

ACCESIBILIDAD, Medición de la: Número de establecimientos de salud que ejecutan un programa / Número total de establecimientos existentes x 100.

ACCESIBILIDAD, tipos de: Económica, Geográfica, Cultural y Organizativa.

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene la población de ser atendida en un servicio de salud.

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA: El acceso a la información contenida en la historia clínica corresponde al paciente, al equipo de salud, a las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos por la ley y a las demás personas que señale la ley.

ACCIÓN INSEGURA: Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente o evento adverso pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO: Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. Tales acciones pueden ser proactivas o reactivas, proactivas como el análisis probabilístico del riesgo, mientras que las acciones reactivas son aquellas derivadas del aprendizaje obtenido luego de la presentación del incidente o evento adverso.

ACREDITACIÓN: Método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se le define como “el procedimiento de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”.

ACUERDO 3047: Define formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos adoptados por los prestadores de servicios de IPS y las empresas responsables del pago de tales servicios.

ADMINISTRACIÓN. Definición: Conjunto de técnicas por medio de las cuales se determinan, clasifican y realizan los propósitos y objetivos de un grupo humano particular (Petersen y Plowman)

ADMINISTRACIÓN. Elementos del proceso administrativo: Previsión, Planeación, Organización, Integración, Dirección y Control.

ADMINSITRATIVO: Adjetivo de la administración o relativo a ella. Diccionario de la Lengua española.

AFILIACIÓN: Es el acto jurídico, que requiere de la inscripción a una EPS, por medio del cual el usuario y su grupo familiar adquieren los derechos y las obligaciones derivados del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

AFILIADO: La persona con o sin capacidad de pago (cotizante o familiar beneficiario) que tiene derecho a la cobertura de riesgos en salud.

ALIANZAS O ASOCIACIONES DE USUARIOS: Es una agrupación de afiliados del régimen contributivo y subsidiado, del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a

utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario.

ALTO COSTO: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como VIH y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

ANAMNESIS: Parte de la Historia Clínica correspondiente al Interrogatorio.

APORTE: Cantidad de dinero entregada regularmente por el usuario de un sistema de protección de salud a la entidad que se hará cargo de su salud.

APOYO LOGÍSTICO: Relación de procesos que intervienen en la correcta ejecución de actividades, pero que no son proveedores directos de sus actividades, Por ejemplo Recursos Humanos o Suministros. Resolución 0311 de marzo 07 de 2006.

APUESTAS PERMANENTES O CHANCE: Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual el jugador, en formulario oficial, en forma manual o sistematizada, indica el valor de su apuesta y escoge un número de no más de cuatro (4) cifras, de manera que si su número coincide, según las reglas predeterminadas, con el resultado del premio mayor de la lotería o juego autorizado para el efecto, gana un premio en dinero, de acuerdo con un plan de premios predefinido y autorizado por el Gobierno Nacional mediante decreto reglamentario.

ARCHIVO CENTRAL: Unidad administrativa donde se agrupan documentos transferidos o trasladados por los distintos archivos de gestión de la entidad respectiva, una vez finalizado su trámite, que sigue siendo vigente y son objeto de consulta por las propios Grupos y los particulares en general. Definición Conforme al Manual de archivo.

ARCHIVO DE GESTIÓN: Aquel en el que se reúne la documentación en trámite en busca de solución a los asuntos iniciados, sometida a continua utilización y consulta administrativa para las mismas oficinas u otras que las soliciten. Archivo General de la Nación

ARCHIVO HISTÓRICO: Aquel al cual se transfiere la documentación del archivo central o del archivo de gestión que, por decisión del correspondiente Comité de Archivos, debe conservarse permanentemente, dado el valor que adquiere para la investigación, la ciencia y la cultura. Definición Conforme al Manual de archivo

ASEGURAMIENTO EN SALUD: Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.

ASISTENCIAL: Adjetivo perteneciente o relativo a la asistencia, especialmente la médica o la social. Diccionario de la Lengua española.

ATENCIÓN EN SALUD: Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.

ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS: Todas aquellas acciones realizadas a una persona con patología de urgencia consistentes en las actividades, procedimientos e intervenciones necesarios para la estabilización de sus signos vitales; la realización de un diagnóstico de impresión y la definición del destino inmediato de la persona con la patología de urgencia tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

ATENCIÓN INTEGRAL: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio – psico - social, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.

ATENCIÓN MÉDICA: Conjunto de actividades armónicamente integradas, realizadas en Servicios de Salud de distinto nivel de complejidad o en el seno de la comunidad y que tienen como objetivo, actuando sobre las personas, promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud física y mental de los individuos, incluyendo la atención de los mismos para su reubicación.

