|  |  |
| --- | --- |
|  MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL – DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA | mayo 302014 |
| Mediante este documento se realiza la propuesta de indicadores básicos para el seguimiento del proceso de atención de Urgencias/Emergencias en la Zona Binacional de Prestación de Servicios | Propuesta Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Ministerio de Salud y Protección Social |

Contenido

[INTRODUCCIÓN 2](#_Toc389153519)

[MARCO DE REFERENCIA DE LOS SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN 3](#_Toc389153520)

[GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS 3](#_Toc389153521)

[DEFINICIÓN DE ESTRUCTURAS DE SEGUIMIENTO BASADO EN GESTIÓN PARA RESULTADOS 4](#_Toc389153522)

[FLUJO Y MECANISMOS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN 5](#_Toc389153523)

[ALCANCE Y ESTRUCTURA DE LA MEDICIÓN CUANTITATIVA PROPUESTA 8](#_Toc389153524)

[PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO 10](#_Toc389153525)

[Anexo No 1. Indicadores de Seguimiento Propuestos 12](#_Toc389153526)

# **INTRODUCCIÓN**

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el Ministerio de Salud Pública de Ecuador han trabajado conjuntamente para analizar y hacer operativas las estrategias de prestación de servicios de salud en la zona de frontera colombo-ecuatoriana, en cumplimiento de los compromisos adquiridos por los Ministros de salud de los países en marco del I y II Gabinete Binacional realizados durante los años 2012 y 2013. Dentro de los aspectos que han sido objeto del trabajo se considera significativo, el establecimiento de criterios y elementos para realizar el seguimiento del avance en los procesos de desarrollo e implementación.

Con los insumos que se han venido desarrollando en los diferentes aspectos para la prestación de servicios de la zona binacional, se establecen los criterios mínimos para lograr el desarrollo y la definición del sistema de seguimiento de la prestación de servicios de salud en condiciones de oportunidad, continuidad, integralidad con una garantía de acceso con calidad.

Debe precisarse, que en este documento se establecen los procedimientos, métodos de cuantificación y roles de los actores para la implementación del sistema de seguimiento de la atención en el ámbito de urgencias/emergencias, en los municipios definidos en la zona binacional.

El documento en su primera parte presenta un marco general de los propósitos de los sistemas de seguimiento y evaluación; en la segunda parte, se retoman los roles de los actores que intervienen en lo relacionado a flujos y mecanismos de gestión de información y por último se presenta la estructura, los indicadores generales, las fuentes y responsables del reporte.

# **MARCO DE REFERENCIA DE LOS SISTEMAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**[[1]](#footnote-1)

De acuerdo a la definición especifica de OECD (2002), el monitoreo es el proceso de recolección sistemático y de análisis de información respecto al progreso de un proyecto. Este mecanismo permite probar la eficiencia y la efectividad de un proyecto u organización y se basa en: (i) el desarrollo de un conjunto de objetivos y actividades durante las fases de planeación del trabajo, (ii) la revisión del trabajo a lo largo del análisis y (iii) la realización de procesos para la identificación de fallas.

Siguiendo los conceptos definidos por la OECD (2002), se define evaluación como la comparación de los impactos actuales del proyecto contra los planes estratégicos definidos; este proceso muestra que se propuso hacer, que se ha logrado, y como lograrlo; la evaluación se concibe como un proceso periódico en el cual se realizan preguntas de claves sobre el progreso total y la dirección de los proyectos.

Esto implica que los procesos de seguimiento y evaluación no son por sí mismos aislados, sino que se encuentran interrelacionados ya que el logro del seguimiento oportuno y objetivo de un programa o proyecto se materializa si se realizan en los diferentes procesos de planificación; como tal, estos dos conceptos son complementarios ya que mientras el monitoreo muestra las señales de cómo se ha venido realizando los procesos de gestión de una política, proyecto o programa en cada uno de los aspectos relacionados, la evaluación permite realizar aclaraciones respecto a los resultados y las tendencias presentadas en el desarrollo y el alcance de los objetivos enmarcados en cada uno de los contextos analizados.

