido diseñado con una estructura en cascada de tal manera que:

⁷⁹ Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, pág. 9 y 10.

⁸⁰ Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 47, numeral 6

- Se evite la solicitud exagerada de información
- La información que se solicite sea útil para la gestión de la calidad.
- Permita que en los diferentes niveles del sistema se puedan utilizar otros indicadores que se adapten a las necesidades específicas de la gestión de la calidad sin que generen congestión en aquellas áreas en las cuales no son útiles.

La definición de la estructura en cascada plantea la operación del SIC en tres niveles:

Nivel de monitoria del sistema. En este nivel se ubican los indicadores trazadores de la calidad en el sistema, los cuáles deben ser preferiblemente de resultado o de resultado intermedio o en ausencia de ambos de proceso con alta correlación soportada en la evidencia con el resultado. Deben ser pocos indicadores, son definidos por el Ministerio de la Protección Social y para su análisis en un contexto particular es recomendable ser desagregados de acuerdo al mencionado contexto.

También forman parte de este nivel un grupo particular de indicadores: los indicadores de acreditación, los cuales serán de obligatorio reporte por parte de las instituciones acreditadas y de las instituciones exportadoras de servicios de salud, a través del ente acreditador. Estos indicadores sirven el propósito de documentar la calidad superior de las instituciones acreditadas y servir de referentes para la referenciación competitiva de las instituciones exportadoras de servicios de salud.

Nivel de monitoria externa. Forman parte de este nivel aquellos indicadores de calidad que se proponen y utilizan entre los diversos actores del SOGC, en el

marco de sus competencias para monitorizar los aspectos de la calidad relativos a sus respectivos roles.

Para este nivel también se recomienda utilizar preferiblemente indicadores de resultado final o intermedio o en su ausencia de proceso con alta correlación, demostrada por evidencia, con el resultado.

En este nivel se encuentran los indicadores utilizados entre pagadores y prestadores para la monitorización de la calidad de los servicios brindados en el marco de sus acuerdos contractuales, los indicadores de alerta temprana relativos a localidad de la atención entre otros.

Estos indicadores son definidos libremente por los diferentes actores, pero siempre deben tomar en consideración las previsiones del principio de eficiencia, artículo 47 del decreto 1011 de 2006, lo cual significa que debe evitarse la solicitud de la misma información por diferentes actores en diferentes formatos o en formatos que difieren levemente, pero que congestionan los sistemas de información.

Nivel de monitoria interna. Forman parte de este nivel dos tipos de monitorización: Los indicadores de calidad y los eventos adversos que se vigilan al interior de la institución.

En este nivel de monitoría son de utilidad, además de los indicadores de resultado final o intermedio, los indicadores de proceso y estructura que permitan hacer seguimiento a los procesos de mejora de la calidad en la organización.

Dominios.⁸¹ Consecuentemente con el concepto definido en el SOGC relativo a la atención en salud, la cual se entiende como un continuo que va desde la promoción y prevención hasta la rehabilitación y desde la prestación hasta el aseguramiento, los indicadores del nivel de monitoría del sistema, se han agrupado en cuatro dominios, los cuales pueden dividirse en subdominios, al interior de estos los indicadores pueden ser agrupados por temas:

Dominio Accesibilidad/Oportunidad. Los indicadores incluidos en este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario. Sus subdominios son Acceso y Oportunidad.

Dominio Calidad Técnica. Indicadores que determinan en qué medida procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente. Sus subdominios son efectividad de la atención y eficiencia de la atención.

Dominio Seguridad del Paciente. Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente. En este dominio se incluyen los que pertenecen al dominio Gerencia del Riesgo contemplados en la resolución 1446 de 2006.

Dominio Experiencia de la Atención. Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste.

⁸¹ Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario. Sus subdominios son percepción y lealtad. .

La resolución 1446 de 2006 en su anexo técnico, define los indicadores a reportar, de acuerdo a cada nivel de monitoría, así:

Monitoreo del sistema:

- Proporción de Cancelación de Cirugía Programada
- Oportunidad en la Atención de Consulta de Urgencias
- Oportunidad en la Atención en Servicios de Imaginología
- Oportunidad en la Realización de Cirugía Programada
- Tasa de Reingreso de Pacientes Hospitalizados
- Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria Después De 48 Horas
- Tasa de Infección Intrahospitalaria
- Proporción de Vigilancia De Eventos Adversos
- Tasa de Satisfacción Global

Monitoreo externo:

- Indicadores de Notificación Obligatoria
- Indicadores de Alerta Temprana
- Enfermedades de Notificación Obligatoria
- Reporte de Residuos Hospitalarios y Similares
- Estadísticas Vitales (Reporte de Defunciones)

Señalábamos en el numeral anterior, que una de las dificultades en el sector salud, es la recolección de la información y la calidad de la misma: "Por ello es

preciso determinar un conjunto de indicadores de control del proceso que permitan detectar desviaciones de los estándares marcados, con el fin de proponer modificaciones para la mejora del propio proceso y que sean compatibles con los lineamientos técnicos y políticos del sistema.