ATENCIÓN POR DEMANDA: Sistema financiero de la atención médica en el cual la entidad promotora abona una cantidad variable al proveedor profesional por cada una de las personas cubiertas, de acuerdo al tipo y grado de patología que presenten y a los servicios que se le han prestado, de acuerdo a un tarifario previamente establecido...

AUTENTICIDAD: Es la garantía de la identidad del emisor de un mensaje de datos y/o el origen del mismo, teniendo certeza de que este es quien dice ser. Se presume auténtica una firma digital si esta encuentra respaldada por un certificado digital emitido por una entidad de certificación de las contempladas en la Ley 527 de 1999 y el Decreto Reglamentario 1747 de 2000.

AUTOCAUIDADO: Observancia particular y determinada que una persona hace para sí misma de un conjunto de principios, recomendaciones y precauciones, destinadas a conservar la salud.

BARRERAS DE SEGURIDAD: Una circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

BENEFICIARIOS: Son las personas afiliadas, que no hacen aporte de cotización, pertenecientes al grupo familiar del cotizante al sistema, quienes reciben beneficios en salud luego de ser inscritos por su parentesco y/o dependencia económica.

CADENA DE VALOR: Valor adicional que cada elemento del sistema de atención, va añadiendo a la Oferta.

CAÍDA: Cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Éste puede o no poner en riesgo su vida.

CALIDAD DE LOS RECURSOS: Características que deben presentar para satisfacción del usuario externo o interno.

CALIDAD HUMANA: Cortesía, Confidencialidad, Comunicación, Comprensión.

CALIDAD.- Indicadores:

CAPACIDAD DE RESPUESTA: Integridad, Oportunidad y Continuidad

CAPITACIÓN: Sistema financiero de la atención médica en el cual la entidad promotora abona una cantidad fija mensual al proveedor profesional por cada una de las personas cubiertas, sin importar si demandarán sus servicios ni el tipo y grado de patología que presenten.

CARPETA: Útil de escritorio que consiste en una pieza rectangular, generalmente de cartón o plástico, que, doblada por la mitad y atada con cintas, gomas o cualquier otro medio, sirve para guardar o clasificar papeles, dibujos o documentos. Diccionario de la Real Academia de la lengua española

CARTA DE GARANTÍA: Documento extendido por la empresa promotora que cubre la atención médica de la persona, en donde se compromete al pago de determinada suma de dinero, de acuerdo a las características de la póliza que cubre al asegurado. Se expide a favor de la institución que brindará la atención.

CENTRALIZACIÓN: Modo operativo en el que se concentra las funciones decisorias.

CENTRO PRIMARIO DE SALUD: Lugares de prestación de servicios médicos básicos. Pueden ser de tipo rural, suburbano o urbano, hospitales de baja complejidad, e instituciones con atenciones un poco más especializadas.

CERTIFICADO DE FUNCIONAMIENTO: Es la autorización que otorga la Superintendencia Nacional de Salud a las Entidades Promotoras de Salud para que puedan adelantar operaciones.

CERTIFICADO DIGITAL: Es un mensaje de datos u otro registro firmado por la entidad de certificación que identifica, tanto a la entidad de certificación que lo expide, como al suscriptor del certificado y contiene la clave pública de este.

COASEGURO: Cantidad de dinero que paga el paciente, equivalente a un porcentaje del tarifario signado para cada servicio. Este porcentaje varía de acuerdo a las características de la póliza de cobertura que dispone.

COBERTURA: Es la garantía para los habitantes del Territorio Nacional de acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Plan Obligatorio de Salud.

COBERTURA: Relación entre sujetos atendidos y los sujetos por atender. (Atendidos /por atender x 100).

COMISIÓN REGULADORA DE SALUD: Unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA: cuerpos multidisciplinarios, que se desempeñan en las instituciones prestadoras de salud; su función principal es la de asesorar, apoyar y formular recomendaciones sobre los aspectos éticos de casos presentados por personal de la salud involucrado en la toma de decisiones clínicas.

COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO: Organismo o junta cuya función primordial es analizar, para su autorización, las solicitudes presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, el suministro de medicamentos que están por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS). Está conformado por un (1) representante de la EPS, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), y un (1) representante de los usuarios.

COMPLICACIÓN: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

COMPLICACIONES ANESTÉSICAS: Fenómenos indeseables que aparecen como consecuencia de la anestesia.

CONCENTRACIÓN: Número de atenciones otorgadas a cada usuario por unidad de tiempo.

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de carácter permanente, adscrito al Ministerio de la Protección Social.

CONTINUIDAD: Capacidad del servicio de realizar actividades debidas en la secuencia apropiada y sin interrupción del proceso de atención al usuario, desde la primera atención hasta la satisfacción de sus necesidades, solicitudes y expectativas de salud.

CONTRARREFERENCIA: Es la respuesta que la IPS receptora de la referencia da al prestador que solicito la remisión.