La realización de procesos de seguimiento y evaluación han sido considerados como herramientas que pueden ayudar a una organización a extraer información del pasado y de las actividades de seguimiento que pueden ser utilizadas como base para realizar los procesos de planificación, la planeación futura y su posible reorientación. El seguimiento, se realiza de manera continua y su utilización se enfoca en la necesidad de contar con instrumentos para poder realizar una evaluación de cada uno de los procesos que se llevan a cabo en las diferentes institucionalidades, y como tal, la herramienta de seguimiento y control se relaciona con la capacidad de aprender de los sucesos del pasado y de los cambios presentados e informar sobre la decisión de mercado, así como, las diferentes iniciativas que son capaces de mejorar las condiciones de vida de la población y sus selecciones. La evaluación por su parte, se enfoca en el establecimiento de mecanismos que posibiliten mejoras en términos programáticos mientras el programa se encuentra en curso y también informa sobre la planeación de nuevos programas.

# **GESTIÓN BASADA EN RESULTADOS**

La conceptualización de Gestión para Resultados – GpR, en la literatura han sido concebido en muchos aspectos, principalmente relacionado con la efectiva acción de una instancia ya sea pública o privada, instituciones como CEPAL, han definido que la GpR establece la necesidad de realizar procesos de priorización para el logro de los objetivos estratégicos considerados como generales o específicos en los procesos de planeación y ejecución del componente público. En términos más precisos esta conceptualización se enfoca en el establecimiento de herramientas que permitan incrementar la eficiencia y el impacto de las políticas públicas bajo un enfoque participativo y de gestión.

Así mismo, puede definirse la GpR como un modelo que establece las directrices para la administración eficiente de los recursos públicos enfocándose en el cumplimiento de las acciones estratégicas definidas en un plan establecido para un periodo determinado teniendo como referente cada una de las demandas de la sociedad.

Esta herramienta, tal como expresa BID (2007), no forma parte de la concepción de control sino de otro universo, el de la gestión y dirección estratégica y operativa, ya que permite y facilita a los directivos de la administración pública un mejor conocimiento, mayor capacidad de análisis, diseño de alternativas y toma de decisiones para que logren los mejores resultados posibles, de acuerdo a los objetivos que se hubiesen planteado. La concepción básica de los procesos de seguimiento y evaluación se enmarca en el concepto de creación de valor, ya que de acuerdo a lo expresado por Moore (1995), el resultado que busca un gobierno es la maximización de la creación de valor público.

# **DEFINICIÓN DE ESTRUCTURAS DE SEGUIMIENTO BASADO EN GESTIÓN PARA RESULTADOS**

Tanto el monitoreo como la evaluación permiten el establecimiento de características a nivel general para poder llegar a validar la pertinencia de un programa o proyecto, en relación a los lineamientos que han sido planteados así como en los mecanismos utilizados para la medición de los objetivos y las estrategias planteadas; en razón a que los procesos de planeación y definición de estrategias, por ellos mismos, no pueden llegar a establecer la posibilidad de mejorar o incorporar medidas que permitan distinguir y establecer cada una de las relaciones pertinentes.

La evaluación en términos de los programas sociales se constituye como un proceso integral donde su principal objetivo lo especifica la retroalimentación de los procesos en términos de su impacto y de los resultados obtenidos ya sea sobre un programa, proyecto o estrategia a desarrollar. Además, de estos el seguimiento y la evaluación se consideran como un insumo necesario para evaluar los procesos y las estrategias durante la implementación, así como, para documentar cada uno de los elementos que han sido enmarcados en el diseño y planeación de los diferentes programas y proyectos.

Cuando se está realizando la definición de la estructura de seguimiento y evaluación, en primera instancia es necesario entender el contexto general del estudio que se pretende realizar, y por tanto, este requerimiento se relaciona con la capacidad de los tomadores de decisiones para diseñar estrategias que permitan realizar una medición de acuerdo a las metas y estrategias definidas dentro del contexto del proyecto o programa de referencia. A partir de esto, se define el tipo de información que debe tenerse consolidada sobre la temática a desarrollar.

Aunque se considere que el seguimiento y la evaluación como procesos complementarios, en el ámbito que se desarrolla este documento, prima el enfoque del seguimiento en tanto que se requiere contar con mecanismos para lograr evaluar, gestionar y analizar los resultados obtenidos dentro de la prestación de servicios de salud de urgencias/emergencias.

