

DIARIO OFICIAL 48.502

Bogotá, D. C., Miércoles 25 de Julio de 2012

Superintendencia Nacional de Salud

CIRCULAR EXTERNA NÚMERO 000009 DE 2012

(julio 19)

PARA: Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

DE: Superintendente Nacional de Salud

ASUNTO: Adiciones, modificaciones y exclusiones de la Circular 470 de 2007 modificada por las Circulares 481, 492, 503, 514, 525 de 2008, 576, 587 de 2009, 0598, 060,9 06110 y 062 de 2010 para actualizar los indicadores de alerta temprana DEL TÍTULO II ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS CAPÍTULO IV INDICADORES DE ALERTA TEMPRANA Y EL TÍTULO IV CAPÍTULO I NUMERAL 1.3. CAPÍTULOS II Y III DE CALIDAD, se establece su periodicidad

FECHA: 19 de julio de 2012

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1474 de 2011, en el cual se creó el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que establece que la Superintendencia Nacional de Salud es competente para definir "..., el conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados, así como los indicadores de alerta temprana...", y establecer un sistema de información que garantice un intercambio de datos seguro, entre las entidades objeto de vigilancia y la Superintendencia Nacional de Salud, en materia de autenticidad, confiabilidad, exactitud y precisión, de forma tal que ofrezca información veraz para la correcta toma de decisiones y la prestación de servicios sustentados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; se han realizado las siguientes modificaciones.

1. ANTECEDENTES

Que el numeral c), artículo 180 de la Ley 100 de 1993, señala que las Entidades Promotoras de Salud deben evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios que ofrecen a sus usuarios.

Que el numeral 6, artículo 178 de la Ley 100 de 1993, determina entre otras como función de las Entidades Promotoras de Salud "Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".

Que el artículo 38 del Decreto 1011 de 2006, ordena que las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador, y además deben contemplar las características establecidas en el artículo 3°.

Que el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 1446 de 2006 “por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objeto 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.

2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

La precitada norma, en el artículo 2°, establece tres niveles de operación del sistema de información a saber: nivel de monitoría del sistema, nivel de monitoría interna y nivel de monitoría externa, para lo cual estableció los indicadores trazadores y las fichas técnicas que deberían implementarse obligatoriamente.

Que 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, en su artículo 5° estableció como requisito para la negociación y suscripción de los acuerdos de voluntades, entre otros, los indicadores de calidad en la prestación de servicios, definidos en el Sistema de Información para la Calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Que los numerales 3 y 5, del artículo 6° del Decreto 1018 de 2007, establecen como funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, las de:

“3. Definir políticas y estrategias de inspección, vigilancia y control para proteger los derechos de los ciudadanos en materia de salud”.

“5. Definir y armonizar con los sistemas de información disponibles en el Gobierno Nacional, el sistema de información para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social y establecer los mecanismos para la recolección, tratamiento, análisis y utilización del mismo”.

Que el numeral 14, del artículo 17 del Decreto 1018 de 2007, establece como función de la Superintendencia Delegada para la Atención en Salud, la de:

“... Establecer un sistema de indicadores de alerta temprana que permita la evaluación del aseguramiento y la calidad de la atención, la identificación de situaciones de riesgo y la toma de correctivos por parte de las personas, empresas y entidades bajo supervisión de esta Superintendencia Delegada”.

Que la Ley 1474 de 2011, estableció que corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud establecer el conjunto de medidas preventivas para el control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercer sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia, del Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que el objetivo del citado Sistema, es la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas prácticas riesgosas financieras y de atención en salud.

Que el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Que la sanción por el no reporte de información al Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, será sancionado conforme al artículo 13126 de la Ley 1438 de 2011.

Que el Sistema de Indicadores de Alerta Temprana, tiene como mecanismo o estrategia recopilar, revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad en la atención y prestación de los servicios en salud, a fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que resulten; y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones de manera oportuna. De igual forma, tiene como propósito optimizar los resultados de atención en salud desarrollando acciones de mejora en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS).

Que el Decreto 019 de 2012, “por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”. En los artículos 123, 125 y 131, establece que las entidades promotoras de salud deben garantizar el acceso oportuno a los servicios de medicina y odontología general en un plazo no superior a los tres días hábiles a partir del momento en que el usuario solicita la cita; que las autorizaciones de los servicios de salud, no pueden proporcionarse después de cinco (5) días hábiles contados a partir del momento en que el usuario solicita dicha autorización; que las EPS deben garantizar la entrega completa e inmediata de los medicamentos POS, en el caso eventual de no realizar la entrega completa, las entidades tienen un plazo máximo de 48 horas para entregar al usuario los medicamentos que hacen falta.

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales y con el fin de facilitar las acciones de inspección, vigilancia y control de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, ha establecido la actualización de la Circular Única, de manera que se incluyan los reportes de información suficientes en materia de prestación de servicios, ajustando además la periodicidad del reporte de los mismos para lograr una visión más real de la situación en la prestación de los servicios de salud.

Par a ello se ha documentado con anticipación y previo análisis de la información que las EAPB, las IPS, los usuarios del Sistema de Salud y todos los actores del mismo, han ofrecido; se han propuesto algunos ajustes encaminados a replantear los indicadores que serán de obligatorio reporte de forma tal que los datos suministrados sean exactos y se logre obtener la información adecuada, para un análisis confiable y oportuno de dicha información.

La información es la materia prima para la toma de decisiones, ya que esta permite conocer el escenario sobre el cual se trabaja, y de esta manera trazar los objetivos y así mismo las actividades con conocimiento de la situación en tiempo real.

La información dispuesta a través de indicadores permite evaluar dimensiones de acuerdo a lo que se quiere medir, sin embargo es importante resaltar que estos deben ser “respaldados por datos confiables, válidos, disponibles entre otras características, ya que representan medidas de resumen que capturan información relevante sobre distintos atributos y dimensiones del estado y del desempeño del sistema de salud”. (Valenzuela, 2005).

Atendiendo las disposiciones establecidas por la Presidencia de la República, y buscando realizar un seguimiento más cercano a las Entidades Promotoras de Salud, para identificar de manera oportuna las falencias que no se evidencian solo con la información que suministran los indicadores de oportunidad, autorizaciones y entrega de medicamentos; y buscando de forma ambiciosa generar un valor agregado a la posibilidad de un análisis técnico que entregue información más detallada del comportamiento y las actuaciones de las EPS, se debe incluir informes técnicos que complementen en detalle la información suministrada por los indicadores.

Con base en las consideraciones anteriores, se hacen las siguientes modificaciones

2. MODIFICACIONES

Las modificaciones de esta circular, se incorporarán a la Circular Externa número 04711 de 2007 modificada por las Circulares 4812, 4913, 5014, 5115 y 5216 de 2008, 5717, 5818, de 2009, 5919 y 6020 de 2010.

Modificar el Capítulo IV Indicadores de Alerta Temprana Título II Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, así:

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1474 de 2011, en el cual se creó el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que establece que la Superintendencia Nacional de Salud es competente para definir “..., el conjunto de medidas preventivas para el control de los sujetos vigilados, así como los indicadores de alerta

temprana...”, y establecer un sistema de información que garantice un intercambio de datos seguro, entre las entidades objeto de vigilancia y la Superintendencia Nacional de Salud, en materia de autenticidad, confiabilidad, exactitud y precisión, de forma tal que ofrezca información veraz para la correcta toma de decisiones y la prestación de servicios sustentados en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

3. REQUERIMIENTO

La Superintendencia Nacional de Salud, para el ejercicio de inspección, vigilancia y control; tomará como fuentes de información, Sivigila, Sistema de información para el PAI, SISPRO, SISMED, BDUA – SAYP Fosyga y cuenta de Alto Costo, quienes pondrán a disposición la información suministrada por los actores del Sistema.

3.1. EAPB

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, a partir de la fecha no reportarán a esta Superintendencia, el número de afiliados activos; ya que se tomará como fuente de información para este dato, la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA – SAYP).

Las Entidades Administradoras de Planes y Beneficios, deberán reportar a través de la página web de esta Superintendencia los Indicadores de Calidad y Alerta Temprana, en los archivos tipo 542 y 543.