CONTROL: Consiste en la atribución para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión.

COPAGO: Es el aporte en dinero que corresponde a una parte del valor del servicio requerido por el beneficiario; tiene como finalidad ayudar a financiar el sistema. Se cobra sólo a los afiliados beneficiarios (familiares del cotizante).NO se paga en: Actividades de promoción y Prevención, Atención Inicial de Urgencias y Enfermedades catastróficas.

COSTO MARGINAL: costo adicional para lograr una nueva unidad de producto o servicio.

COSTO UNITARIO: costo por unidad de producto o servicio logrado.

COSTOS FIJOS: Los no relacionados con la productividad.

COSTOS VARIABLES: costos que se incrementan de acuerdo a la productividad.

COSTOS: Dinero destinado para producir un producto o servicio.

COTIZACIÓN: Es la fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Régimen Contributivo y corresponde al monto del descuento que se le hace al pensionado, trabajador (dependiente e independiente) y del aporte que le corresponde al empleador. Corresponde al 12.5% del ingreso base de cotización.

COTIZANTE: Las personas, nacionales o extranjeras residentes en Colombia, que por estar vinculadas a través de un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o jubilados o trabajadores independientes con capacidad de pago, aportan parte de los ingresos para recibir los beneficios del sistema de salud.

CULTURA DE SEGURIDAD: Es el compartir una serie de valores y principios para promover un entorno seguro en la atención del paciente, que incluye el concepto de cultura justa.

CUOTAS MODERADORAS: Son los aportes en dinero que se cobra a todos los afiliados (cotizantes y a sus familiares) por servicios que éstos demanden que tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular el buen uso del servicio de salud, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las Entidades Promotoras de Salud.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA: El paciente es el dueño y titular de la historia clínica. Pero a quien corresponde en principio la custodia de la misma, es al prestador del servicio de salud que la generó en el caso de la atención. Teniendo derecho el paciente o su representante legal a que se le expida copia de su historia clínica.

CUSTODIA: Acción y efecto de guardar con vigilancia y cuidado.

DECLARACIÓN DE PRACTICAS DE CERTIFICACIÓN: Manifestación de la Entidad de Certificación sobre las políticas y procedimientos que aplica a los suscriptores y partes del servicio de certificación digital.

DECRETO 4747: Regula la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables de pago

DEDUCIBLE: Cantidad de dinero que abona un asegurado para recibir una atención profesional. Importe no cubierto por su póliza.

DEFENSOR DEL USUARIO EN SALUD: Es el vocero de los afiliados ante las respectivas Entidades Promotoras de Salud en cada departamento o en el Distrito Capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

DELEGACIÓN DE FUNCIONES: Procedimiento por el cual una organización, persona o estamento operativo, cede o deriva una o más de sus funciones o responsabilidades a otra persona, estamento o unidad, derivándole igualmente la responsabilidad de su eficiente cumplimiento.

DEMANDA OBSERVADA O EFECTIVA: Nivel de uso de los servicios.

DEMANDA DE SALUD: Conducta que una persona adopta en función de una necesidad, frente a la diversidad de la Oferta existente.

DEMANDA POTENCIAL O ESPERADA: Necesidad de atención manifiesta, captada mediante Encuestas. Volumen de personas que necesitan algún servicio de salud, pero no acuden a él. Es necesidad de atención, no convertida en Demanda.

DEMANDA REAL: Demanda de servicios que efectúa una población. Puede ser Manifiesta o No Manifiesta, según soliciten o no, atención profesional.

DEMANDA SATISFECHA: Solicitud de atención de las personas enfermas.

DEMOGRAFÍA: Ciencia que se ocupa de estudiar el número y distribución de una población en un área determinada. Lo logra con el uso de métodos *Estáticos* (censos) y *dinámicos (Intrínsecos*: registro de hechos vitales como nacimientos, muertes y *Extrínsecos* como registros de emigración e inmigración).

DENOMINACION: Nombre, título de una persona o cosa. Diccionario de la Real Academia de la lengua española.

DERECHO HABIENTE: Persona que tiene el derecho de recibir una atención por estar así considerado en su póliza de seguro.

DESCENTRALIZACIÓN: Proceso de delegación de decisión, responsabilidad y funciones o actividades que realiza el poder central de una entidad para simplificar su operatividad, con el objeto de lograr mayor cobertura y mejores resultados.

DESNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN: Por falta de soporte nutricional adecuado durante el período de ingreso. Pérdida de peso > 2% en una semana.

DIRECCION: Persona o conjunto de personas, encargadas de dirigir una empresa, establecimiento o sociedad.

DISPONIBILIDAD: Cantidad de Recursos por unidad de población a atender. Si solo es una lista de recursos, se le denomina inventario.