La metodología propuesta permite establecer criterios de forma integradora de los procesos y ciclos de calidad con los fines estratégicos de la organización a través del despliegue del cuadro de mando integral que permitirá incluir los procesos e indicadores de calidad definidos en las IPS dentro de las perspectivas estratégicas orientadas por el proceso de planificación con la consiguiente evaluación y seguimiento de los mismos, proporcionándoles la información necesaria para la mejora continua de todos ellos".⁸²

Ciertamente, el cuadro de mando o tablero de control, permite recopilar de forma ordenada los indicadores que la organización determine que debe consolidar, constituyéndose así en una fuente de información permanente, de fácil acceso y que permite compartir los resultados a todos los niveles de la organización, desde el nivel operativo hasta el nivel directivo.

⁸² Dirección de Calidad M de la PS. Guía de Instrucción: Despliegue de la Estrategia mediante el Cuadro de Mando Integral

7. RESULTADOS

Mediante la elaboración de este trabajo de grado se entrega una herramienta en Excel que le permitirá a una IPS realizar la medición de indicadores de los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, que para efectos de este trabajo se agruparon en: (Indicadores Financieros y Administrativo - Indicadores Gestión Humana- Indicadores Asistenciales) estos pueden ser adoptados o adaptados según los servicios prestados y el nivel de atención de la Institución.

La herramienta consta de:

Matriz de gestión gerencial: herramienta que consolida los principales indicadores de la IPS, los cuales denominamos indicadores estratégicos y deben ser analizados e intervenidos por la alta dirección.

Tabla 3. Matriz de gestión gerencial

MATRIZ DE GESTIÓN GERENCIAL				
Tipo de Indicadores	Nombre del Indicador	Umbral de Desempeño		
		Sobresaliente	Meta	Mínimo
Indicadores Financieros y Administrativo	Razón Corriente	2	1.3	1
	Prueba Ácida	2	1.3	1
	Capital Neto de Trabajo	20%	10%	5%
	Índice de Endeudamiento	45%	60%	70%
	Margen de Ebitda	20%	16%	12%
	Porcentaje Participación de Glosas	0%	2%	5%
	Suficiencia Patrimonial	Son Definidos por la organización		
	Obligaciones Mercantiles	Son Definidos por la organización		
	Obligaciones Laborales	Son Definidos por la organización		
	Días de recuperación de cartera	45	60	90
Rotación de cartera	4	6	8	
Indicadores Gestión Humana	Índice de frecuencia de los	0	1	3
	Índice de Severidad por accidentes	1	2	4
	Índice costos laborales	Son Definidos por la organización		
	Índice de Trabajo Extra	5%	10%	20%
	Índice Directivos Ys Operativos	15%	10%	5%
	Índice de Productividad	Son Definidos por la organización		
	Índice de Rotación	2%	5%	10%
	Índice Horas de Capacitación	Son Definidos por la organización		
Indicadores Asistenciales	Índice Empleados Capacitados	100%	35%	85%
	Satisfacción General del cliente	100%	35%	30%
	Proporción de quejas presentadas	0%	1%	2%
	Proporción de Eventos Adversos	0%	0.5%	0.7%
	Tasa de Mortalidad (General)	1	3	4
	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (General)	2%	3%	4%
	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada	3	5	7
	Infecciones asociadas a la atención	2	4	6
	Proporción de formulas prescritas mal diligenciadas	1%	2%	3%
	Proporción de bajas de	0%	0.5%	1%
Tasa de complicaciones	1%	3%	5%	

Fuente: elaboración propia

El siguiente es el listado de los indicadores propuestos para la IPS, teniendo en cuenta los servicios declarados habilitados ante cada ente territorial de Colombia.

AYUDAS DIAGNÓSTICAS: Ecografía, Rayos X, Tomografía, Resonancia y Mamografía:

- Oportunidad de la asignación de cita en Ayudas Diagnósticas
- Proporción de Cancelación de citas atribuibles a la Institución
- Proporción de inasistencia al servicio de Ayudas Diagnósticas
- Proporción de Eventos Adversos en Ayudas Diagnósticas
- Proporción de Usuarios Satisfechos en Ayudas Diagnósticas
- Proporción de quejas presentadas en Ayudas Diagnósticas
- Proporción de pacientes con exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones innecesarias y/o evitables.

AYUDAS TERAPÉUTICAS: Medicina Física y rehabilitación, Terapia Respiratoria y Terapia del lenguaje.

- Oportunidad de la asignación de cita en Ayudas Terapéuticas
- Proporción de Cancelación de citas atribuibles a la Institución en Ayudas Terapéuticas
- Proporción de sesiones perdidas en Ayudas Terapéuticas
- Índice de deserción en Ayudas Terapéuticas
- Proporción de sesiones retrasadas en Ayudas Terapéuticas
- Porcentaje de asistencia al programa de Ayudas Terapéuticas
- Proporción de Eventos Adversos en Ayudas Terapéuticas
- Proporción de Usuarios Satisfechos en Ayudas Terapéuticas

CONSULTA EXTERNA: Ortopedia, Dermatología, Otorrinolaringología, Ginecología, Medicina Interna, Cirugía General y Gastroenterología:

- Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada
- Proporción de Cancelación de citas atribuibles a la Institución
- Porcentaje de Pacientes hospitalizados desde consulta externa
- Proporción de Pacientes sin Adherencia a la Medicación
- Proporción de pacientes con Medicación Inadecuada para la patología
- Proporción de adherencia a las guías de manejo clínico
- Proporción de Eventos Adversos en Consulta Externa
- Proporción de Usuarios Satisfechos en Consulta Externa
- Proporción de quejas presentadas en Consulta Externa

URGENCIAS

- Oportunidad Atención Triage I
- Oportunidad Atención Triage II
- Oportunidad Atención Triage III
- Oportunidad Atención Triage IV
- Oportunidad Atención Consulta de Urgencias (minutos)
- Tiempo de espera para el egreso (promedio tiempo)
- Promedio tiempo de espera para la remisión en Urgencias
- Promedio tiempo de permanencia en observación de Urgencias
- Proporción de Eventos Adversos en Urgencias
- Índice de re consultas no programadas al servicio de urgencias, por la misma causa en menos de 72 Horas
- Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias
- Índice Complicaciones Transfusionales en Urgencias.

HEMODINAMIA

- Oportunidad en la realización de procedimientos
- Proporción de cancelación de procedimientos atribuibles a la institución
- Tiempo Puerta - Balón con IAM-ST
- Revascularización percutánea en las 48 horas siguientes a la revascularización percutánea en el mismo vaso
- Proporción complicaciones presentadas en Hemodinamia
- Índice de mortalidad al procedimiento
- Cumplimiento de aplicación de Protocolos en Hemodinamia
- Proporción de Eventos Adversos en Hemodinamia
- Porcentaje de Ocupación de Salas de Hemodinamia

CIRUGIA: Cirugía ortopédica, Cirugía dermatológica, Cirugía otorrinolaringología, Cirugía ginecológica, Cirugía general y Cirugía gastrointestinal

- Oportunidad en la realización de cirugía programada
- Proporción de cancelación de cirugía programada
- Puntualidad para la realización de Cirugía programadas
- Proporción complicaciones Anestésicas
- Proporción complicaciones quirúrgicas inmediatas
- Índice de reingresos no programados al quirófano
- Índice de mortalidad Perioperatoria
- Mortalidad quirúrgica al egreso hospitalario o al día 30
- Índice de Infecciones de Sitio Operatorio en Cirugías con Herida Limpia
- Proporción de Eventos Adversos en Cirugía
- Índice Complicaciones Transfusionales en cirugía
- Porcentaje de Ocupación de Quirófanos

HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

- Porcentaje de Ocupación en Hospitalización Adultos
- Promedio Días Estancia en Hospitalización Adultos
- Índice de Rotación (Giro Cama)
- Índice de Estancias Inactivas en el servicio de hospitalización Adultos
- Inoportunidad para la valoración médica en el Servicio de Hospitalización Adultos
- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
- Úlceras de posición
- Tasa de Complicaciones medicamentosas
- Infecciones asociadas al cuidado
- Índice de Eventos adversos
- Índice Complicaciones Transfusionales
- Proporción de Usuarios Satisfechos en Hospitalización Adultos

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

- Porcentaje de Ocupación
- Promedio Días Estancia
- Índice de Rotación (Giro Cama)
- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria en UCI
Mortalidad menos de 48 horas de ingreso a UCI.
Mortalidad mayor de 48 horas de ingreso a UCI.
APACHE II
- Tasa de Reingresos a UCI
Reingreso por la misma causa a UCI en 48 horas.

Necesidad de reintubación.

Paro Cardio Respiratorio

- Úlceras de posición
- Neumonía asociada al ventilador
- Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter central
- Tasa de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical
- Tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud
- Tasa de Complicaciones medicamentosas
- Índice de Eventos adversos
- Índice Complicaciones Transfusionales
- Tasa de complicaciones asociados a procedimientos e intervenciones en UCI
- Proporción de demanda insatisfecha en la UCI por la no disponibilidad de cama
- Índice estancias inactivas en la UCI

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

- Tasa de Mortalidad intrahospitalaria en UCE
- Porcentaje de Ocupación en UCE
- Promedio Días Estancia en UCE
- Índice de Rotación (Giro Cama) en UCE
- Proporción de reingresos a UCE en los 20 días posteriores al egreso por la misma causa
- Índice de traslados a UCI desde UCE
- Índice de Estancias Inactivas en UCE
- Úlceras de posición en UCE
- Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter central
- Tasa de Complicaciones medicamentosas en UCE
- Infecciones asociadas a la atención en salud en UCE

- Índice de Eventos adversos
- Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter central en UCE

SERVICIO FARMACÉUTICO

- Índice de reacciones adversas a medicamentos
- Proporción de pacientes con error en la medicación
- Índice de eventos relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales
- Índice de eventos relacionados con dispositivos médicos
- Índice de complicaciones secundarias a medicamentos
- Proporción de criterios cumplidos frente al protocolo de utilización racional de medicamentos de alto riesgo
- Proporción de bajas de medicamentos
- Costo promedio en la prescripción medica
- Proporción de fórmulas prescritas mal diligenciadas

Esta herramienta le permitirá al líder del proceso o jefe de área realizar seguimiento a los indicadores, socializar con el personal del servicio y realizar acciones encaminadas a la mejora continua.