3.1.1. Archivo tipo 542

Cada EAPB deberá reportar los indicadores del archivo tipo 542, tiene como plazo máximo remitir la información dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes. Cuando la fecha de corte coincida con un día no hábil (sábado, domingo o festivo), la fecha límite será el día hábil siguiente a esta.

| TABLA DE PERIODOS REPORTE MENSUAL | |
|-----------------------------------|------|
| PERIODO DE CORTE | |
| MES | COD. |
| Enero | 01 |
| Febrero | 02 |
| Marzo | 03 |
| Abril | 04 |
| Mayo | 05 |
| Junio | 06 |
| Julio | 07 |
| Agosto | 08 |
| Septiembre | 09 |
| Octubre | 10 |
| Noviembre | 11 |
| Diciembre | 12 |

• Indicadores del Archivo 542

| No. | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----|---|------------------|
| M01 | Proporción de Entrega Incompleta e Inoportuna de Tratamientos POS | Porcentaje |
| M02 | Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud- Cirugías | Días Calendario |
| M03 | Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud- Consultas Médicas Especializadas | Días Calendario |
| M04 | Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud- Apoyo Terapéutico (Terapia Física) | Días Calendario |
| M05 | Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud- Apoyo Diagnóstico (TAC Simple) | Días Calendario |
| M06 | Promedio de Tiempo de la Referencia Efectiva de la EAPB | Horas |
| M07 | Número de Tutelas por No prestación de servicios POS | Tutelas |

Fuente de estándares: Estudios información Circular Única, Requerimientos SNS y Decreto-ley 019 de 2012.

3.1.2. Archivo tipo 543

Cada EAPB reportará trimestralmente, los indicadores del archivo tipo 543; tiene como plazo máximo remitir la información dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes posterior a la finalización del periodo a

reportar, si la fecha de reporte es un día no hábil (sábado, domingo o festivo), este se realizará al siguiente día hábil de la fecha de corte.

| TABLA DE PERIODOS REPORTE TRIMESTRAL | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| PERIODO DE CORTE | | FECHA DE REPORTE |
| TRIMESTRE | CÓDIGO DEL PERIODO DE CORTE | (Primeros 10 días) |
| Enero - Marzo | 40 | Abril |
| Abril - Junio | 41 | Julio |
| Julio - Septiembre | 42 | Octubre |
| Octubre - Diciembre | 43 | Enero |

• **Indicadores del Archivo 543**

| No. | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----|--|---------------------|
| T01 | Proporción de ingresos oportunos al programa de Crecimiento y Desarrollo | Porcentaje |
| T02 | Proporción de ingresos oportunos al programa de Control Prenatal | Porcentaje |
| T03 | Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años | Tasa por 100.000 |
| T04 | Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de VIH - SIDA | Número de Afiliados |
| T05 | Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de Cáncer (todos) | Número de Afiliados |

3.2. **IPS**

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán reportar a través de la página web de esta Superintendencia los indicadores de Calidad y Alerta Temprana por sede, en los archivos tipo 548.

3.2.1. **Archivo tipo 548**

Cada IPS deberá reportar los indicadores del archivo tipo 548 por sede y/o municipio. La IPS, tiene como plazo máximo remitir la información dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes. Cuando la fecha de corte coincida con un día no hábil (sábado, domingo o festivo), la fecha límite será el día hábil siguiente a esta. (Ver tabla de Periodos Reporte Mensual).

- **Indicadores del Archivo 548**

| No. | DESCRIPCIÓN | UNIDAD DE MEDIDA |
|-----|---|------------------|
| 101 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina General | Días Calendario |
| 102 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Odontología General | Días Calendario |
| 103 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Obstetricia | Días Calendario |
| 104 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Ginecología | Días Calendario |
| 105 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Pediatría | Días Calendario |
| 106 | Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina Interna | Días Calendario |
| 107 | Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Básico | Días Calendario |
| 108 | Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Especializado | Días Calendario |
| 109 | Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Básicas | Días Calendario |
| 110 | Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Especializadas | Días Calendario |
| 111 | Promedio de Tiempo para la Realización de Cirugía General Programada | Días Calendario |
| 112 | Proporción de Cancelación de Cirugía Programada por Consulta Externa | Porcentaje |
| 113 | Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage II | Minutos |
| 114 | Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage III | Minutos |
| 115 | Tasa de Mortalidad Intra-hospitalaria después de 48 horas | Tasa * 1.000 |
| 116 | Tasa de Infección Intra-hospitalaria | Tasa * 1.000 |
| 117 | Índice de Eventos Adversos | Tasa * 1.000 |
| 118 | Índice de Eventos Adversos: Caídas de pacientes | Tasa * 1.000 |
| 119 | Índice de Eventos Adversos: En administración de medicamentos | Tasa * 1.000 |
| 120 | Índice de Eventos Adversos: Úlceras por presión | Tasa * 1.000 |
| 121 | Proporción de Pacientes Insatisfechos | Tasa *100 |
| 122 | Demanda No atendida en Salud Mental | Porcentaje |

Fuente de estándares: Estudios Información Circular Única, Requerimientos SNS y Decreto-ley 019 de 2012.

Adicionalmente, de manera simultánea, se deberá realizar los siguientes reportes técnicos de forma tal que se permitirá el seguimiento estrecho de la prestación de los servicios de salud y complementan en detalle la información suministrada por los indicadores.

| ARCHIVO TIPO | DESCRIPCIÓN |
|--------------|--|
| 544 | Informe Técnico Oferta de Citas para Medicina General |
| 545 | Informe Técnico Pareto Promedio de Tiempo en la Asignación de Citas de Medicina General |
| 546 | Informe Técnico Oferta de Citas para Odontología General |
| 547 | Informe Técnico Pareto Promedio de Tiempo en la Asignación de Citas de Odontología General |

En el evento que se presenten indicadores que no cumplan con el estándar definido en esta Circular, la EAPB o IPS deberá presentar simultáneamente con cada instrucción (mensual), a esta Superintendencia el Plan de Mejoramiento por prestador y municipio, a fin de garantizar la oportunidad y calidad del servicio en salud con acciones precisas y metas de cumplimiento, de la siguiente manera, a través del archivo tipo 121:

Ejemplo: Indicador “Tiempo de espera en consulta médica general”.

| Punto de Atención | Descripción del problema | Acción de mejoramiento | Fecha de inicio | Fecha terminación de metas | Responsable | Forma de Medición | Observaciones |
|-------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| IPS Villanueva | Falta de oportunidad | Aumentar la oferta en consulta | 01/12/2009 | 31/12/2009 | Coordinador Médico | | |

4. FORMA Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información de Indicadores de Calidad y Alerta Temprana deberá ser presentada en archivos planos y radicados por vía electrónica a través de la página de internet [www. supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co) en el enlace dispuesto para este fin y firmados digitalmente, por parte del representante legal.

5. PERIODOS Y FECHAS DE PRESENTACIÓN

La información de los archivos de Indicadores de Calidad y Alerta Temprana, deberán reportarse de la siguiente manera:

- Archivo tipo 542: mensualmente, el día 10 de cada mes; si la fecha de reporte es un día no hábil, este se realizará el siguiente día hábil de la fecha de corte (Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual).
- Archivo tipo 543: trimestralmente, dentro de los primeros diez (10) días calendario del mes posterior a la finalización del periodo a reportar, si la fecha de reporte es un día no hábil (sábado, domingo o festivo), este se realizará al siguiente día hábil de la fecha de corte (Ver Tabla Periodos de Reporte Trimestral).

La información debe ser reportada por EAPB

- Archivo tipo 548: mensualmente, el día 10 de cada mes, por cada sede; si la fecha de reporte es un día no hábil, este se realizará el siguiente día hábil de la fecha de corte (Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual).
- Archivos Tipo 544 a 547: mensualmente, el día 10 de cada mes, por cada sede; si la fecha de reporte es un día no hábil, este se realizará el siguiente día hábil de la fecha de corte (Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual).

El procesamiento y cargue de la información se debe realizar en su totalidad, no existen procesos parciales de cargue de información.

La Superintendencia validará los códigos de habilitación del prestador frente a la base de datos del Ministerio de la Protección Social, en el caso que un prestador no exista en dichos registros, no será posible el cargue o procesamiento de la información relacionada con ese prestador.

6. ESTRUCTURA DE LOS ARCHIVOS A REPORTAR POR PARTE DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS

6.1. Archivo indicadores de calidad y alerta temprana

a) Generalidades sobre el formato de los campos

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión .txt.

Cada campo del archivo debe estar separado por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

| Alfanumérico | Datos texto. |
|--------------|---|
| Númérico | Solo números sin formato de separador de miles, sin signo de pesos para valores monetarios. Sin cifras y/o valores decimales. |
| Longitud | Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo con las longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud. |

CODIGOENTIDADPPANNOXXX.TXT

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada (Ver tabla Períodos de Reporte)

ANNO: Año de corte de la información reportada

XXX: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037012012542.TXT

b) Generalidades del cuerpo del archivo

i) La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,);

ii) No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos;

iii) Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c) Estructura y descripción del archivo. Indicadores de calidad y alerta temprana

Archivo tipo 542.

Los indicadores corresponden únicamente a la EPS. Tener en cuenta la periodicidad mensual del reporte de este archivo. (Ver tabla Periodos de Reporte Mensual).

Archivo tipo 543.

Los indicadores corresponden únicamente a la EPS. Tener en cuenta la periodicidad trimestral del reporte de este archivo. (Ver tabla Periodos de Reporte Trimestral).