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN: Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial e prestadores de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

DISTRIBUCIÓN: Cambio en el espacio de las Variables de un servicio.

DOCUMENTO: Son datos o información que poseen significado y su medio de soporte, los documentos pueden ser registros, procedimientos, manuales, guías, protocolos, instrucciones, comunicaciones internas y externas entre otros. Resolución No. 0311 de marzo 07 de 2006.

EFFECTIVIDAD: Expresa cambios que la ejecución de un programa de trabajo, genera en una población. Relaciona Eficiencia y Eficacia. Relacionada con Indicadores de Efecto e Impacto.

EFICACIA: Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.

EFICIENCIA: Califica relación entre el logro de un Objetivo y el Recurso utilizado. Se mide con factores como el Costo, Utilización, Productividad, Rendimiento y Beneficio.

EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES: Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Empresas Promotoras de Salud o Administradoras del Régimen Subsidiado, deberá decidir sobre su liquidación.

EJE DE ASEGURAMIENTO: Su objetivo es vigilar el cumplimiento de los derechos derivados de la afiliación o vinculación de la población a un plan de beneficios de salud.

EJE DE ATENCIÓN AL USUARIO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL: Su objetivo es garantizar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud; de igual forma promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.

EJE DE FINANCIAMIENTO: Su objetivo es vigilar por la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sector salud.

EJE DE FOCALIZACIÓN DE LOS SUBSIDIOS EN SALUD: Vigilar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.

EJE DE INFORMACIÓN: Vigilar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.

EJE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA: Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

ELEMENTOS DE UN SERVICIO DE SALUD: Estructura, Procesos, Productos y Resultados.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE): Es una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud.

ENCUESTA: estudio que se realiza en base a una muestra poblacional de características y número especiales que permite tomar conocimiento de los hechos en un momento determinado y en una población específica

ENTIDAD DE CERTIFICACIÓN DIGITAL: Es aquella persona jurídica que, autorizada normas electrónicas de las personas, ofrecer o facilitar los servicios de registro y estampado cronológico de la transmisión y recepción de mensajes de datos, así como cumplir otras funciones relativas a la seguridad de comunicaciones basadas en las firmas electrónicas

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD (EPS): Son las entidades responsables de la afiliación, registro de los usuarios, del recaudo de las cotizaciones y de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Obligatorio, así como de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía.

ENTIDADES RESPONSABLES DE PAGO-ERP: Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, Eps contributivas y subsidiadas, Entidades adaptadas, Administradoras de riesgos profesionales.

EPICRISIS: Conjunto de fenómenos que se presentan después de haber pasado la crisis de una enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA: Especialidad médica que estudia la distribución de las enfermedades y otros indicadores del estado de salud de las poblaciones humanas, así como los factores causales y/o asociados con su distribución.

EQUIDAD: Distribución de Recursos en función de las necesidades de la población. A mayor necesidad, debería existir una mayor asignación de recursos.

ERROR ASISTENCIAL: Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso, puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y /o por omisión.

ESTACION DE TRABAJO: Computador conectado a una red de computadores.

ESTADÍSTICA: Disciplina o ciencia que tiende a recoger, caracterizar numéricamente y coordinar, grupos generalmente numerosos de hechos comúnmente complejos (Darmoir). En la Estadística se estudian Variables, Indicadores y se obtienen (entre muchísimos otros) los siguientes parámetros de análisis: Media Aritmética, Mediana, Modo, Razón, Proporciones, Porcentaje y Tasas.

ESTÁNDARES: Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida ó la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

ESTRATEGIA: Alternativas que se pueden optar para lograr los objetivos. Son las Variables Controlables.

ESTRUCTURA: Conjunto de Recursos (humanos, físicos, financieros y tecnológicos) necesarios para producir una actividad.

EVENTO ADVERSO: Lesiones o complicaciones involuntarias que se presentan durante la atención en salud, derivadas del proceso asistencial, que pueden llevar a: incapacidad o deterioro de la salud, aumento de la estancia hospitalaria y de los costos de “NO CALIDAD”, Y/o muerte del usuario.

EVENTO CENTINELA: Evento adverso grave que ocasiona prolongación de la estancia hospitalaria, algún tipo de incapacidad transitoria o permanente o la muerte y que requiere de intervención organizacional inmediata para evitar su recurrencia

EVENTOS DEPORTIVOS, GALLÍSTICOS, CANINOS Y SIMILARES: Son modalidades de juegos de suerte y azar en las cuales las apuestas de los jugadores están ligadas a los resultados de eventos deportivos, gallísticos, caninos y similares, tales como el marcador, el ganador o las combinaciones o aproximaciones preestablecidas. El jugador que acierte con el resultado del evento se hace acreedor a un porcentaje del monto global de las apuestas o a otro premio preestablecido.