Por lo anterior, para poder definir el ámbito y el umbral mismo de los planteamientos para el desarrollo se deben precisar los siguientes elementos:

* La especificación de medidas de tipo cuantitativo que permitan analizar el desempeño de los agentes, en torno a la prestación de servicios de servicios de atención de urgencias/emergencias.
* La definición de los procesos dentro de la atención de urgencias/emergencias que son objeto de seguimiento para la zona binacional de prestación de servicios.
* El tipo de indicador a generar teniendo en cuenta la validez, pertinencia, sensibilidad, relevancia, representatividad, fiabilidad, suficiencia y flexibilidad.
* La especificación de las fuentes de información o de captura de información, consideradas para el desarrollo e implementación del sistema de seguimiento.
* Los mecanismos de verificación y validación de la información considerada.
* La periodicidad del análisis y del diseño de los indicadores
* La comparabilidad entre países en la generación de información.
* El análisis de la información y de los indicadores generados.

En sentido general, el sistema de seguimiento de la zona binacional de prestación de servicios tiene como objetivo desarrollar un mecanismo de tipo cuantitativo que posibilite la valoración del desempeño de los agentes prestadores de servicios de salud en el ámbito de urgencias/emergencias, en las condiciones establecidas para la población extranjera.

De los principios que posibilitan su desarrollo se considera importante relevar la importancia de contar con elementos que permitan entre otros medir los atributos de accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención de urgencias y emergencias, de acuerdo a los parámetros y condiciones establecidas en los documentos desarrollados tanto para el protocolo de atención de urgencias como el documento marco de prestación de servicios de la zona binacional[[2]](#footnote-2).

# **FLUJO Y MECANISMOS DE GESTIÓN DE INFORMACIÓN**

Con base en el Documento Marco de Prestación de Servicios en la frontera Colombo-Ecuatoriana (2013), se enuncian a continuación los aspectos asociados a los mecanismos, procedimientos e interrelación de los actores para la especificación de los procesos de generación, verificación, validación y envío del registro compartido de atenciones. En este apartado se presenta por una parte, los aspectos relacionados con el flujo de información y por otro, los aspectos asociados con las responsabilidades de los actores en cada una de las etapas consideradas.

Los procesos operativos que hacen parte del flujo de información son:

**Generación**: se refiere al diligenciamiento del registro compartido de atenciones en los casos que se establezca una atención en salud de un individuo fuera del territorio nacional.

**Actualización**: se refiere al registro primario de la atención, las modificaciones, las eliminaciones y el ingreso de la información mediante los medios disponibles en los países.

**Verificación**: se refiere a los procesos asociados con la revisión de la información contenida en el registro, en términos de completitud de la información.

**Validación**: se refiere al proceso mediante el cual el registro se confronta en términos de correspondencia con la definición, estructura y características definidas en el acuerdo de datos, la correspondencia con los valores y los procedimientos, actividades e insumos contenidos dentro de la atención registrada.

**Organización**: se refiere a la clasificación y ordenamiento de los datos sobre los servicios individuales que genera la institución de acuerdo con los estándares establecidos.

**Administración de datos**: se refiere a la conservación, depuración y eliminación de la información de las bases de datos y al establecimiento de los mecanismos y niveles de control y de seguridad de la información.

**Disposición de datos**: se refiere al proceso de oferta de información de dominio público mediante los medios masivos de información establecidos y acordados.

**Envío**: se refiere al proceso de transferencia de los registros generados utilizando los medios de comunicación disponibles, que permita su actualización y sistematización.

El flujo de datos de referencia para la mesa binacional de prestación de servicios de salud es el siguiente: los datos serán remitidos por los prestadores de servicios de salud a las entidades responsables del pago. Después de los procesos de verificación y validación de los registros, éstos son enviados como soporte de la atención a las respectivas cancillerías para la realización del trámite del reconocimiento y pago.

Las responsabilidades de cada uno de los actores que intervienen son las siguientes:

1. **Prestadores de servicios de salud (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud)**

**Responsabilidades operativas:**

* Los prestadores de servicios de salud de la zona binacional deben registrar de manera continua las atenciones y posteriormente enviar mensualmente a las entidades responsables del pago: la factura, los documentos básicos para el pago y el registro de atenciones de salud, como comprobante de los servicios efectivamente prestados.
* El Registro Compartido de Atenciones debe firmarse por el médico tratante o responsable de la prestación del servicio de salud.
* En los casos de reclamaciones, eventos catastróficos o actos terroristas, además del Registro Compartido de Atenciones, deben presentar los soportes específicos que establezcan las normas vigentes de cada país al momento de la facturación como: autorización, declaratoria de acto terrorista o de evento catastrófico.