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|------------------------|---|-----------------|-----------------------|
| 1 | NIT | Número de NIT de la empresa que reporta | 16 | Numérico |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del NIT | 1 | Numérico |
| 3 | Código de la Entidad | Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud | 7 | Alfanumérico |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información | 2 | Ver Tabla de Periodos |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información | 4 | Numérico |
| 6 | Código Indicador | Código del indicador | 2 | Tabla de Indicadores |
| 7 | Numerador | Valor de la variable numerador para cada indicador | 10 | Numérico, entero |
| 8 | Denominador | Valor de la variable denominador para cada indicador | 10 | Numérico, entero |

Archivo tipo 548.

Los indicadores se deben reportar por IPS. Si la IPS tiene sedes, se deben reportar por cada sede. Tener en cuenta la periodicidad mensual del reporte de este archivo. (Ver tabla Periodos de Reporte Mensual).

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|----------------------------------|---|-----------------|-----------------------|
| 1 | NIT IPS | Número de NIT de la IPS que reporta | 16 | Numérico |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del NIT de la IPS | 1 | Numérico |
| 3 | Código de Habilitación de la IPS | Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial incluido el código de la sede. Los 5 primeros dígitos identifican el departamento y el municipio | 12 | Numérico |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información | 2 | Ver Tabla de Periodos |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información | 4 | Numérico |
| 6 | Código Indicador | Código del indicador | 2 | Tabla de Indicadores |
| 7 | Numerador | Valor de la variable numerador para cada indicador | 10 | Numérico, entero |
| 8 | Denominador | Valor de la variable denominador para cada indicador | 10 | Numérico, entero |

6.2. Archivo planes de mejoramiento

a) Generalidades sobre el formato de los campos

La información debe ser reportada en archivo Excel de acuerdo con la estructura que se especifica más adelante.

Nombre del archivo:

CODIGOENTIDADPPANNO121

CODIGOENTIDAD: Código de la entidad asignado por la Superintendencia Nacional de Salud

PP: Periodo de corte de la información reportada. (Ver Tablas Períodos de Reporte)

ANNO: Año de corte de la información reportada

121: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

EPS037012012121.xls(x)

La información debe remitirse de manera completa.

b) **Estructura y descripción del archivo**

Archivo tipo 121, Planes de mejoramiento

Ejemplo:

| Punto de Atención | Descripción del problema | Acción de mejoramiento | Fecha de inicio | Fecha terminación de metas | Responsable | Forma de Medición | Observaciones |
|-------------------|--------------------------|--------------------------------|-----------------|----------------------------|--------------------|-------------------|---------------|
| IPS Villanueva | Falta de oportunidad | Aumentar la oferta en consulta | 01/12/2009 | 31/12/2009 | Coordinador Médico | | |

Descripción del archivo

| Campo | Descripción | Valor permitido |
|----------------------------|---|---|
| Indicador | Código del indicador objeto del plan de mejoramiento | Corresponde a la descripción de la tabla de indicadores descrita para el archivo 542 Indicadores de Calidad y Alerta temprana |
| Punto de Atención | Código Habilitación de la IPS contratada que requiere plan de mejoramiento | Númérico |
| | Razón social de la IPS | Alfanumérico |
| Descripción del problema | Breve descripción del problema que origina el incumplimiento del indicador | Alfanumérico |
| Acción de mejoramiento | Actividad a desarrollar para eliminar la causa del problema | Alfanumérico |
| Fecha de inicio | Fecha propuesta para iniciar las acciones de mejoramiento | dd/mm/aaaa |
| Fecha terminación de metas | Fecha propuesta para terminar las acciones de mejoramiento | dd/mm/aaaa |
| Responsable | Responsable de la ejecución de las acciones de mejoramiento | Alfanumérico |
| Forma de Medición | Plantear el indicador con el cual se medirá la acción de mejoramiento propuesta | Alfanumérico |
| Observaciones | Si las requiere. | Alfanumérico |

6.3. Archivos reportes técnicos

a) Generalidades sobre el formato de los campos

La información debe ser reportada en archivos planos con extensión .txt., de forma **mensual** el día 10 de cada mes, por IPS y municipio, simultáneamente con los indicadores de Calidad y Alerta Temprana Archivo tipo 548 (ver Tabla Periodos de Reporte Mensual).

Cada campo del archivo debe estar separados por el carácter coma (,)

Tipo de datos:

| | |
|---------------------|---|
| Alfanumérico | Datos texto. |
| Númérico | Solo números sin formato de separador de miles, sin signo de pesos para valores monetarios. Sin cifras y/o valores decimales. |
| Longitud | Cada campo que conforma los registros se debe construir cumpliendo con las longitudes establecidas en cada requerimiento, sin exceder el máximo permitido, sin embargo, puede tener una menor longitud. |

CODIGOENTIDADPPANNOXXX.TXT

CODIGOIPS: Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial (incluido en el código de la sede)

PP: Periodo de corte de la información reportada. (Ver tabla Períodos de Reporte)

ANNO: Año de corte de la información reportada

XXX: Número de archivo asignado para el reporte de indicadores

TXT: Extensión del archivo de texto

Estos componentes deben estar unidos, sin carácter de separación, y en el orden mencionado así:

Ejemplo nombre de archivo:

50011087501012012544.TXT

b) Generalidades del cuerpo del archivo

i) La información se debe reportar en archivo plano, los campos separados por el carácter coma (,);

ii) No completar con ceros a la izquierda los campos numéricos, ni con espacios a la derecha los campos alfanuméricos;

iii) Los campos del numerador y denominador se deben diligenciar como números enteros.

La información debe remitirse de manera completa.

c) Estructura y descripción del archivo:

6.3.1. Archivo tipo 544. Informe técnico oferta de citas para medicina general

La información se debe reportar para cada IPS. Si la IPS tiene sedes, se debe reportar por cada sede.

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|---|---|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Nit | Número de Nit de la IPS que reporta. | 16 | Numérico. |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del Nit. | 1 | Numérico. |
| 3 | Código de Habitación IPS | Código de habitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial (incluido en el código de la sede). | 12 | Numérico. |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información. | 2 | Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información. | 4 | Numérico. |
| 6 | Total cupos disponibles al inicio del periodo | Total cupos de Medicina General que al inicio del periodo se encuentran disponibles para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 7 | Total citas asignadas para el periodo | Total citas de Medicina General que al inicio del periodo ya se encuentran asignadas para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 8 | Total cupos nuevos creados durante el periodo | Total cupos nuevos de Medicina General generados (o creados) durante el periodo, para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 9 | Total Cupos Cancelados para el periodo | Total cupos de Medicina General cancelados durante el periodo, para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 10 | Total Citas Asignadas durante el periodo, mes correspondiente | Total citas de Medicina General asignadas durante el periodo para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 11 | Total Citas Asignadas durante el periodo, meses posteriores | Total citas de Medicina General asignadas durante el periodo para los meses posteriores al mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |

6.3.2. Archivo tipo 545. Informe técnico pareto oportunidad en la asignación de citas de medicina general

La información se debe reportar para cada IPS. Si la IPS tiene sedes, se debe reportar por cada sede.

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|--|--|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Nit | Número de Nit de la IPS que reporta. | 16 | Numérico. |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del Nit. | 1 | Numérico. |
| 3 | Código de Habitación IPS | Código de habitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial (incluido en el código de la sede). | 12 | Numérico. |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información. | 2 | Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información. | 4 | Numérico. |
| 6 | Total Citas Asignadas entre 0 y 3 días | Total de citas de Medicina General asignadas entre cero (0) y tres (3) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 7 | Total Citas Asignadas entre 4 y 5 días | Total de citas de Medicina General asignadas entre cuatro (4) y cinco (5) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 8 | Total Citas Asignadas entre 6 y 10 días | Total de citas de Medicina General asignadas entre seis (6) y diez (10) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 9 | Total Citas Asignadas entre 11 y 30 días | Total de citas de Medicina General asignadas entre once (11) y treinta (30) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 10 | Total Citas Asignadas a 31 días o más | Total de citas de Medicina General asignadas a treinta y un (31) días o más. | 10 | Numérico, Entero. |

6.3.3. Archivo tipo 546. Informe técnico oferta de citas para odontología general

La información se debe reportar para cada IPS. Si la IPS tiene sedes, se debe reportar por cada sede.