EXCELENCIA TÉCNICA: Fiabilidad, Profesionalidad, Credibilidad y Seguridad

EXCLUSIONES: Son todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, excluidas del Plan Obligatorio de Salud.

FACTOR CONTRIBUTIVO: Condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga, conocimiento, pericia o experiencia inadecuados, supervisión o instrucciones insuficientes, entorno estresante, cambio rápidos al interior de la organización, sistemas de comunicación deficientes, mala o equivocada planeación en programación de turnos, mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

FACTOR DE RIESGO ASISTENCIAL: Elemento, condición o característica que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de generar un resultado clínico no deseable.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD: Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (fallas de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

FIRMA DIGITAL: Se entenderá como un valor numérico que se adhiere a un mensaje de datos y que, utilizando un procedimiento matemático conocido, vinculado a la clave del iniciador y al texto del mensaje permite determinar que este valor se ha obtenido exclusivamente con la clave del iniciador y que el mensaje inicial no ha sido modificado después de efectuada la transformación.

FOLDER: Cubierta con la que se resguardan los documentos, para su conservación, es de aclarar que el folder tiene una mayor capacidad de volumen que las carpetas. Manual de Archivo del H.F.L.L.A.

FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA: Es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública (Ley 80 de 1993), compuesto por cuatro (4) subcuentas a saber: Compensación, Solidaridad, Promoción de la salud y Enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la ley.

FORMATO: Formulario para registrar los datos, después de diligenciados se convierten en registros.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN: Formato mediante el cual se declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, con el propósito de inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

FORMULARIO: Conjunto de campos en blanco disponibles para ser diligenciados. Incluye los llamados formatos, tarjeteros, fichas de administración de medicamentos, entre otros.

FRECUENCIA: Número de veces que se repite un proceso periódico por unidad de tiempo. Diccionario de la Real Academia de la lengua española.

FUENTES DE INFORMACIÓN.- DEMOGRÁFICAS: Censos, Estadísticas Vitales (nacimientos y muertes). Encuestas Demográficas y de Salud.

FUENTES DE INFORMACIÓN.- ESPECIALES: Investigaciones que se aplican a casos particulares.

FUENTES DE INFORMACIÓN: INSTITUCIONALES: Estadísticas de Servicios de Salud. Informes de Programas

GRUPOS DE INTERÉS: Están constituidos por los usuarios, clientes como las empresas administradoras de planes de beneficios y otros prestadores, la junta directiva, los servidores públicos, los proveedores, los organismos de control y vigilancia y la comunidad en general.

GRUPOS DE INTERÉS: Están constituidos por los usuarios, clientes como las empresas administradoras de planes de beneficios y otros prestadores, la junta directiva, los servidores públicos, los proveedores, los organismos de control y vigilancia y la comunidad en general.

GUÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN: Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática en salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, Población objeto, alcance, recomendaciones, algoritmos de manejo y su metodología de realización debe de ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, las guías deben de tener mecanismos de difusión, capacitación, evaluación y retroalimentación. Basados en la evidencia. Anexo técnico No. 02 De la Resolución No. 1043 del 3 de abril de 2006.

HABILITACIÓN: Cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema único de habilitación, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud.

HISTORIA CLÍNICA: Documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente en los casos previstos por la ley.

HOSPITAL. La O.M.S. los define de la siguiente manera: "Es un elemento de una organización de carácter médico y social, cuya función consiste en asegurar a la población una asistencia médica completa, curativa y preventiva y cuyos servicios irradian hasta la célula familiar considerada en su propio contexto: es también un centro de enseñanza médica y de investigaciones biosociales.

IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS: Impuesto pagado por quienes porten en el territorio nacional armas de fuego, el cual será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El monto del impuesto es del 10% de un salario mínimo mensual

IMPUESTO SOCIAL A LAS MUNICIONES Y EXPLOSIVOS: Impuesto ad-valorem con una tasa del 5%.

INCIDENCIA: Mide probabilidad de enfermar antes de que suceda el daño.

INCIDENTE: Suceso aleatorio imprevisto e inesperado que no produce daño al paciente ni pérdidas materiales o de cualquier tipo. Un hecho que no descubierto o corregido a tiempo puede implicar problemas para el paciente.

INDICADORES: Elementos de evaluación de las Variables o cualidades de un servicio. Son la medida operativa de una Variable. Expresan de manera simple y resumida las características de un hecho a ser evaluado.

INDICIO DE ATENCIÓN INSEGURA: Un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

INFORMACIÓN PRIMARIA: Información proveniente de fuentes externas con las cuales el hospital está en permanente contacto como son la ciudadanía, los proveedores, los contratistas, los entes reguladores, las fuentes de financiación y otros organismos. También aquellas variables que afectan el desempeño de la institución aunque no están en relación directa ni constante con el hospital como el ambiente político, las tendencias sociales, las variables económicas y el avance tecnológico.