El archivo está conformado por las siguientes hojas de cálculo: Consolidado, Ficha técnica, Indicador y análisis (Ver ejemplo):

Tabla 4. Ejemplo hojas de cálculo por indicador

17	FORMULA DE CALCULO		
18	(Total días pacientes en la UCI en un período determinado/Total de camas censables en UCI en ese mismo período)*100		
	Consolidado	FT Mortalidad	Mortalidad
	Analisis Mortalidad	FT Ocupacion	Porcentaje de ocupacion

Fuente: elaboración propia

Consolidado de Indicadores, el cual contiene el servicio habilitado, el tipo de indicador y los indicadores asociados al servicio. (Ver tabla 4)

Tabla 5. Consolidado de Indicadores servicio Unidad de Cuidados Intensivos Ë Ejemplo

SERVICIO HABILITADO	TIPO DE INDICADOR	INDICADORES UCI
CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	Eficiencia	Porcentaje de Ocupación
	Eficiencia	Promedio Días Estancia
	Productividad	Índice de Rotación (Giro Cama)
	Eficiencia	Tasa de Mortalidad intrahospitalaria en UCI Mortalidad menos de 48 horas de ingreso a UCI. Mortalidad mayor de 48 horas de ingreso a UCI. APACHE II
	Eficiencia	Tasa de Reingresos a UCI Reingreso por la misma causa a UCI en 48 horas. Necesidad de reintubacion. Paro Cardio Respiratorio
	Seguridad	Ulceras de posición
	Seguridad	Neumonía asociada al ventilador
	Seguridad	Tasa de bacteremias asociadas al uso de catéter central
	Seguridad	Tasa de infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sonda vesical
	Seguridad	Tasa de Complicaciones medicamentosas
	Seguridad	Tasa de Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud
	Seguridad	Tasa de Complicaciones medicamentosas
	Seguridad	Índice de Eventos adversos
	Seguridad	Índice Complicaciones Transfusionales
	Seguridad	Tasa de complicaciones asociados a procedimientos e intervenciones en UCI
Accesibilidad	Proporción de demanda insatisfecha en la UCI por la no disponibilidad de cama	
Productividad	Índice estancias inactivas en la UCI	

Fuente: elaboración propia

- Ficha técnica del Indicador: formato que consolida la información general del indicador y sirve de guía para definir responsabilidades en cuanto a la generación de las variables y análisis entre otros. Para los indicadores propuestos se elaboró la ficha técnica para cada uno, aclaración hecha de que la información allí consignada, corresponde a un mero ejercicio académico.

Tabla 6. Formato ficha técnica indicador

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
I. ASPECTOS GENERALES			
NOMBRE DEL INDICADOR:			
CÓDIGO			
TIPO INDICADOR			
JUSTIFICACIÓN			
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
III. VARIABLES			
Genera la Información		Fuente Primaria	
Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Generación	Revisión	Remisión	Vigilancia y Control
NIVEL DE DESAGREGACIÓN			
IV. ANÁLISIS			
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS			
UMBRAL DEL DESEMPEÑO			
Desempeño Superior			
Desempeño Deseable (Meta)			
Desempeño Mínimo			
AJUSTE POR RIESGO			
Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar las conclusiones de este.			
	NO requiere ajuste por riesgo		
	Ajuste por Edad		
	Ajuste por Sexo		
	Severidad		
	Comorbilidad		
	Probabilidad de Muerte		
	Otro Cual ?		
REFERENTES	NACIONALES		
BIBLIOGRAFIA	INTERNACIONALES		

Fuente: elaboración propia

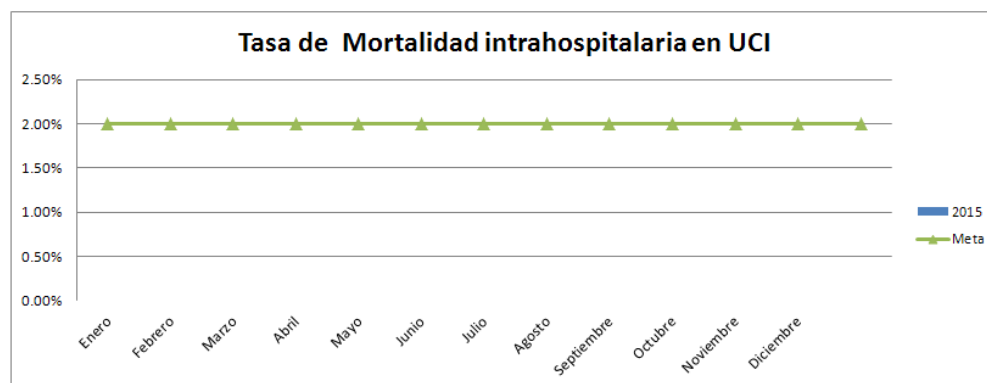
- Medición del indicador: en esta hoja de cálculo se deben registrar las variables del indicador. Este está parametrizado para realizar tanto el cálculo según la descripción operacional como el gráfico, además de semaforizar en rojo aquellos resultados que no cumplen con la meta establecida. Las metas y umbrales de desempeño de los indicadores propuestos en este trabajo fueron definidas por las integrantes del grupo, teniendo como referente IPS hospitalarias de tercer nivel de complejidad.