**Responsabilidades en los procesos informáticos:**

* En la actualización de datos deben: i) estandarizar las formas de registro manual o automatizado, que incluyan los contenidos y la estructura definida del Registro Compartido de Atenciones, ii) hacer el registro de los datos simultáneamente con la prestación del servicio de salud y iii) garantizar la confiabilidad y validez de los datos.
* En la validación de los datos, previo a su transferencia, deben verificar la consistencia de éstos en cuanto a los valores que asumen las variables y la referencia cruzada de las mismas.
* En la transferencia de datos, deben enviar la información dentro de los 20 días del mes siguiente a las entidades responsables de pago.
1. **Entidades responsables de pago (aplica en el caso Colombiano)**

**Responsabilidades operativas**:

* Deben realizar la recepción de las atenciones de salud, con los documentos requeridos y de conformidad con los procesos establecidos dentro de la zona binacional para la prestación de los servicios de salud.
* Validar y verificar el contenido de las atenciones en salud registradas por los prestadores.
* Podrán solicitar por excepción la copia de toda o parte de la historia clínica, cuando no se cuente con claridad o suficiente información para avalar las atenciones de salud prestadas.
* Deben enviar los datos de servicios de salud efectivamente pagados a los Ministerios de Salud respectivos a través de los Ministerios de Relaciones Exteriores, así como el informe de la atención no pagada por algún motivo.

**Responsabilidades en los procesos informáticos**:

* Para la actualización de datos, se debe recibir la información enviada por los prestadores de servicios de salud, verificar su procedencia y el período reportado e integrar los datos recibidos para conformar la base de datos de prestación de servicios de salud de la población usuaria binacional.
* Para la validación de los datos, deben verificar que los datos reportados en el Registro Compartido de Atenciones sean consistentes y que los campos de datos estén diligenciados correctamente.
* Para enviar la información a los Ministerios de Salud, deben generar la base de datos de prestación de los servicios de salud binacionales de acuerdo con los estándares de entrega que se defina por cada país.
* En la transferencia de datos a los Ministerios de Salud, deben enviar los archivos de datos dentro de los treinta (30) días posteriores a la prestación de los servicios en medio magnético o en la plataforma de trasferencia que se defina.
* Deben transferir los datos de las atenciones de salud binacionales dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, validación y autorización.
1. **Ministerios de Relaciones Exteriores**

**Responsabilidades operativas**:

* Deben realizar la recolección de toda la información de las atenciones de salud, enviada por los prestadores de servicios de salud a través de las entidades responsables del pago.
* Deben verificar que esté debidamente soportada la cuenta de cobro: factura, registro de la atención binacional y otros soportes requeridos.
* Deben enviar dicha información dentro de los 15 días del primer mes del siguiente trimestre posterior a la atención en salud.
* Deben realizar la gestión requerida sobre la factura hasta que se realice efectivamente el pago al prestador.
1. **Ministerios de Salud**

**Responsabilidades en los procesos informáticos**:

* En la actualización de datos, en forma directa o mediante un operador externo, recibirán la información y actualizarán sus bases de datos, integrando periódicamente la información recibida para conformar la base de datos de la prestación de servicios de salud de la zona de frontera.
* En la validación de datos, directamente o por intermedio de un operador externo, previo a la actualización de las bases de datos, deberán verificar la procedencia y períodos informados, solicitar a los pagadores la información que no haya sido enviada, verificar que la estructura de los archivos corresponda a la establecida y que los campos de datos estén diligenciados correctamente.
* Las inconsistencias identificadas serán reportadas a las entidades responsables del pago para su corrección.
* Generarán periódicamente la información consolidada y agrupada, a nivel nacional, para uso común por parte de los países (diseño e implementación del sistema de seguimiento de la zona binacional de prestación de servicios de salud).

# **ALCANCE Y ESTRUCTURA DE LA MEDICIÓN CUANTITATIVA PROPUESTA**

**Para los propósitos propios de este componente se requiere que los indicadores y el sistema como tal tengan en cuenta los siguientes aspectos:**

* Población de referencia: población extranjera atendida en el ámbito de urgencias/emergencias de la zona binacional de prestación de servicios.
* Dominio de análisis: Proceso de atención de salud en el ámbito de urgencias/emergencias.
* Procesos analizados: las actividades y/o procedimientos realizados de manera efectiva en el ámbito de urgencias/emergencias.
* Dimensiones de análisis: accesibilidad, oportunidad y calidad de la atención de urgencias/emergencias.