INFORMACIÓN SECUNDARIA: conformada por el conjunto de datos que se origina y/o procesan al interior de la entidad proveniente del ejercicio de sus funciones

INFORME: Es un documento que contiene valor agregado análisis.

INFORMES TÉCNICOS: Documentos en los que se compara los Procedimientos y Resultados alcanzados con Normas, Metas y Estándares, expresados en Indicadores Cuantitativos e Indicadores Cualitativos

INSCRIPCIÓN: Procedimiento mediante el cual el Prestador de Servicios de Salud, luego de efectuar la auto evaluación y habiendo constatado el cumplimiento de las condiciones de habilitación, radica el formulario de inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

INSPECCIÓN: Es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD (IPS): Son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los habitantes del territorio colombiano. Pueden ser clínicas, hospitales, centros de salud, grupos de profesionales que ofrecen un servicio, instituciones de rehabilitación, consultorios, entre otros.

INSTRUCTIVO: Documento que describe de forma detallada el "como" desarrollar una actividad dentro de un procedimiento

INSTRUMENTO: Lo que sirve de medio para un fin

INTEGRALIDAD: Capacidad de un servicio, para identificar todas las necesidades clínicas del usuario y de procurar los medios para tratarlas con acciones preventivas, curativas y de rehabilitación.

INTEGRIDAD: Significa que la información enviada a través de un mensaje de datos no carece de alguna de sus partes, como tampoco ha sido transformada.

INTERFACE: Comando o Métodos que permite la intercomunicación del programa con cualquier otro programa o entre sus partes (módulos).

INTERNET: Es un método de interconexión descentralizada de redes de computadoras implementado en un conjunto de protocolos denominado TCP/IP y garantiza que redes físicas heterogéneas funcionen como una red lógica única, de alcance mundial.

INTERVENCIÓN: Se entiende por intervención las acciones y medidas especiales de intervención forzosa para administrar o liquidar las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud; tendientes a garantizar la prestación de los servicios de salud y los derechos de los usuarios, y la generación y flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con eficiencia y eficacia.

INTRANET: Una Intranet es una red de ordenadores de una organización, basada en los estándares de Internet.

JUEGOS DE SUERTE Y AZAR: Son aquellos juegos en los cuales, según reglas predeterminadas por la ley y el reglamento, una persona, que actúa en calidad de jugador, realiza una apuesta o paga por el derecho a participar, a otra persona que actúa en calidad de operador, que le ofrece a cambio un premio, en dinero o en especie, el cual ganará si acierta, dados los resultados del juego, no siendo este previsible con certeza, por estar determinado por la suerte, el azar o la casualidad.

JUEGOS LOCALIZADOS: Son modalidades de juegos de suerte y azar que operan con equipos o elementos de juegos, en establecimientos de comercio, a los cuales asisten los jugadores como condición necesaria para poder apostar, tales como los bingos, vídeo-bingos, esferódromos, máquinas tragamonedas, y los operados en casinos y similares.

JUEGOS NOVEDOSOS: Son cualquier otra modalidad de juegos de suerte y azar distintos de las loterías tradicionales o de billetes, de las apuestas permanentes y de los demás juegos a que se refiere la ley de régimen propio. Se consideran juegos novedosos, entre otros, la lotto preimpresa, la lotería instantánea, el lotto en línea en cualquiera de sus modalidades y los demás juegos masivos, realizados por medios electrónicos, por Internet o mediante cualquier otra modalidad en tiempo real que no requiera la presencia del apostador.

JUEGOS PROMOCIONALES: Son las modalidades de juegos de suerte y azar organizados y operados con fines de publicidad o promoción de bienes o servicios, establecimientos, empresas o entidades, en los cuales se ofrece un premio al público, sin que para acceder al juego se pague directamente.

LAN: Red de área local es una red computadores que tiene como espacio o cobertura una organización a nivel local.

LEGAJADOR: Carpeta o cubierta en donde se guardan y ordenan papeles, legajos y documentos. Diccionario de la Real Academia de la lengua española.

LEGAJO: En los archivos es el conjunto de documentos que forman una unidad documental. Es aquel que está formado por un fondo documental, una sección y/o subsección, una serie y/o subseries documental debidamente foliado (enumerado de forma ascendente) máximo 200 folios, con rotulo y con gancho plástico.

LIBRE ESCOGENCIA: Es el principio del Sistema General de Seguridad Social en Salud que le da al afiliado la facultad de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud cual le administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio. A su vez, la Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger, entre un número plural de prestadores, la o las Instituciones Prestadoras de servicios a través de las cuales accederá al Plan Obligatorio de Salud.