Tabla 7. Ejemplo Plantilla de Indicador

Tasa de Mortalidad intrahospitalaria en UCI							
(Número de pacientes fallecidos en el periodo/Número de pacientes en el servicio)*100							
PERIODICIDAD	Mortalidad menos de 48 horas de ingreso a UCI.	Mortalidad mayor de 48 horas de ingreso a UCI.	APACHE II	Mortalidad intrahospitalaria en UCI	Número de pacientes en el servicio	2015	Meta
Enero				0		#iDIV/0!	2.00%
Febrero				0		#iDIV/0!	2.00%
Marzo				0		#iDIV/0!	2.00%
Abril				0		#iDIV/0!	2.00%
Mayo				0		#iDIV/0!	2.00%
Junio				0		#iDIV/0!	2.00%
Julio				0		#iDIV/0!	2.00%
Agosto				0		#iDIV/0!	2.00%
Septiembre				0		#iDIV/0!	2.00%
Octubre				0		#iDIV/0!	2.00%
Noviembre				0		#iDIV/0!	2.00%
Diciembre				0		#iDIV/0!	2.00%
Total	0	0		0	0	#iDIV/0!	2.0%

Fuente: elaboración propia

Gráfica 1. Tasa de mortalidad intrahospitalaria en UCI



Fuente: elaboración propia

- Para el análisis del indicador se sugiere documentar según la periodicidad definida, los hallazgos por los cuales se obtuvieron los resultados y definir acciones de mejora a implementar.

Tabla 8. Campo de análisis de indicador

Tasa de Mortalidad intrahospitalaria en UCI	
Periodo	Análisis del indicador
Enero	
	Acciones a Implementar

Fuente: elaboración propia

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente trabajo, parte de la creciente necesidad de información a la que se enfrenta hoy el Gerente de cualquier servicio de salud, situación ésta que se suma a las exigencias de calidad que debe garantizar la Institución así como al deber implícito en su condición de Empresa de generar rentabilidad. Es bajo esta premisa que hemos generado una herramienta sencilla y práctica, que con buen juicio en su diligenciamiento, proveerá al estamento administrativo, la información necesaria y suficiente para:

- Construir Indicadores de los aspectos más relevantes dentro de la Institución, tanto asistenciales como económicos.
- Monitorear de forma permanente el cumplimiento de metas y objetivos trazados en la Institución dentro de su plataforma estratégica y de acuerdo a su portafolio de servicios.
- En éste trabajo se reunieron los indicadores que están determinados en la legislación colombiana como obligatorios para las IPS de tercer nivel, a su vez que se incorporaron indicadores de suficiencia patrimonial, recurso humano y de calidad en los procesos, que si bien no están como reglamentarios, si ayudan a tener un monitoreo claro y dirigido a acciones de mejora que beneficien la IPS
- No se incluyeron en el presente trabajo, los indicadores que por ley están establecidos para Salud Pública, ya que para estos se cuenta con un software provisto por el Ministerio: el SIVIGILA.
- El diligenciamiento de las herramientas propuestas en éste trabajo, no podrá sustituir en modo alguno, los formatos que para tal fin, están establecidos en

el sistema para el reporte de dichos indicadores. Es sólo una herramienta para el manejo interno de la Institución, sin embargo, el usar correctamente ésta herramienta, facilitará el diligenciamiento de las planillas de reportes establecidos por ley.

- Ésta herramienta contempla servicios que por ley puede habilitar una IPS de tercer nivel, sin embargo puede ser modificada por la IPS y ajustarla a su realidad.
- Este trabajo pudiera servir con fines docentes para la formación de recurso humano, contribuyendo a su capacitación en la construcción de un tablero de mando y sus indicadores.

Consideramos que esta herramienta será de especial utilidad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, no así para para las Empresas Administradoras de planes de Beneficios.

Este trabajo pudiera ser un primer paso en la construcción de un software que permita a los diferentes niveles operativos, tácticos y estratégicos de la organización, interactuar en línea para el logro de los objetivos institucionales, apuntado a la construcción de un sólido sistema de información que sirva a los diferentes actores del sector y que a su vez contribuya con el propósito del país de continuar en la estructuración de un Sistema de Información Nacional confiable y en tiempo real, con el que podamos administrar racionalmente los recursos tomando decisiones basados en un enfoque de riesgo soportado en la amplia casuística que las IPS pueden aportar.

BIBLIOGRAFIA

Artículo 156, literal i, Ley 100 de 1993

Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991
Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. 2009 jun-
may

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC. Resultado Consenso de Indicadores de desempeño hospitalario ACHC. febrero de 2001;I Año 11(No. 75):35-6.

Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, pág. 9 y 10.
Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006, artículo 47, numeral 6

Comisiones Séptimas de Senado y Cámara. Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. 2009 jun-
may.

Consejo Nacional Legislativo. Ley 30. 1886.