**Para el desarrollo del sistema de seguimiento de la prestación de servicios en la zona binacional, inicialmente se realizó una revisión de los sistemas de información propios de los países para identificar posibles mediciones que puedan ser de utilidad en el diseño y la implementación.** En el caso colombiano, sistemas como SIHO y la información del Observatorio para la Calidad de la Atención en Salud, definido a partir del Decreto 1446 de 2006, generan información relevante, sin embargo, para los propósitos del sistema de seguimiento descritos anteriormente y no posibilitan las desagregaciones y especificidades planteadas para el análisis de las condiciones que permitan evaluar la situación de la población de referencia, en lo relacionado con las siguientes dimensiones dimensiones:

**Accesibilidad**

De acuerdo con el Decreto 1011 de 2006 la accesibilidad se define como “*la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud*”. Por su parte, para la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud del Ministerio de Salud y Protección Social (2005), la accesibilidad se define como “*la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios*”, mediada por factores como la capacidad de las personas para buscar y recibir atención, el tipo y forma de organización de los servicios para la atención oportuna e integral, así como las relaciones entre población, aseguradores, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

**Oportunidad**

Definida en el Decreto 1011 de 2006 como “*la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios*”.

**Continuidad**

La continuidad asistencial se define como *“el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo1. Se distinguen tres tipos de CA1;2 interrelacionados entre sí: a) de relación: es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores; b) de información: es la percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales, y c) de gestión: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones”* (Aller Hernández y otros, 2010)*.*

En el marco de la normatividad del país, el citado Decreto 1011 de 2006 define la continuidad como *“el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”*.

**Calidad**

El Decreto 1011 de 2006, la calidad de la atención de salud “*se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios*”

**Estructura**

Se refiere a los aspectos que se consideran asociados indirectamente a la prestación efectiva de los servicios de salud, pero que inciden de manera significativa en los procesos principalmente en los relacionados con flujos y mecanismos de gestión de información.

De acuerdo a lo anterior, se presenta la propuesta de indicadores, bajo la estructura de cadena de valor, a ser considerados dentro del sistema de seguimiento[[3]](#footnote-3) en cada una de las dimensiones, sin embargo al ser la propuesta inicial se debe revisar su pertinencia y la capacidad de recolección de información de acuerdo a las condiciones propias de los países. Los indicadores propuestos se presentan en el Anexo No 1.

# **PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SEGUIMIENTO**

Al ser una estructura nueva y dada su particularidad, es necesario tener en cuenta para su desarrollo los siguientes aspectos:

1. La definición de los procesos que estructuran el modelo en términos de insumos, productos y resultados esperados.
2. La especificación de los responsables en los dos países del diseño, implementación y administración de la información; en primera medida, se considera esta responsabilidad a cargo de las Oficinas de Tecnología de la Información y Comunicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Salud Pública.
3. La definición del mecanismo para integrar la información, los protocolos de uso e intercambio de la misma.
4. La definición de los instrumentos de análisis y reporte de información de forma estandarizada para garantizar comparabilidad.
5. La definición de las competencias y responsables de cada una de las etapas del proceso de seguimiento, entendiéndose estas como aquellas relacionadas con generación, captura, administración de la información, soporte técnico, análisis de información y difusión.