LICENCIA DE FUNCIONAMIENTO: Autorización que otorgan las Entidades territoriales para que un servicio de salud pueda iniciar sus funciones.

LOTERÍA TRADICIONAL: Es una modalidad de juego de suerte y azar realizada en forma periódica por un ente legal autorizado, el cual emite y pone en circulación billetes indivisos o fraccionados de precios fijos singularizados con una combinación numérica y de otros caracteres a la vista obligándose a otorgar un premio en dinero, fijado previamente en el correspondiente plan al tenedor del billete o fracción cuya combinación o aproximaciones preestablecidas coincidan en su orden con aquella obtenida al azar en sorteo público efectuado por la entidad gestora.

MANUAL DE FUNCIONES: Documento que debe existir en toda empresa en donde se describen las responsabilidades de cada uno de los integrantes de la organización.

MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS: Documento que debe existir en toda empresa en donde se describe la estructura administrativa y organizativa, así como los distintos procedimientos que deben ser seguidos para desarrollar las distintas actividades.

MARKETING. “Sistema integral de actividades diseñado para planear, fijar precios, promover y distribuir bienes y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores actuales y potenciales”. (Stanton William)

MEDIA ARITMÉTICA: Es una medida de posición utilizada en Estadística y representa la suma de valores de cada observación o Variable, dividida entre el número de observaciones efectuadas. Es el promedio que se utiliza frecuentemente.

MEDIANA: Es una medida de posición utilizada en Estadística y permite determinar cuál es el valor de la observación ubicada en el medio del conjunto de observaciones efectuadas. El número de casos u observaciones que se encuentran por debajo de la Mediana debe ser igual a la cantidad de observaciones que se encuentren por encima de ella.

MEDICINA PREPAGADA: Sistema de Atención Médico y odontológica, donde su principal objetivo es cubrir de manera integral los servicios de salud que requieren los usuarios haciendo énfasis en la Medicina Preventiva.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD, Elementos para: Observación, Entrevistas y Aplicación de Hojas de Quejas o Reclamos.

MENSAJE DE DATOS: Es la información generada, enviada, recibida, almacenada o comunicada por medios electrónicos, ópticos o similares, como el correo electrónico e Internet.

MISIÓN: Es la finalidad para la cual ha sido creada una determinada Entidad. Dicha finalidad se asocia a los deberes primordiales que presta el Estado, denominados Funciones para efectos presupuestarios. (Resolución Directoral N° 007-99-EF/76.01, Glosario de Términos de Gestión Presupuestaria del Estado, publicada el 23 de febrero de 1999).

MODO: Es el valor más frecuente que se repite en una serie de observaciones. La Variable más presente.

MONOPOLIO DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR: Se define como la facultad exclusiva del Estado para explotar, organizar, administrar, operar, controlar, fiscalizar, regular y vigilar todas las modalidades de juegos de suerte y azar, y para establecer las condiciones en las cuales los particulares pueden operarlos, facultad que siempre se debe ejercer como actividad que debe respetar el interés público y social y con fines de arbitrio rentístico a favor de los servicios de salud, incluidos sus costos prestacionales y la investigación

MORBILIDAD: Mide la frecuencia de enfermedad en una población específica. Se expresa como Incidencia y Prevalencia.

NO REPUDIO: Cuando un mensaje de datos se encuentra firmado a través de una firma digital el iniciador del mensaje de datos no podrá negar su conocimiento y los compromisos adquiridos a partir de este.

NORMAS: Documentos (o Conceptos) que explican detalladamente determinadas condiciones que deben ser cumplidas por todos quienes guardan relación con la prestación de un servicio médico.

OBJETIVO: Concepto a ser alcanzado o fin de todo establecimiento de salud hacia cuya consecución se deben orientar todos los esfuerzos operativos, humanos y presupuestarios. Es lo que se quiere lograr. Pueden ser de tipo cualitativo y cuantitativo. Deben ser Adecuados, Realistas, Oportunos, Mensurables y Aceptables.

OFERTA.- FACTORES QUE LA REGULAN: Infraestructura y Equipamiento; Recursos financieros, humanos y materiales y Tecnología: procesos, protocolos, estándares.

OFERTA: Capacidad de producir actividades. Se mide a través de Indicadores de Cantidad (producción, productividad, rendimiento) y de Calidad (capacidad de respuesta, calidad humana, cortesía, etc.)

OPORTUNIDAD: Capacidad del servicio para intervenir en el debido tiempo.

ORGANIGRAMA: Representación gráfica simplificada de la estructura operativa de una empresa.

ORGANIZACIÓN FORMAL: Es aquella en la que sí se han determinados los ámbitos, alcances y características de las relaciones interpersonales y sociales.