Congreso de Colombia. Ley 90 de 1946

Congreso de Colombia. Ley 9 de 1979

Congreso de Colombia. Ley 50. 1990

Congreso de la República de Colombia. Ley 100. 1993

Congreso de Colombia. Ley 10. 1990

Congreso de Colombia. Ley 1122. 2007

Congreso de Colombia. Ley 872. 2003

Congreso de Colombia. Ley 1438. 2011

CORTÉS Martínez, Ariel Emilio. La Economía de la salud en el hospital. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2010; Vol. 9(No. 19)

Departamento Nacional de Planeación M de S. Salud en Colombia. Análisis sociohistórico. 1990

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Guía para Diseño, Construcción e Interpretación de Indicadores.

Departamento Administrativo de la Función Pública. Guía para la Construcción de Indicadores de Gestión. 2012.

Dirección de Calidad M de la PS. Guía de Instrucción: Despliegue de la Estrategia mediante el Cuadro de Mando Integral

El Ciclo PHVA [Internet]. [Citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://guajiros.udea.edu.co/>

ERRASTI F. Principios de Gestión Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997

FIDALGO Cerviño, Esther MSC. Un análisis de la flexibilidad del Cuadro de Mando Integral (CMI) en su adaptación a la naturaleza de las organizaciones. Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. 2004;(No. 4):85-116.

Indicadores en salud [Internet]. [Citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

Klazinga, N., Stronks, K., Delnoij, D., & Verhoeff, A. (2001). Indicators without a cause. Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(6), 433-438

Ministerio de Salud. Resolución 2542. 1990

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 365. 1999

Ministerio de Salud. Resolución 3374. 2000

Ministerio de Salud M del MA. Resolución 01164. 2002

Ministerio de Salud. Resolución 1439. 2002

Ministerio de Salud. Resolución 1474. 2002

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445. 2006

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3960. 2008

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 123. 2012

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1446. 2006

Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181. 2008

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1149. 2006

Ministerio de la Protección Social. Resolución 1478. 2006

Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud.
Bogotá D.C; 2008 feb. Report No.: No.13

Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747. 2007

Ministerio de la Protección Social. Resolución 4816. 2008

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505. 2012

Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1552. 2013

Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181. 2008

NORTON RSK, David. The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action.
Harvard Business School Press; 1996. p322

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección

Presidente de la República. Decreto 19. 2012

Presidente de la República de Colombia. Decreto 56. 1975

Presidente de la República de Colombia. Decreto 350. 1975

Presidente de la República de Colombia. Decreto 2174. 1996

Presidente de la República. Decreto 2145. 1999

Presidente de la República. Decreto 1537. 20

Presidente de la República. Decreto 2309. 2002

Presidente de la República. Decreto 4110. 2004

Presidente de la República. Decreto 3257. 2008

Presidente de la República. Decreto 3518. 2006

Presidente de la República. Decreto 1637. 2006

Presidente de la República. Decreto 4295. 2003

QUINTERO, Jairo Vieda JLA. APUNTES PARA LA FORMULACIÓN DE INDICADORES DE CALIDAD EN SALUD. Consultores En Sistemas De Calidad En Salud Bogotá. Bogotá, Colombia; 2012

Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión. 2004;(No. 4):85-116

Superintendencia Nacional de Salud. Circular 056. 2009

WEBGRAFÍA

Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud, pág. 11. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf> (BIBLIOGRAFIA)

Centro Europeo de Empresas e Innovación-CEEI Ciudad Real. Creación y Desarrollo de Empresas: Guía de apoyo al emprendedor. Cómo realizar un Cuadro de Mando Integral [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.uax.es/fileadmin/templates/fundacion/docs/Cuadro_de_Mando_Integral.pdf

Escuelas de Administración [Internet]. [Citado 3 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://es.scribd.com/doc/12602486/Escuelas-de-Administracion>

Facultad de Salud Universidad del Valle. 4° Foro El sistema de salud en Colombia. Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf

Las principales teorías administrativas y sus enfoques - Monografias.com [Internet]. [Citado 3 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.monografias.com/trabajos2/printeoadmin/printeoadmin.shtml>

LÓPEZ, Víctor León. Seguridad social: Desarrollo a través del tiempo. [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://aprende en línea.edea.edu.co./lms/moodle/mod/resource/view.ón php?id=35099>

Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

OSPINA Martínez, Martha Lucia. Directora de Epidemiología y demografía Ministerio de Salud y Protección Social. LANZAMIENTO DEL SISPRO %a información Gerencial para la Salud y la Protección Social [Internet]. 2013. Recuperado a partir de: <http://consultorsalud-news.blogspot.com/2013/07/ya-tenemos-sistema-de-informacion-en.html>

¿Quién fue Avedis Donabedian? « Área Calidad [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://calidad.blogs.hospitalelcruce.org/%C2%BFquienes-somos/%C2%BFquien-fue-avedis-donabedian>

RODRÍGUEZ, Carlos Edgar. Director Nacional de Acreditación en Salud. La Ley 872 de 2003 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia. INCONTEC [Internet]. Artículo Revista No. 79. Recuperado a partir de: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Revista%20No.%2079.pdf>

RODRÍGUEZ Gamboa. Evaluación de los obstáculos que enfrenta una organización del sector de hidrocarburos en Colombia, en la implementación del