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|---|--|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Nit | Número de Nit de la IPS que reporta. | 16 | Numérico. |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del Nit. | 1 | Numérico. |
| 3 | Código de Habitación IPS | Código de habitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial (incluido en el código de la sede). | 12 | Numérico. |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información. | 2 | Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información. | 4 | Numérico. |
| 6 | Total cupos disponibles al inicio del periodo | Total cupos de Odontología General que al inicio del periodo se encuentran disponibles para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 7 | Total citas asignadas para el periodo | Total citas de Odontología General que al inicio del periodo ya se encuentran asignadas para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 8 | Total cupos nuevos creados durante el periodo | Total cupos nuevos de Odontología General generados (o creados) durante el periodo, para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 9 | Total Cupos Cancelados para el periodo | Total cupos de Odontología General cancelados durante el periodo, para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 10 | Total Citas Asignadas durante el periodo, mes correspondiente | Total citas de Odontología General asignadas durante el periodo para el mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |
| 11 | Total Citas Asignadas durante el periodo, meses posteriores | Total citas de Odontología General asignadas durante el periodo para los meses posteriores al mes correspondiente. | 10 | Numérico, Entero. |

6.3.4. Archivo tipo 547.

Informe técnico Pareto Oportunidad en la asignación de citas de odontología general

La información se debe reportar para cada IPS. Si la IPS tiene sedes, se debe reportar por cada sede.

| CAMPO | DATO | DESCRIPCIÓN | LONGITUD MÁXIMA | REGISTRO PERMITIDO |
|-------|--|--|-----------------|---------------------------------------|
| 1 | Nit | Número de Nit de la IPS que reporta. | 16 | Numérico. |
| 2 | Dígito de Verificación | Dígito de verificación del Nit. | 1 | Numérico. |
| 3 | Código de Habilitación IPS | Código de habilitación de la IPS asignado por la Entidad Territorial (Incluido en el código de la sede). | 12 | Numérico. |
| 4 | Periodo de Corte | Periodo de corte para la presentación de la información. | 2 | Ver Tabla Periodos de Reporte Mensual |
| 5 | Año | Año de corte para la presentación de la información. | 4 | Numérico. |
| 6 | Total Citas Asignadas entre 0 y 3 días | Total de citas de Odontología General asignadas entre cero (0) y tres (3) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 7 | Total Citas Asignadas entre 4 y 5 días | Total de citas de Odontología General asignadas entre cuatro (4) y cinco (5) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 8 | Total Citas Asignadas entre 6 y 10 días | Total de citas de Odontología General asignadas entre seis (6) y diez (10) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 9 | Total Citas Asignadas entre 11 y 30 días | Total de citas de Odontología General asignadas entre once (11) y treinta (30) días. | 10 | Numérico, Entero. |
| 10 | Total Citas Asignadas a 31 días o más | Total de citas de Odontología General asignadas a treinta y un (31) días o más. | 10 | Numérico, Entero. |

7. SANCIONES

La inobservancia e incumplimiento de las instrucciones consignadas en la presente Circular, acarrearán la imposición de las sanciones, establecidas en los numerales 130.12 y 130.13 del artículo 130 de la Ley 1438 de 2011. Conforme a lo establecido en el artículo 128 de la citada ley y la Resolución 3140 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud, tanto a título personal como institucional, sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias, penales o civiles que ellas conlleven.

La información suministrada a través de Circular Única, será objeto de verificación durante las visitas de auditoría que se realicen en las entidades, por lo tanto los soportes de esta, deberán reposar en la entidad y ser dispuestos para verificar la validez de la información reportada.

8. DEROGATORIA Y VIGENCIA

Créense los archivos 542 a 548.

Deróguense los archivos 120, 032, 062 y 071 de la Circular Única.

La presente circular rige a partir de su publicación en el *Diario Oficial*.

Publíquese y cúmplase.

Dada en Bogotá D. C., a los 19 de julio de 2012.

El Superintendente Nacional de Salud,

Conrado Adolfo Gómez Vélez.

FICHA TÉCNICA BÁSICA DE LOS INDICADORES A REPORTAR

La Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de sus funciones legales y con el fin de facilitar las acciones de inspección, vigilancia y control de las entidades, objeto de vigilancia; realizó una revisión particular de cada indicador de calidad y alerta temprana que se venía reportando, de esta manera se logra adaptar a los requerimientos de la normatividad, y para lograr un seguimiento e intervención oportuna a los problemas derivados de la prestación de servicios de salud, y se ajusta la periodicidad de reporte.

Por otra parte dando alcance al Decreto 019 de 2012, se incluyeron nuevos indicadores para monitorear el proceso de autorizaciones y entrega de medicamentos en los términos que establece dicha norma. Los demás indicadores se analizaron a la luz de la normatividad vigente y se ajustaron de manera técnica de acuerdo a las necesidades, teniendo en cuenta las fuentes de información, la formulación y los aspectos a vigilar.

La periodicidad del reporte cambió para todos los indicadores, y ahora la información será solicitada en un solo archivo, bien sea para la IPS o para la EPS; de manera que ya no se realizará en doble vía para la validación de dicha información; por lo tanto en el evento en que la Superintendencia Nacional de Salud, realice visita inspectiva o auditoría, podrá solicitar los soportes de dicha información.

| Nombre del indicador | Entidad que reporta | Periodicidad del reporte | Modificaciones | Justificación |
|---|---------------------|--------------------------|--|--|
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina General | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Odontología General | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Obstetricia | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |

| Nombre del indicador | Entidad que reporta | Periodicidad del reporte | Modificaciones | Justificación |
|---|---------------------|--------------------------|--|--|
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Ginecología | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. |
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Pediatría | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina Interna | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Básico | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de Información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Especializado | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | Los servicios de laboratorio básico y especializado tienen un comportamiento diferente, por lo tanto debe evaluarse de manera individual. Laboratorio Clínico especializado, genera alto porcentaje de quejas por parte de los usuarios, por lo tanto es importante conocer el comportamiento de los tiempos de espera desde el prestador. |
| Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Básicas | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información, nombre del Indicador y se separa imágenes diagnósticas básicas y especializadas | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. Los servicios de imagenología básica y especializada tienen un comportamiento diferente por lo tanto es mejor evaluarlo de manera individual. |
| Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Especializadas | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. Los servicios de imagenología básica y especializada tienen un comportamiento diferente, por lo tanto es mejor evaluarlo de manera individual. |
| Promedio de Tiempo para la Realización de Cirugía General Programada | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información y Nombre del Indicador | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. El nombre refleja mejor lo que se quiere medir. |
| Proporción de Cancelación de Cirugía Programada por Consulta Externa | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. Es importante conocer la proporción de cirugías programadas que se cancelan por causas no atribuibles al paciente para realizar seguimiento a la calidad y oportunidad en la atención. |
| Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage II | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información, nombre del Indicador y se separa por clasificación de Triage II y III | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. Es importante conocer la oportunidad en la atención como uno de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud, al separar el indicador por clasificación de Triage se obtiene una información técnicamente más confiable. |
| Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage III | IPS | Mensual | Fuente que reporta la información, nombre del Indicador y se separa por clasificación de Triage II y III | La fuente de información es primaria, lo cual genera mayor validez en los datos. Es importante conocer la oportunidad en la atención como uno de los criterios de calidad para la prestación de servicios de salud, al separar el indicador por clasificación de Triage se obtiene una información técnicamente más confiable. |

| Nombre del indicador | Entidad que reporta | Periodicidad del reporte | Modificaciones | Justificación |
|--|---------------------|--------------------------|---|---|
| Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas | IPS | Mensual | No se realizan modificaciones | Técnicamente adecuado |
| Tasa de Infección Intrahospitalaria | IPS | Mensual | No se realizan modificaciones | Técnicamente adecuado |
| Índice de Eventos Adversos | IPS | Mensual | Cambia el Indicador y su forma de medirlo | Dentro de los atributos de la calidad se debe medir el índice de eventos adversos, es decir cuántos eventos ocurrieron en el periodo en relación con el número de pacientes hospitalizados. |
| Índice de Eventos Adversos: Caídas de pacientes | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se toman como trazadores los tres eventos adversos más frecuentes dentro de las IPS, para conocer su comportamiento. |
| Índice de Eventos Adversos: En administración de medicamentos | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se toman como trazadores los tres eventos adversos más frecuentes dentro de las IPS, para conocer su comportamiento. |
| Índice de Eventos Adversos: Úlceras por presión | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se toman como trazadores los tres eventos adversos más frecuentes dentro de las IPS, para conocer su comportamiento. |
| Proporción de Pacientes Insatisfechos | IPS | Mensual | Cambia el Indicador y su forma de medirlo | Se pretende conocer la proporción de usuarios que se muestran insatisfechos con los servicios y realizar paralelo con la información registrada en la SNS. |
| Proporción de Entrega Incompleta e Inoportuna de Tratamientos POS | EPS | Mensual | Cambia el Indicador y su forma de medirlo | Cambia en función de lo establecido en el artículo 131 del Decreto 019 de 2012. |
| Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Cirugías | EPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se incluye en función de lo establecido en el artículo 125 del Decreto 019 de 2012. Se toman servicios trazadores por la frecuencia de uso. |
| Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Consultas Médicas Especializadas | EPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se incluye en función de lo establecido en el artículo 125 del Decreto 019 de 2012. Se toman servicios trazadores por la frecuencia de uso. |
| Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Apoyo Terapéutico (Terapia Física) | EPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se incluye en función de lo establecido en el artículo 125 del Decreto 019 de 2012. Se toman servicios trazadores por la frecuencia de uso. |
| Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Apoyo Diagnóstico (TAC Simple) | EPS | Mensual | Nuevo Indicador | Se incluye en función de lo establecido en el artículo 125 del Decreto 019 de 2012. Se toman servicios trazadores por la frecuencia de uso. |
| Promedio de Tiempo de la Referencia Efectiva de la EAPB | EPS | Mensual | Modificaciones en la formulación | Se observaron deficiencias técnicas que podían conllevar a errores de interpretación y medición del indicador. |
| Número de Tulelas por No prestación de servicios POS | EPS | Mensual | No se realizan modificaciones | Técnicamente adecuado. |
| Proporción de ingresos oportunos al programa de Crecimiento y Desarrollo | EPS | Trimestral | Nuevo Indicador | Se propone para realizar vigilancia de las principales estrategias planeadas en Salud Pública. No se cuenta con fuente secundaria de la información para el Sistema. |
| Proporción de ingresos oportunos al programa de Control Prenatal | EPS | Trimestral | Nuevo Indicador | Se propone para realizar vigilancia de las principales estrategias planeadas en Salud Pública. No se cuenta con fuente secundaria de la información para el Sistema. |
| Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años | EPS | Trimestral | No se realizan modificaciones | Técnicamente adecuado. |
| Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de VIH - SIDA | EPS | Trimestral | Nuevo Indicador | Se requiere el dato para realizar seguimiento a los eventos relacionados con la población objeto. |
| Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de Cáncer (todos) | EPS | Trimestral | Nuevo Indicador | Se requiere el dato para realizar seguimiento a los eventos relacionados con la población objeto. |
| Demanda No atendida en Salud Mental | IPS | Mensual | Nuevo Indicador | El Sistema de vigilancia en Salud Mental requiere iniciar el monitoreo. Aún no se cuenta con el indicador a nivel nacional por parte de las IPS. |