## Anexo No 1. Indicadores de Seguimiento Propuestos

| **#** | **Insumos** | **Acciones** | **Productos respecto al proceso de atención en salud** | **Indicador** | **Tipo**  | **Definición** | **Forma de cálculo** | **Forma de reporte** | **Periodicidad** | **Fuente** | **Responsable del reporte** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numerador** | **Denominador** | **Unidad de medida** | **Exclusiones** |
| 1 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Selección y clasificación de pacientes | Acceso a los servicios de urgencias/emergencias | Tiempo de respuesta en Triage | Proceso | Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del paciente hasta el primer contacto realizado por el médico o profesional de salud responsable del Triage | Sumatoria de la diferencia entre la hora del triage y la hora de llegada del paciente a la institución de salud | Total de usuarios en triage | Minutos | A. Anulación o interrupción de la asistencia en salud.B. Ingreso al sistema con clasificación en triage rojo, negro o blanco.C. No constancia o registro de las atenciones en salud  | Promedio ponderado respecto a las atenciones en salud realizadas a extranjeros | Semestral  | Registros de hora de llegada y de la selección y clasificación de pacientes realizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 2 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención inicial de urgencias | Acceso a los servicios de urgencias/emergencias | Tiempo de respuesta de atención inicial de urgencias | Proceso | Es el tiempo transcurrido desde la hora de llegada del paciente hasta el primer contacto con el personal de tipo asistencial (médico) | Sumatoria de la diferencia entre la hora del primer contacto asistencial y la hora de llegada del paciente a la institución de salud | Total de usuarios en atención inicial de urgencias | Minutos | A. Anulación o interrupción de la asistencia en salud.B. No constancia o registro de las atenciones en salud  | Promedio ponderado respecto a las atenciones en salud realizadas a extranjeros | Semestral  | Registros de hora de llegada y de primer contacto asistencial realizados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 3 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Acceso a los servicios de urgencias/emergencias | Oportunidad en la atención de consulta de urgencias | Proceso | La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutividad es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias. (R1446/06) | Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico | Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias  | Minutos | No aplica | Promedio ponderado respecto a las atenciones en salud realizadas a extranjeros | Semestral  | Libros de registro de atención de urgencias | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 4 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Acceso a los servicios de urgencias/emergencias | Pacientes ingresados al servicio de urgencias | Proceso | Es el porcentaje de pacientes que reciben asistencia en el servicio de urgencias, por requerimiento de servicios adicionales a la atención inicial de urgencias. | Número de pacientes que ingresan  | Número de pacientes atendidos en atención inicial de urgencias | Porcentaje | No aplica | Porcentaje en el periodo de tiempo definido | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 5 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Pacientes observados en urgencias | Proceso | Es el porcentaje de pacientes atendidos en urgencias que pasan a observación | Número de pacientes observados | Número de pacientes atendidos | Porcentaje | No aplica | Porcentaje en el periodo de tiempo definido | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 6 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Consultas de medicina general urgentes realizadas | Estructura | Es el número de consultas urgentes efectivamente realizadas por medicina general durante el periodo | Sumatoria de consultas urgentes por medicina general | No aplica | Número | No aplica | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 7 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Consultas de medicina especializada urgentes realizadas | Estructura | Es el número de consultas urgentes efectivamente realizadas por medicina especializada durante el periodo (desagregado por especialidad) | Sumatoria de consultas urgentes por medicina especializada (desagregada por especializada) | No aplica | Número | No aplica | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 8 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Consultas de odontología urgentes realizadas | Estructura | Es el número de consultas urgentes efectivamente realizadas por odontología general durante el periodo | Sumatoria de consultas urgentes por odontología general | No aplica | Número | No aplica | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 9 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Frecuencia relativa | Estructura | Es la cantidad promedio de consultas realizadas total (medicina general, especializada y odontología) respecto a la población objeto de atención de la institución de salud | Sumatoria del total de consultas de urgencias realizadas | Población potencial a ser atendida (Ecuatorianos - Colombianos) | Porcentaje | Pacientes nacionales tanto en el caso del numerador como en el denominador | Valor total en el periodo de tiempo definido | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 10 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Atención de urgencias | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergenciasCalidad | Reingresos por el servicio de urgencias | Resultado | Es el porcentaje de pacientes que solicitan de nuevo asistencia en urgencias, con el mismo diagnóstico (R0743/13) | Número de consultas al servicio de urgencias, por el mismo diagnóstico y el mismo paciente, mayor de 24 horas y menor de 72 horas | Total de consultas del servicio de urgencias  | Porcentaje | No aplica | Porcentaje total de periodo definido | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 11 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Derivación de pacientes | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Derivaciones a servicios de mayor complejidad en la institución | Proceso | Es el porcentaje de pacientes que solicitan asistencia en los servicios de urgencias y se derivan a la Institución de Salud, para la atención por servicios de mayor complejidad. | Número de derivaciones realizadas en la Institución Prestadora de Servicios de Salud que realiza la atención de urgencias | Total de consultas del servicio de urgencias  | Porcentaje | No aplica | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 12 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Derivación de pacientes | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Pacientes ingresados derivados | Proceso | Es el porcentaje de pacientes derivados del servicio de urgencias que pasan a observación y/o son ingresados en una Institución Prestadora de Servicios de Salud, en otras instituciones diferente a la generadora de la atención | Número de pacientes ingresados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, diferentes a la que genera la atención | Número de pacientes derivados del servicio de urgencias | Porcentaje | No aplica | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 13 | Valoración y homologación de las condiciones de oferta (prestadores y redes): estándares de servicio, suficiencia, disponibilidad, brechas, georreferenciación, integración de servicios, resolutividad | Derivación de pacientes | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Pacientes contrarremitidos | Proceso | Es el porcentaje de pacientes contrarremitidos del servicio de urgencias a una Institución Prestadora de Servicios de Salud de su país de residencia | Número de pacientes contrarreferidos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de su país de residencia | Total de consultas del servicio de urgencias  | Porcentaje | La contrarreferencia de pacientes realizada dentro del territorio de ubicación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud. | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 14 | Generar Registro de Atenciones compartido que sean de utilidad para el análisis por parte de los entes territoriales de cada país y los Ministerios y establecer los mecanismos de gestión, administración de información, flujos y convalidación de la misma | Cumplimiento RCA | No aplica | Grado de cumplimiento RCA | Proceso | Es el porcentaje de cumplimiento en el RCA de manera legible, de conformidad con los requerimientos de diligenciamiento definidos en el protocolo de atención de urgencias | Número de campos, de acuerdo a los parámetros definidos, correctamente diligenciados | Número de campos diligenciados x total de RCA generados | Porcentaje | No aplica | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | RCA | Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Unidades de Salud |
| 15 | Generar Registro de Atenciones compartido que sean de utilidad para el análisis por parte de los entes territoriales de cada país y los Ministerios y establecer los mecanismos de gestión, administración de información, flujos y convalidación de la misma | Recepción RCA | No aplica | Nivel de recepción de RCA en los países por parte de las cancillerías | Proceso | Es el número de RCA enviado por parte de los países a las Cancillerías | Sumatoria del número de RCA enviados a las cancillerías | No aplica | Número | No aplica | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | RCA | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |
| 16 | Generar Registro de Atenciones compartido que sean de utilidad para el análisis por parte de los entes territoriales de cada país y los Ministerios y establecer los mecanismos de gestión, administración de información, flujos y convalidación de la misma | Verificación RCA | No aplica | Estado de verificación del RCA de acuerdo a los criterios definidos | Proceso | Es el número de RCA verificados en contenidos por parte de MSPS - MSP | Sumatoria del número de RCA verificados en contenidos por parte del MSPS - MSP | No aplica | Número | No aplica | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | RCA | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |
| 17 | Generar Registro de Atenciones compartido que sean de utilidad para el análisis por parte de los entes territoriales de cada país y los Ministerios y establecer los mecanismos de gestión, administración de información, flujos y convalidación de la misma | Validación RCA | No aplica | Estado de validación del RCA de acuerdo a los criterios definidos | Proceso | Es el porcentaje de registros que son validados por contenidos por las instancias correspondientes. Estos RCA son los que serán objeto de reconocimiento y pago. | Sumatoria del número de RCA enviados a las cancillerías | Sumatoria del número de RCA verificados en contenidos por parte del MSPS - MSP | Porcentaje | No aplica | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | RCA | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |
| 18 | Análisis de alternativas de referencia y contrarreferencia y fuentes de datos de registro de las mismas | Gestión de referencia  | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Llamadas atendidas | Proceso | Es la cantidad de llamadas que se reciben por parte de los CRUE - SISECU/911 | Sumatoria del número de llamadas recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | No aplica | Número | Aquellos aspectos relacionados con pacientes nacionales | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | Reportes generados por CRUE - SISECU/911 | CRUE - SISECU/911 |