Sistema de Gestión Integral [Internet]. [Bogotá, D.C]: Universidad Nacional de Colombia; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/9645/1/jennymarcelarodriguezgomboa.2012.pdf>

Sistema Nacional de Salud [Internet]. [Citado 2 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.slideshare.net/vivipaty555/sistema-nacional-de-salud-4530779>

Social. Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá, D.C: Ministerio de la Protección Social; 2011 jun. Recuperado a partir de: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BIBLIOTECA%20NACIONAL%20DE%20INDICADORES%20JUNIO%202011.pdf>

SUÑOL, Rosa Directora de la Fundación ÁNP de la F, Avedis Donabedian. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Recuperado a partir de: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf

Anexo A. Definiciones

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SOGCS. Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y

procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

UNIDAD SECTORIAL DE NORMALIZACIÓN EN SALUD. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

DEFINICIÓN DE LOS COMPONENTES DEL SOGC

- **EL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN.** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.
- **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.** Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.
- **EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.** Es el conjunto de entidades, Estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

- **EL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.** El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un %Sistema de Información para la Calidad+ con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES. Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

CONTROL INTERNO. Es el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos (artículo 1° Ley 87 de 1993).

MATRIZ: Conjunto de cantidades dispuestas ordenadamente en filas y columnas formando un cuadrado o un rectángulo, de modo que la posición de cada elemento en la matriz define las operaciones que hay que realizar con él en el problema que se trata.

META: Resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad

METODOLOGÍA: Manera sistemática de hacer cierta cosa.

NORMAS: Regla de obligado cumplimiento. Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga cierta cosa.

OBJETIVO: Enunciado de un estado deseado hacia el cual está dirigido un proyecto, programa o plan. Se debe formular en términos de mejora de la situación de una población. El objetivo determina la orientación que se le debe dar a las tareas, actividades y procesos para cumplir con los propósitos de la entidad y del Estado.

ORGANISMO DE CONTROL: son entidades que por facultad legal ejecutan actividades de control sobre otros organismos del Estado o sobre los particulares que manejan recursos de este. Los objetivos básicos y el alcance de dichas actividades son específicamente definidos por la ley y por la misma Constitución para cada uno de dichos organismos.

PLAN: Proyecto, programa de las cosas que se van a hacer y de cómo hacerlas.

POLÍTICAS: Principios que sirven de guía y dirigen los esfuerzos de una organización para alcanzar sus objetivos.

PRINCIPIOS: Normas o ideas fundamentales que rigen la conducta de los Servidores Públicos.⁸³

⁸³ Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181. 2008

INDICADOR: Los indicadores son variables que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos) para así, poder respaldar acciones políticas, evaluar logros y metas. La OMS los ha definido como "variables que sirven para medir los cambios".⁸⁴

⁸⁴ Indicadores en salud [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>

Anexo B. COMPENDIO MARCO LEGAL

1. **Ley 30 de 1886:** por la cual se crea la Junta Central de Higiene
2. **Ley 33 de 1913:** por la cual se crea el Consejo Superior de Sanidad
3. **Ley 84 de 1914:** por la cual el Consejo Superior de Sanidad es transformado en la Junta Central de Higiene
4. **Ley 32 de 1918:** por la cual se convierte a la Junta Central de Higiene, en Dirección Nacional de Higiene
5. **Ley 90 de 1946:** por la cual se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)
6. **Ley 27 de 1946:** por la cual se crea el Ministerio de Higiene
7. **Decreto 350 DE 1975:** Por el cual se determina la organización y funcionamiento de los Servicios Seccionales de Salud y de las Unidades Regionales.
8. **Ley 9 de 1979:** CÓDIGO SANITARIO NACIONAL. Por el cual se dictan medidas sanitarias.
9. **Ley 10 de 1990:** por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
10. **Ley 50 de 1990:** por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones.
11. **Constitución Política de Colombia de 1991**

- 12. Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
- 13. Ley 60 de 1993:** "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones".
- 14. Ley 872 de 1993:** Control interno en las entidades del Estado
- 15. Resolución 5261 de 1994:** Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 16. Decreto 2174 de 1996:** derogado por el 2379 de 2002. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- 17. Resolución 2542 de 1998:** Por la cual se reglamenta el Sistema Integral de Información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud . SIIS (SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN PARA EL SGSSS).
- 18. Resolución 365 de 1999:** La Clasificación Única de Procedimientos en Salud adaptación para Colombia, se adopta por resolución 365 de 1999.
- 19. Decreto 2145 de 1999:** Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones.