| Indicadores Eliminados | Justificación |
|--|---|
| Razón de Mortalidad Materna. | La información se obtendrá de Sivigila, para no realizar doble solicitud de información a las entidades. La información se obtendrá del sistema de registro de PAI, para no realizar doble solicitud de información a las Entidades. Esta información no refleja de manera importante la prestación del servicio en el ejercicio de IVC ante la Superintendencia Nacional de Salud, por lo tanto al reevaluar, se decide no solicitarla y reemplazarla por los indicadores que se proponen como nuevos. |
| Tasa de Mortalidad Infantil. | |
| Proporción de esquemas de vacunación adecuados en menores de un año. | |
| Oportunidad en la Detección de cáncer de Cuello Uterino. | |
| Tasa de mortalidad por neumonía en mayores de 65 años. | |
| Tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años. | |
| Proporción de quejas resueltas antes de 15 días. | |
| Tasa de traslados desde la EPS. | |

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADORES DE CALIDAD Y ALERTA TEMPRANA DE REPORTE MENSUAL POR PARTE DE LAS EAPB. Archivo Tipo 542

• M01. Proporción de Entrega Incompleta e Inoportuna de Tratamientos POS

Definición Operacional

Numerador.

Número de fórmulas médicas entregadas de forma incompleta y/o posterior a 48 horas de la solicitud por parte del usuario o su representante.

Denominador.

Número total de fórmulas médicas solicitadas.

Forma de cálculo:

Cuenta de fórmulas médicas que se encuentran incluidos en el POS¹ que no se entregan en su totalidad (completa) al usuario y/o que se entregan después de 48 horas desde que el usuario o su representante realiza la solicitud de los mismos por primera vez.

Origen de la Información:

Centro de Atención Farmacéutica y/o Farmacia.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por los Centros de Atención Farmacéutica y/o Farmacias para la dispensación de medicamentos incluidos en el POS e IPS.

La información deberá ser tomada de un instrumento, base de datos, software, etc. que debe contener los siguientes datos:

- Fecha de solicitud de la fórmula
- Fecha de entrega de la fórmula
- Número de fórmulas entregadas de manera completa

Entiéndase como completa la fórmula médica que se entrega en su totalidad, es decir que no queda pendiente por entregar ninguna dosis o fármaco.

¹ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el plan Obligatorio de Salud.

• **M02. Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud – Cirugías**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la autorización para la realización de cirugías, y la fecha en la cual es autorizada por la EAPB.

Denominador.

Total de autorizaciones solicitadas para la realización de cirugías.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la autorización para la realización de cirugía, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que queda efectivamente autorizada.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por las EAPB para la autorización de servicios de salud.

• **M03. Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Consultas Médicas Especializadas**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la autorización para consultas Médicas Especializadas, y la fecha en la cual es autorizada por la EAPB.

Denominador.

Total de autorizaciones solicitadas para Consulta Médica Especializada.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la autorización para la consulta por Medicina Especializada, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que queda efectivamente autorizada.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por las EAPB para la autorización de servicios de salud.

• **M04. Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Apoyo Terapéutico (Terapia Física)**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la autorización para la prestación de servicios de Apoyo Terapéutico (Terapia Física), y la fecha en la cual es autorizada por la EAPB.

Denominador.

Total de autorizaciones solicitadas para la prestación de servicios de Apoyo Terapéutico (Terapia Física)

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la autorización para la atención por el profesional de Terapia Física, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que queda efectivamente autorizada.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por las EAPB para la autorización de servicios de salud.

• **M05. Promedio de Tiempo en la Autorización de Servicios de Salud - Apoyo Diagnóstico (TAC Simple)**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la autorización para la prestación de servicios de Apoyo Diagnóstico (TAC Simple), y la fecha en la cual es autorizada por la EAPB.

Denominador.

Total de autorizaciones solicitadas para la prestación de servicios de Apoyo Diagnóstico (TAC Simple).

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la autorización para la realización de TAC Simple, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que queda efectivamente autorizada.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por las EAPB para la autorización de servicios de salud.

• **M06. Promedio de Tiempo de la Referencia Efectiva de la EAPB**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria del número de horas que transcurren entre la solicitud de la referencia y el momento en el cual el paciente es recibido en la institución contrarreferente.

Denominador.

Número total de solicitudes de referencia en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de minutos que transcurren entre el momento en que la IPS solicita la remisión (referencia) del paciente a la EAPB (llamada efectiva) y el momento en que es recibido de forma efectiva en la IPS receptora (contrarreferencia).

Como lo cita el Acuerdo 008 de 2009². “Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Título I, Capítulo II. Numerales

33. Referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

10. Contrarreferencia: Es la respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió. La respuesta es la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica”.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud. Servicio de Urgencias.

² COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. Acuerdo 008 de 2009. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS en el servicio de Referencia y Contrarreferencia para el servicio de Urgencias.

• M07. Número de Tutelas por No prestación de servicios POS**Definición Operacional**Numerador.

Número de tutelas falladas a favor del afiliado por no prestación de servicios incluidos en el POS.

Denominador.

Dado que este indicador exige una cifra absoluta, en este espacio se debe registrar el número 1, para que el valor reportado no sea modificado por el sistema. Si no ingresa valor en la casilla, el sistema no le permitirá la correcta validación de la información.

Forma de cálculo:

Cuenta de tutelas interpuestas por los usuarios contra la EAPB, que fueron falladas a favor del usuario por la No prestación de los servicios incluidos en el POS, de acuerdo con lo establecido en el Acuerdo 029 de 2011³ por la CRES.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADORES DE CALIDAD Y ALERTA TEMPRANA DE REPORTE TRIMESTRAL POR PARTE DE LAS EAPB. Archivo Tipo 543

• T01. Proporción de ingresos oportunos al programa de Crecimiento y Desarrollo**Definición Operacional**Numerador.

Número de niños menores de un año, que ingresan al programa de control de crecimiento y desarrollo durante el primer trimestre de vida.

Denominador.

Número de niños menores de un año afiliados a la EAPB.

Forma de cálculo:

Cuenta de niños menores de un año, que ingresan al programa de Control de Crecimiento y Desarrollo durante el primer trimestre de vida, como lo establece la Resolución 412 de 2000⁴; frente al total de niños menores de un año que se encuentran afiliados a la EAPB.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las EAPB para las actividades de Salud Pública.

• T02. Proporción de ingresos oportunos al programa de Control Prenatal**Definición Operacional**Numerador.

Número de gestantes que ingresan al programa de control prenatal antes de la semana 12 de gestación.

³ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se sustituye el acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

⁴ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Denominador.

Número de mujeres gestantes afiliadas a la EAPB.

Forma de cálculo:

Cuenta de mujeres durante la etapa de gestación, que ingresan al programa de Control Prenatal, durante el primer trimestre de embarazo, como lo establece la Resolución 412 de 2000⁵; frente al total de gestantes que se encuentran afiliadas a la EAPB.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las EAPB para las actividades de Salud Pública.