| 19 | Análisis de alternativas de referencia y contrarreferencia y fuentes de datos de registro de las mismas | Gestión de referencia  | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Llamadas erróneas, nulas o no pertinentes | Proceso | Es el porcentaje de llamadas erróneas, nulas o no pertinentes respecto del total de llamadas atendidas en un periodo de tiempo analizado | Sumatoria del número de llamadas erróneas, nulas o no pertinentes recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Sumatoria del número de llamadas recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Porcentaje | Aquellos aspectos relacionados con pacientes nacionales | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | Reportes generados por CRUE - SISECU/911 | CRUE - SISECU/911 |
| 20 | Análisis de alternativas de referencia y contrarreferencia y fuentes de datos de registro de las mismas | Gestión de referencia  | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Llamadas informativas | Proceso | Es el porcentaje de llamadas informativas recibidas respecto del total de llamadas atendidas en un periodo de tiempo analizado | Sumatoria del número de llamadas informativas recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Sumatoria del número de llamadas recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Porcentaje | Aquellos aspectos relacionados con pacientes nacionales | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | Reportes generados por CRUE - SISECU/911 | CRUE - SISECU/911 |
| 21 | Análisis de alternativas de referencia y contrarreferencia y fuentes de datos de registro de las mismas | Gestión de referencia  | Continuidad de la atención de los servicios de urgencias/emergencias | Llamadas de atención en salud | Proceso | Es el porcentaje de llamadas de necesidad de atención en salud recibidas respecto del total de llamadas atendidas en un periodo de tiempo analizado | Sumatoria del número de necesidad en salud recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Sumatoria del número de llamadas recibidas por los CRUE-SISECU/911 que cumplen los requisitos | Porcentaje | Aquellos aspectos relacionados con pacientes nacionales | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | Reportes generados por CRUE - SISECU/911 | CRUE - SISECU/911 |
| 22 | Alternativas de financiamiento que soporten las decisiones de integración de servicios en la zona de frontera | Gestión de los mecanismos de reconocimiento y pago | No aplica | Facturas reportadas | Estructura | Es el número de facturas reportadas y de atenciones reportadas por los países en la zona binacional de prestación de servicios | Sumatoria del número de facturas remitidas a través de las Cancillerías de los respectivos países | No aplica | Número | A. Las atenciones en salud que se consideran aisladas de la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.B. Las actividades, procedimientos y medicamentos que no están relacionados con la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.C. Los usuarios atendidos en calidad de refugiados y con doble nacionalidad. En este caso la atención es asumida por el país que otorgue esta condición. | Suma total por periodo de análisis | Semestral  | Reportes Cancillerías correspondientes | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |
| 23 | Alternativas de financiamiento que soporten las decisiones de integración de servicios en la zona de frontera | Gestión de los mecanismos de reconocimiento y pago | No aplica | Facturas devueltas | Estructura | Es el porcentaje de facturas glosadas, de conformidad con la normatividad vigente, en cada uno de los países | Sumatoria de facturas reportadas como glosadas en un periodo de tiempo dado | Sumatoria del número de facturas remitidas a través de las Cancillerías de los respectivos países | Porcentaje | A. Las atenciones en salud que se consideran aisladas de la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.B. Las actividades, procedimientos y medicamentos que no están relacionados con la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.C. Los usuarios atendidos en calidad de refugiados y con doble nacionalidad. En este caso la atención es asumida por el país que otorgue esta condición. | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | Reportes Entidades Responsables de Pago de los países | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |
| 24 | Alternativas de financiamiento que soporten las decisiones de integración de servicios en la zona de frontera | Gestión de los mecanismos de reconocimiento y pago | No aplica | Facturas glosadas | Estructura | Es el porcentaje de facturas devueltas, de conformidad con la normatividad vigente, en cada uno de los países | Sumatoria de facturas reportadas como devueltas en un periodo de tiempo dado | Sumatoria del número de facturas remitidas a través de las Cancillerías de los respectivos países | Porcentaje | A. Las atenciones en salud que se consideran aisladas de la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.B. Las actividades, procedimientos y medicamentos que no están relacionados con la atención de urgencias/emergencias definida en este documento.C. Los usuarios atendidos en calidad de refugiados y con doble nacionalidad. En este caso la atención es asumida por el país que otorgue esta condición. | Porcentaje del periodo analizado | Semestral  | Reportes Entidades Responsables de Pago de los países | Ministerio de Salud Y Protección Social y Ministerio de Salud Pública |

1. Debe tenerse en cuenta que “la planeación, el monitoreo y la evaluación podrían orientarse a través de asegurar que los resultados sean logrados, no a través de garantizar que todas las actividades y productos que han sido producidos sean planeados”. [↑](#footnote-ref-1)
2. Las definiciones que se plantean en este documento y no se desarrollan a cabalidad, son aquellas concertadas y adoptadas por los países en los documentos mencionados. [↑](#footnote-ref-2)
3. En primera instancia se están tomando en consideración los indicadores desarrollados en el manual de indicadores de actividad y calidad para Urgencias y emergencias sanitarias, del servicio Andaluz de Salud. 2000 y otros documentos desarrollados para tal fin. [↑](#footnote-ref-3)