- 20. Resolución 3374 de 2000:** Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios sobre los servicios de salud prestados+. RIPS
- 21. Decreto 1537 de 2001:** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado+.
- 22. Decreto 2309 de 2002:** derogado por el artículo 57 del decreto nacional 1011 de 2006. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud+.
- 23. Resolución 1439 de 2002:** reglamenta el decreto 2309
- 24. Resolución 1474 de 2002:** reglamenta el decreto 2309
- 25. Resolución 1164 de 2002:** Por la cual se adopta el Manual de Procedimiento para la Gestión Integral de los Residuos Hospitalarios y Similares+.
- 26. Decreto 2493 de 2004:** Por la cual se reglamentan parcialmente las Leyes 9 de 1979 y 73 de 1988, en relación con los componentes anatómicos+.
- 27. Resolución 3772 de 2004:** por la cual se modifican los Capítulos 2 - SISTEMA ENDOCRINO, 8 - SISTEMA HEMATICO Y LINFATICO, 10 - SISTEMA URINARIO y 11 - SISTEMA REPRODUCTOR MASCULINO de la Resolución 1896 de noviembre 19 de 2001. 1° ACTUALIZACIÓN DE LA 1896
- 28. Decreto 2193 de 2004:** Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. Establece las condiciones y procedimientos para la disposición de información periódica y

sistemática de la gestión de las IPS públicas. SIHO (Sistema de Información de los Hospitales).

- 29. Resolución 4110 de 2004:** decreto reglamentario 4110 del 9 de diciembre de 2004, mediante el cual se adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de obligatoria aplicación y cumplimiento.
- 30. Circular 075 de 2005** del 18 de noviembre de 2005: En ella se estableció que los dos sistemas (el propuesto por la Ley 872 y el establecido por la Ley 100) son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna.
- 31. Decreto 1011 de 2006:** Por el cual se establece el SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad) de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud+.
- 32. Decreto 3518 de 2006:** Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones+.
- 33. Decreto 1637 de 2006:** Por el cual se dictan unas disposiciones para la organización y funcionamiento del Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social (RUAF)+.
- 34. Resolución 1043 de 2006:** por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- 35. Resolución 1416 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+.

- 36. Resolución 1448 de 2006:** Por la cual se definen las condiciones de habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de telemedicina+
- 37. Resolución 1445 de 2006:** Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones+.
- 38. Resolución 1446 de 2006:** " Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud+.
- 39. Resolución 1149 de 2006:** Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud+.
- 40. Resolución 1043 de 2006 y sus anexos técnicos:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones+.
- 41. Resolución 1478 de 2006:** "Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del estado".
- 42. Circular 030 de 2006:** : Asunto: Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención de salud (autoevaluación

de la red prestadora de servicios de salud y atención del usuario) en las entidades promotoras de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada, y los requerimientos de información+.

43. Circular Externa 047 Æ Circular única de 2007: "Instrucciones generales y remisión e información para la inspección, vigilancia y control+." Fue modificada por la Circular externa 059 de 2009.

44. Ley 1122 de 2007: "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones+."

45. Decreto 4747 de 2007: "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones+."

46. Decreto 4295 de 2007: "por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003."

47. Resolución 1043 de 2007: "Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos+."

48. Resolución 4816 de 2008: "Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia".

49. Decreto 3257 de septiembre de 2008: "por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2269 de 1993 y se dictan otras disposiciones+."

- 50. Ley 1257 de 2008:** Por la cual se dictaminan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres+
- 51. Resolución 1776 de 2008:** Por medio de la cual se determina la escala de sanciones y procedimientos por incumplimiento a los preceptos señalados en el artículo 9° de la ley 1146 de 2007+
- 52. Resolución 2181 de 2008:** Por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público+
- 53. Circular 056 de 2009:** Asunto: "Sistema de Indicadores de alerta temprana"
- 54. Ley 1438 de 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud+
- 55. Resolución 112 de 2012:** Por la cual se establece el observatorio de tecnologías en salud y se define el método y la forma de reportar la información por parte de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud+
- 56. Resolución 123 de 2012:** Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006+
- 57. Resolución 4504 de 2012:** Por la cual se dictan disposiciones relacionadas con las unidades de atención de cáncer infantil (UACAI)+
- 58. Resolución 4505 de 2012:** "Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento".

59. Decreto-Ley 019 de 2012: Í Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública+.

60. Resolución 1419 de 2013: Por la cual se establecen los parámetros y condiciones para la organización y gestión integral de las redes de prestación de servicios oncológicos y de las unidades funcionales para la atención integral del cáncer, los lineamientos para su monitoreo y evaluación y se dictan otras disposiciones+.

61. Resolución 1552 de 2013: Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del decreto ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones+.

62. Resolución 1441 de 2013: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones+.

63. Resolución 247 de 2014: Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer+.

64. Resolución 2003 de 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud+.

Anexo C. LISTA DE INDICADORES (Herramienta Excel).

Se entregan 13 archivos en Excel que contiene los resultados de este trabajo.

LISTA DE INDICADORES (HERRAMIENTA EXCEL)

- 7.1** Matriz de Gestión Gerencial
- 7.2** Indicadores Financieros
- 7.3** Indicadores Gestión Humana
- 7.4** Indicadores Ayudas Diagnósticas
- 7.5** Indicadores Ayudas Terapéuticas
- 7.6** Indicadores Cirugía
- 7.7** Indicadores Consulta Externa
- 7.8** Indicadores Hemodinamia
- 7.9** Indicadores Hospitalización
- 7.10** Indicadores Unidad Cuidados Intensivos (UCI)
- 7.11** Indicadores Unidad Cuidados Especiales (UCE)
- 7.12** Indicadores Urgencias
- 7.13** Indicadores Servicio Farmacéutico