• **T03. Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años**

Definición Operacional

Numerador.

Número de defunciones en niños menores de cinco años durante el periodo.

Denominador.

Número de niños menores de cinco años (afiliados activos).

Forma de cálculo:

Cuenta de niños(as) menores de cinco años cumplidos que fallecen por cualquier causa, frente al total de niños(as) menores de cinco años afiliados en el periodo.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para servicios de pediatría (urgencias y/o hospitalización), certificados de defunción y comité de estadísticas vitales.

• **T04. Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de VIH – SIDA**

Definición Operacional

Numerador.

Número total de afiliados activos de la EPS que tienen diagnóstico confirmado de VIH – SIDA

Denominador.

Dado que este indicador exige una cifra absoluta, en este espacio se debe registrar el número 1, para que el valor reportado no sea modificado por el sistema. Si no ingresa valor en la casilla, el sistema no le permitirá la correcta validación de la información.

Forma de cálculo:

Cuenta de pacientes con diagnóstico confirmado de VIH-SIDA que se encuentran afiliados a la EAPB.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

• **T05. Número de Afiliados Activos con diagnóstico confirmado de Cáncer (todos)**

Definición Operacional

Numerador.

Número total de afiliados activos de la EPS que tienen diagnóstico confirmado de algún tipo de cáncer.

Denominador.

Dado que este indicador exige una cifra absoluta, en este espacio se debe registrar el número 1, para que el valor reportado no sea modificado por el sistema. Si no ingresa valor en la casilla, el sistema no le permitirá la correcta validación de la información.

Forma de cálculo:

⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Cuenta de pacientes con diagnóstico confirmado de alguna de patología oncológica que se encuentran afiliados a la EAPB.

Origen de la Información:

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INDICADORES DE CALIDAD Y ALERTA TEMPRANA DE REPORTE MENSUAL POR PARTE DE LAS IPS. Archivo Tipo 548

• 101. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina General

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta Médica General y la fecha para la cual es asignada la cita de forma efectiva.

Denominador.

Número total de citas de Medicina General asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Para la totalidad de citas asignadas durante el período, se deben sumar los días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la asignación de la cita por medicina general y el momento para el cual la cita queda asignada.

i) Entiéndase por consulta por Medicina General (Artículo 97, Resolución 5261 de 1994⁶), como la valoración y orientación brindada por un médico general en ejercicio de su profesión a los problemas relacionados con la salud, la cual comprende anamnesis, toma de signos vitales, examen físico, definición de impresión diagnóstica y plan de tratamiento. No se incluyen controles de los diferentes programas de promoción y prevención.

ii) Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado en una agenda para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra dispuesto para la atención efectiva de un usuario específico.

iii) Se define como *agenda*, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

iv) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística.

v) De las citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

vi) De las citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios

⁶ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad.

de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de Medicina General (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta médica general*).

• I02. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Odontología General

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta Odontológica General y la fecha para la cual es asignada la cita de forma efectiva.

Denominador.

Número total de citas de Odontología General asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Para la totalidad de citas asignadas durante el período, se deben sumar los días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la asignación de la cita por odontología general y el momento para el cual la cita queda asignada.

i) Entiéndase por consulta por Odontología (Artículo 98, Resolución 5261 de 1994⁷), como valoración y orientación brindada por un odontólogo a los problemas relacionados con la salud oral. La valoración comprende anamnesis, examen clínico, definición de impresión diagnóstica, plan de tratamiento y tratamiento. No se incluyen controles de los diferentes programas de promoción y prevención.

ii) Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado en una agenda para la atención de la consulta de odontología general y que ya se encuentra dispuesto para la atención efectiva de un usuario específico.

iii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de Odontología General (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta odontológica general*).

• I03. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Obstetricia

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta de Obstetricia y la fecha para la cual es asignada la cita.

⁷ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad.

Denominador.

Número total de citas de Obstetricia asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la atención por obstetricia, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es atendido en la consulta por el especialista.

Entiéndase por consulta por Obstetricia como aquella realizada por un médico especialista gineco-obstetra, quien atiende a las pacientes en la etapa de gestación.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de obstetricia (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta*).

• I04. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Ginecología

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta de Ginecología y la fecha para la cual es asignada la cita.

Denominador.

Número total de citas de Ginecología asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la atención por ginecología, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es atendido en la consulta por el especialista.

Entiéndase por consulta por Obstetricia como aquella realizada por un médico especialista gineco-obstetra, quien atiende a pacientes de sexo femenino que no se encuentran durante la etapa de gestación.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de ginecología (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta*).

• I05. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Pediatría

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta con Pediatría y la fecha para la cual es asignada la cita.

Denominador.

Número total de citas de Pediatría asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la atención por pediatría, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es atendido en la consulta por el especialista.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de pediatría (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta*).

• **I06. Promedio de Tiempo para la Asignación de citas de Medicina Interna**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la cita para ser atendido en la consulta con Medicina Interna y la fecha para la cual es asignada la cita.

Denominador.

Número total de citas de Medicina Interna asignadas en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la atención por el especialista, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es atendido en la consulta por el especialista.

Entiéndase por consulta por Medicina Interna como aquella realizada por un médico especialista Internista, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta Especializada.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de medicina Interna (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en la consulta*).

• **I07. Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Básico**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la atención para toma de muestras de laboratorio clínico y la fecha en la cual es tomada la muestra.

Denominador.

Número total de atenciones de toma de muestras para Laboratorio Clínico Básico en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es tomada la muestra de laboratorio clínico básico.

Entiéndase por Laboratorio Clínico Básico como (Artículo 99, Resolución 5261 de 1994⁸).

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de laboratorio clínico básico (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en laboratorio clínico*).

• **I08. Promedio de Tiempo para la Realización de Toma de Muestras de Laboratorio Clínico Especializado**

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la atención para toma de muestras de laboratorio clínico especializado y la fecha en la cual es tomada la muestra.

⁸ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad.

Denominador.

Número total de atenciones de toma de muestras para Laboratorio Clínico Especializado en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es tomada la muestra de laboratorio clínico especializado.

Entiéndase por Laboratorio Clínico Especializado, como los que NO se encuentran contenidos en el artículo 99, Resolución 5261 de 1994⁹.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de laboratorio clínico básico (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en laboratorio clínico*).

• 109. Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Básicas

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la atención para Imágenes Diagnósticas Básicas y la fecha en la cual se realiza la atención.

Denominador.

Número total de atenciones de Imágenes Diagnósticas Básicas en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es realizada la toma de imágenes diagnósticas.

Entiéndase por Imágenes Diagnósticas Básicas como está definido en el artículo 100, Resolución 5261 de 1994¹⁰.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de imágenes diagnósticas básicas (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en Imagenología*).

• 110. Promedio de Tiempo para la Atención en el Servicio de Imágenes Diagnósticas Especializadas

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la atención para Imágenes Diagnósticas Especializadas y la fecha en la cual se realiza la atención.

Denominador.

Número total de atenciones de Imágenes Diagnósticas Especializadas en el periodo.

Forma de cálculo:

⁹ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad.

¹⁰ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad, artículo 100 Radiología Imagenología.

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es realizada la toma de imágenes diagnósticas.

Entiéndase por Imágenes Diagnósticas Básicas como aquellas que NO se encuentran contenidas en el artículo 97, Resolución 5261 de 1994¹¹.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de citas de laboratorio clínico básico (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la atención de un usuario en Imagenología*).

• I11. Promedio de Tiempo para la Realización de Cirugía General Programada por Consulta Externa

Definición Operacional

Numerador.

Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario solicita la Cirugía General Programada por Consulta Externa y la fecha en que se realiza la Intervención.

Denominador.

Número Total de Cirugías generales Programadas por Consulta Externa que se realizan en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de días calendario que transcurren entre el momento en que el usuario realiza la solicitud para la realización de cirugía general, a través de cualquier medio dispuesto en la EAPB, y el momento en que es realizada la intervención.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de realización de cirugía general programada (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la programación de cirugías*).

• I12. Proporción de Cancelación de Cirugía Programada por Consulta Externa

Definición Operacional

Numerador.

Número Total de Cirugías Programadas por consulta externa Canceladas por causas no atribuibles al paciente en el Periodo.

Denominador.

Número de Cirugías Programadas por Consulta Externa en el Periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de Cirugías Canceladas por causas no atribuibles al paciente, es decir por las relacionadas con insumos, equipos, personal médico-asistencial, administrativas, programación y otras no relacionadas con el paciente; frente al total de las cirugías que fueron programadas para realizar en el periodo.

¹¹ COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD. 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. Título I. Desarrollo Plan Obligatorio de Salud, POS, para el Nivel I de Complejidad, artículo 100 Radiología Imagenología.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de agendas y la programación de cirugías programadas (*se define como agenda el espacio de tiempo dispuesto en el sistema de información para la programación de cirugías*).

• I13. Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage II**Definición Operacional**Numerador.

Sumatoria total del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita la atención para la consulta de Urgencias clasificadas como Triage II, y el momento en el cual es atendido por parte del Médico.

Denominador.

Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias de Triage II del período correspondiente.

Forma de cálculo:

Cuenta de minutos que transcurren entre el momento en que se realiza la clasificación de Triage II al paciente y el momento de la atención efectiva por parte del médico.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

• I14. Promedio de Tiempo de la atención de Urgencias en Paciente clasificado como Triage III**Definición Operacional**Numerador.

Sumatoria total del número de minutos transcurridos entre el momento en el cual el usuario solicita la atención para la consulta de Urgencias clasificadas como Triage III, y el momento en el cual es atendido por parte del Médico.

Denominador.

Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias de Triage III del período correspondiente.

Forma de cálculo:

Cuenta de minutos que transcurren entre el momento en que se realiza la clasificación de Triage III al paciente y el momento de la atención efectiva por parte del Médico.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

• I15. Tasa de Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas**Definición Operacional**Numerador.

Número total de pacientes hospitalizados que fallecen después de 48 horas del ingreso en el periodo.

Denominador.

Número Total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de pacientes que fallecen pasadas 48 horas desde el ingreso a la IPS frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para servicios de urgencias y hospitalización (general y/o especializada), certificados de defunción y comité de estadísticas vitales.

• I16. Tasa de Infección Intrahospitalaria**Definición Operacional**Numerador.

Número de pacientes con infección intrahospitalaria confirmada en el periodo.

Denominador.

Número Total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de pacientes con diagnóstico confirmado de infección asociada al cuidado de la salud, frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para servicios de urgencias y hospitalización (general y/o especializada, comité de infecciones).

• **I17. Índice de Eventos Adversos**

Definición Operacional

Numerador.

Número total de eventos adversos detectados en el periodo.

Denominador.

Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de eventos adversos presentados dentro de la IPS, durante el periodo, frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Si el mismo paciente presenta más de un evento adverso en la misma hospitalización, se deberá contar para el numerador la cantidad de eventos que presenta este paciente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para los servicios prestados en la misma.

• **I18. Índice de Eventos Adversos: Caídas**

Definición Operacional

Numerador.

Número total de caídas de pacientes hospitalizados que se presentan en el periodo.

Denominador.

Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de caídas de pacientes que se encuentran hospitalizados, presentadas dentro de la IPS, durante el periodo, frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Si el mismo paciente presenta más de una caída en la misma hospitalización, se deberá contar para el numerador la cantidad de caídas que presenta este paciente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para los servicios prestados en la misma.

• **I19. Índice de Eventos Adversos: Relacionados con la administración de medicamentos**

Definición Operacional

Numerador.

Número total de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos, detectados en el periodo.

Denominador.

Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos presentados dentro de la IPS, durante el periodo, frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Si el mismo paciente presenta más de un evento adverso en la misma hospitalización, se deberá contar para el numerador la cantidad de eventos que presenta este paciente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para los servicios prestados en la misma.

• I20. Índice de Eventos Adversos: Úlceras por Presión**Definición Operacional**Numerador.

Número Total de úlceras por presión nuevas presentadas en pacientes hospitalizados durante el periodo.

Denominador.

Número total de pacientes hospitalizados en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de úlceras por presión nuevas presentadas en pacientes hospitalizados durante el periodo, frente al total de pacientes hospitalizados en la institución.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información y registro utilizado por las IPS para los servicios prestados en la misma.

• I21. Proporción de pacientes insatisfechos**Definición Operacional**Numerador.

Número total de pacientes que se consideran insatisfechos con los servicios recibidos por la IPS.

Denominador.

Número total de pacientes encuestados por la IPS en el periodo.

Forma de cálculo:

Cuenta de pacientes que manifiestan insatisfacción con el servicio recibido en la IPS, a través de las encuestas realizadas, frente al total de pacientes encuestados en la institución durante el periodo a evaluar.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Encuestas de satisfacción efectuadas en la IPS.

• I21. Demanda no Atendida en Salud Mental**Definición Operacional**Numerador.

Número total de usuarios que solicitan atención por parte de Salud Mental.

Denominador.

Número total de pacientes que reciben atención efectiva por parte de la especialidad.

Forma de cálculo:

Cuenta de pacientes que solicitaron atención por parte de salud mental en el periodo frente al total de pacientes que recibieron la atención por parte del especialista.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la asignación de Citas de Medicina Especializada.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INFORME TÉCNICO OFERTA DE CITAS PARA MEDICINA GENERAL
REPORTADO POR PARTE DE LAS IPS. Archivo Tipo 544¹²

– Total cupos disponibles al inicio del período (Campo 9)

Definición Operacional:

¹² Las definiciones de los campos aplican de igual forma para el archivo tipo 546. “Informe Técnico Oferta de Citas para Odontología General”. Donde se encuentre consulta médica general, entiéndase por consulta de odontología general.

Total cupos de Medicina General que al inicio del período se encuentran disponibles para el mes correspondiente.

Forma de cálculo:

Al inicio del período (momento0) se debe realizar la revisión de la programación de las agendas de medicina general en función de los cupos disponibles hasta el final del mes (momentof).

El total de cupos de medicina general disponibles al inicio del período corresponde a la cantidad total de cupos que se encuentran disponibles para el intervalo de tiempo comprendido entre el momento0 y el momentof, dado el momento de revisión de las agendas.

El momento de revisión de las agendas debe hacerse en el momento0.

Momento0: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momentof: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El momento de revisión de cupos disponibles debe hacerse en el momento0.
2. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Se define como **cupo**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario.

4. Se define como **cupo disponible**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario, y que no se encuentra en un estado de bloqueo o sus similares (*por ejemplo: reservado para asignar consultas a demanda o prioritarias*).

5. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son los cupos disponibles para la asignación de consultas de medicina general;

ii) Los datos reportados debe corresponder a la totalidad de cupos disponibles y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Cupos bloqueados o su similar, al inicio del periodo (momento0).

Si al inicio del periodo existen cupos bloqueados, de acuerdo con la definición del punto 4, estos **no deben contabilizarse**;

iv) Cupos disponibles para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si los cupos disponibles están generados o creados, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general estos cupos **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentran parametrizados y diferenciados claramente de los cupos destinados para las citas de medicina general.

– **Total citas asignadas para el período (Campo 10)**

Definición Operacional:

Total citas de Medicina General que al inicio del período ya se encuentran asignadas para el mes correspondiente.

Forma de cálculo:

Al inicio del período (momento₀) se debe realizar la revisión de la programación de las agendas de medicina general en función de las citas que ya se encuentran asignadas hasta el final del mes (momento_f).

El total de citas asignadas al inicio del período corresponde a la cantidad total de citas que ya se encuentran asignadas para el intervalo de tiempo comprendido entre el momento₀ y el momento_f, dado el momento de revisión de las agendas.

El momento de revisión de las agendas debe hacerse en el momento₀.

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El momento de revisión de citas asignadas debe hacerse en el momento₀.

2. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Se define como **cita asignada**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

4. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas para las consultas de medicina general;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Cupos bloqueados o su similar, al inicio del período (momento₀):

Si al inicio del período existen cupos bloqueados, de acuerdo con la definición del punto 3, estos **no deben contabilizarse** como citas asignadas;

iv) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

v) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las

citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– **Total cupos nuevos creados durante el período (Campo 11).**

Definición Operacional:

Total cupos nuevos de Medicina General generados (o creados) durante el período, para el mes correspondiente.

Forma de cálculo:

Suma del total de cupos nuevos de Medicina General, que se generan (o crean) entre el momento₀ y el momento_f, y que se encuentran disponibles para la agenda del mismo periodo (momento₀ y momento_f).

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El total de cupos nuevos corresponde únicamente a los cupos generados durante el mes y que se encuentran dentro de la agenda del mismo mes.

2. Los cupos nuevos generados durante el mes, cuyas agendas correspondan a otro mes, no se cuentan dentro del total de cupos nuevos.

3. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

4. Se define como **cupo**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario.

5. Se define como **cupo disponible**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario, y que no se encuentra en un estado de bloqueo o sus similares (*por ejemplo: reservado para asignar consultas a demanda o prioritarias*).

6. Los cupos que se encuentren bloqueados o su similar, al momento de pasar a un estado de cupo disponible (o desbloqueo), se consideran como cupos nuevos y deben ser sumados al total de cupos nuevos.

7. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son los cupos nuevos y que están disponibles para la asignación de consultas de medicina general dentro del mismo periodo;

ii) Los cupos bloqueados que pasan a un estado de disponibilidad para la asignación de citas (*cupos disponibles*) también hacen parte del universo y deben incluirse en este;

iii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de cupos nuevos disponibles y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iv) Cupos nuevos disponibles para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si los cupos nuevos disponibles están generados o creados, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del

médico general estos cupos **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentran parametrizados y diferenciados claramente de los cupos destinados para las citas de medicina general.

– Total Cupos Cancelados para el período (Campo 12)

Definición Operacional:

Total cupos de Medicina General cancelados durante el período, para el mes correspondiente.

Forma de cálculo:

Suma del total de cupos de Medicina General, que se cancelaron (o eliminaron) entre el momento0 y el momentof, y que estaban disponibles para la agenda del mismo periodo (momento0 y momentof).

Momento0: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momentof: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El total de cupos cancelados corresponde únicamente a los cupos que se encuentran dentro de la agenda del mismo mes y que fueron cancelados.

2. Los cupos cancelados durante el mes, cuyas agendas correspondan a otro mes, no se cuentan dentro del total de cupos cancelados.

3. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

4. Se define como **cupo**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario.

5. Se define como **cupo disponible**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario, y que no se encuentra en un estado de bloqueo o sus similares (*por ejemplo: reservado para asignar consultas a demanda o prioritarias*).

6. Los cupos que se encuentren disponibles, al momento de pasar a un estado de cupo bloqueado o su similar, se consideran como cupos cancelados y deben ser sumados al total de cupos cancelados.

7. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son los cupos cancelados para las consultas de medicina general dentro del mismo periodo;

ii) Los cupos disponibles que pasan a un estado de bloqueo (o su similar), se consideran cancelados, también hacen parte del universo y deben incluirse en este;

iii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de cupos cancelados y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iv) Cupos cancelados referentes a realizar actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si los cupos cancelados hacen referencia específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general estos cupos **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentran en la agenda parametrizados y diferenciados claramente de las citas de medicina general.

– **Total Citas Asignadas durante el período, mes correspondiente. (Campo 13)**

Definición Operacional:

Total citas de Medicina General asignadas durante el período para el mes correspondiente.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas durante el período, para el mes correspondiente. Es la suma total de citas asignadas durante el intervalo de tiempo comprendido entre el momento₀ y el momento_f, y cuya asignación pertenece a una cita de la agenda del mismo período (momento₀ y momento_f).

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El total de citas asignadas durante el período, para el mes correspondiente. Concierno únicamente a las citas que se asignaron durante el mes para el mismo mes.

2. Las citas asignadas durante el mes y cuyas agendas correspondan a otro mes, **no** se cuentan dentro del total de citas asignadas durante el período para el mes correspondiente.

3. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

4. Se define como **cupo**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario.

5. Se define como **cupo disponible**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario, y que no se encuentra en un estado de bloqueo o sus similares (*por ejemplo: reservado para asignar consultas a demanda o prioritarias*).

6. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas para las consultas de medicina general entre el momento₀ y el momento_f, y que son asignadas para el mismo período (momento₀ y el momento_f);

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– **Total Citas Asignadas durante el período, meses posteriores. (Campo 14)**

Definición Operacional:

Total citas de Medicina General asignadas durante el período para los meses posteriores al mes correspondiente.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas durante el período, para los meses posteriores al mes correspondiente. Es la suma total de citas asignadas durante el intervalo de tiempo comprendido entre el momento₀ y el momento_f, y cuya asignación pertenece a una cita de la agenda de un período diferente al comprendido entre el momento₀ y el momento_f.

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. El total de citas asignadas durante el período, para los meses posteriores al mes correspondiente. Concierne únicamente a las citas que se asignaron durante el mes para otro mes posterior.

2. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Se define como **cupo**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario.

4. Se define como **cupo disponible**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general que aún no ha sido destinado (o asignado) para la atención de un usuario, y que no se encuentra en un estado de bloqueo o sus similares (*por ejemplo: reservado para asignar consultas a demanda o prioritarias*).

5. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas para las consultas de medicina general entre el momento₀ y el momento_f, y que son asignadas para un periodo diferente a este.

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística.

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

FICHA TÉCNICA BÁSICA INFORME TÉCNICO PARETO PROMEDIO DE TIEMPO EN LA ASIGNACIÓN DE CITAS DE MEDICINA GENERAL REPORTADO POR PARTE DE LAS IPS. Archivo Tipo 54513¹³

– **Total citas asignadas entre 0 y 3 días (Campo 9)**

Definición Operacional:

Total de citas de Medicina General asignadas entre cero (0) y tres (3) días.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas entre cero (0) y tres (3) días es la suma de la cantidad total de citas que se asignan entre el momento₀ y el momento_f, y que su asignación se encuentra entre cero (0) y tres (3) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario.

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

2. Se define como *agenda*, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas durante el período para las consultas de medicina general y que su asignación se encuentra entre cero (0) y tres (3) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas;

¹³ Las definiciones de los campos aplican de igual forma para el archivo tipo 547. "Informe Técnico Pareto Promedio de Tiempo en la Asignación de Citas de Odontología General". Donde se encuentre consulta médica general, entiéndase por consulta de odontología general

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– **Total citas asignadas entre 4 y 5 días (Campo 10)**

Definición Operacional:

Total de citas de Medicina General asignadas entre cuatro (4) y cinco (5) días.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas entre cero (0) y tres (3) días es la suma de la cantidad total de citas que se asignan entre el momento0 y el momentof, y que su asignación se encuentra entre cuatro (4) y cinco (5) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario.

Momento0: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momentof: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. Se define como **cita asignada**, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

2. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas durante el período para la consultas de medicina general y que su asignación se encuentra entre cuatro (4) y cinco (5) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– **Total citas asignadas entre 6 y 10 días (Campo 10)**

Definición Operacional:

Total de citas de Medicina General asignadas entre seis (6) y diez (10) días.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas entre cero (0) y tres (3) días es la suma de la cantidad total de citas que se asignan entre el momento0 y el momento1, y que su asignación se encuentra entre seis (6) y diez (10) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario.

Momento0: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento1: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

2. Se define como *agenda*, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas durante el período para las consultas de medicina general y que su asignación se encuentra entre seis (6) y diez (10) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– Total citas asignadas entre 11 y 30 días (Campo 12)**Definición Operacional:**

Total de citas de Medicina General asignadas entre once (11) y treinta (30) días.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas entre cero (0) y tres (3) días es la suma de la cantidad total de citas que se asignan entre el momento0 y el momento1, y que su asignación se encuentra entre once (11) y treinta (30) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario.

Momento0: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento1: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

2. Se define como *agenda*, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas durante el período para la consultas de medicina general y que su asignación se encuentra entre once (11) y treinta (30) días calendario a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas.

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

– **Total citas asignadas a 31 días o más (Campo 13)**

Definición Operacional:

Total de citas de Medicina General asignadas a treinta y un (31) días o más.

Forma de cálculo:

El total de citas asignadas entre cero (0) y tres (3) días es la suma de la cantidad total de citas que se asignan entre el momento₀ y el momento_f, y que su asignación se encuentra entre a treinta y un (31) días calendario o más, a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario.

Momento₀: Hora 00:00 del primer día calendario del mes correspondiente.

Momento_f: Hora 23:59 del último día calendario del mes correspondiente.

Origen de la Información:

Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Fuente Primaria:

Sistema de información utilizado por la IPS para la creación de agendas y la programación de citas de Medicina General.

Consideraciones Generales:

1. Se define como *cita asignada*, el espacio de tiempo programado para la atención de la consulta de medicina general y que ya se encuentra asignado para la atención de un usuario específico.

2. Se define como **agenda**, el espacio de tiempo virtual dispuesto en el sistema de información para todo tipo de transacción relacionada con la administración de cupos (creación, bloqueo, cancelación, etcétera) y la asignación o cancelación de citas.

3. Definiciones para el universo objeto de medición.

i) El universo objeto de medición son las citas asignadas durante el período para la consultas de medicina general y que su asignación se encuentra a treinta y un (31) días calendario o más, a partir de la solicitud de la cita por parte del usuario;

ii) Los datos reportados deben corresponder a la totalidad de las citas asignadas y en ningún caso a cualquier tipo de muestra probabilística o no probabilística;

iii) Citas asignadas de Medicina General en las cuales se realizan actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda dispuesta corresponde a consultas de medicina general, y en las correspondientes citas asignadas se realizan actividades de control, atención de pacientes crónicos, o actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Estas citas **deben contabilizarse** en el total de citas asignadas;

iv) Citas asignadas para actividades de control, de atención específica a pacientes crónicos, de atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención, o la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general:

Si la agenda está generada o creada, específicamente para la atención de consultas relacionadas a cualquier tipo de control, atención de pacientes crónicos, atención específica a grupos definidos por los modelos propios de atención o a la realización de actividades de promoción y prevención, por parte del médico general. Las citas asignadas correspondientes a estas agendas **no deben contabilizarse**, siempre y cuando se encuentren parametrizadas y diferenciadas claramente de las agendas de medicina general.

(C. F.).