ORGANIZACIÓN INFORMAL: Manera de constitución de una entidad en la cual las relaciones interpersonales y operativas se desarrollan sin establecerse normas de cumplimiento estricto.

PARTE CONFIANTE: Persona que recibe, hace uso o confía de cualquier manera en los certificados digitales emitidos por una Entidad de Certificación y que por lo tanto se vincula jurídicamente por los términos de la Declaración de Prácticas de Certificación de la Entidad.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA: Es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: Es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias para participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: Proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social. Comprende la participación ciudadana y comunitaria.

PARTICIPACIÓN: La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

PERÍODO DE CARENCIA: Lapso de tiempo en el cual el asegurado no tiene derecho a asistencia médica, por haber ingresado a una póliza.

PERÍODO DE LATENCIA: Lapso de tiempo en el cual el afiliado mantiene su derecho de atención médica, a pesar de haber cesado su relación de dependencia con la empresa que lo tenía contratado o protegido.

PERÍODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN: La ley de Seguridad Social en salud eliminó las Preexistencias, pero establece períodos mínimos de cotización, para tener derecho a acceder a determinados servicios de alto costo incluidos dentro del POS.

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD (PAB): Es un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en Salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad, el cual se realiza con participación social donde se tienen en cuenta la capacidad efectiva del ciudadano y sus organizaciones para que influyan en las decisiones que le afectan en especial aquellas que contribuyen al desarrollo social y al bienestar humano, con base en los principios de Equidad, Solidaridad y Universalidad consagrados en las constituciones.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS): Son los servicios de salud determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a que tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PLANILLA INTEGRADA DE PAGO DE APORTES: Es un formato electrónico que facilita a los aportantes realizar el pago integrado de los aportes a la Seguridad Social y demás parafiscales, a través de transferencias electrónicas de fondos.

POLÍTICA DEL PROGRAMA PACIENTE SEGURO: El HFLLA E.S.E. se compromete a brindar un entorno seguro mitigando los riesgos y acciones inseguras, generando y manteniendo una cultura de seguridad y disponiendo de los recursos necesarios para identificar, prevenir y reducir todos los riesgos derivados de los procesos de la atención médico asistencial.

POLÍTICAS DE INFORMACIÓN: Establecen y señalan las orientaciones para que todos los servidores del Hospital, estén al tanto de los lineamientos generales para manejar la información del hospital en desarrollo de cada uno de los procesos y procedimientos para el cumplimiento de la misión y los objetivos propuestos en el Plan de Desarrollo Institucional por parte de cada uno de los servidores públicos.

PÓLIZA: Documento suscrito por la persona por medio de la cual alguna empresa cubre a su favor, la prestación de diversos servicios médicos y odontológicos.

Por causa: número de muertes por una enfermedad específica / población a mitad de año por 1,000

Por edad: Número de personas de determinada edad muertas en un año / población total a mitad de año por 1,000

PORCENTAJE: Valor utilizado en Estadística que representa UN VALOR DE UNA proporción, multiplicado por 100.

PRACTICA SEGURA: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

PRESTACIÓN: Servicio profesional que se otorga a un paciente.

PRESTADORES SERVICIOS DE SALUD-IPS: Son las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos profesionales que cuenten con infraestructura física para brindar servicios de salud, los cuales requieren estar habilitados.

PREVALENCIA: Mide la magnitud de una enfermedad cuando esta ya se produjo.

PRINCIPIOS ÉTICOS INSTITUCIONALES. Son los lineamientos que guían las actitudes, prácticas y comportamientos de los servidores públicos y de todas las personas que conforman la comunidad hospitalaria.

PROCEDIMIENTO: Forma específica de llevar a cabo las actividades de un proceso. Resolución No. 0311 de marzo 07 de 2006.

PROCESO: Secuencia de actividades lógicamente relacionadas que emplean recursos de la organización, a los cuales se les agrega valor para dar resultados o productos definidos para un usuario interno o Externo, en apoyo a los objetivos de la institución. Resolución No. 0311 de marzo 07 de 2006.

PRODUCCIÓN: Cantidad total de productos elaborados o alcanzados.

PRODUCTIVIDAD: Cantidad de Productos alcanzados por unidad de recurso disponible por unidad de tiempo. Fórmula: Cantidad total de productos alcanzados / cantidad total de recursos existentes. Se le considera también: Utilización por Rendimiento

PRODUCTOS: Unidades en que se expresa la prestación del servicio (Atendidos, Atenciones, Medicamentos, etc.).

PROFESIONAL INDEPENDIENTE: Toda persona natural reconocida por la Ley como profesional, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo en los niveles técnico y auxiliar.

PROTOCOLO DE LONDRES: Herramienta que cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones, bien estructurada que facilita la investigación clara y objetiva de los incidentes o eventos adversos.

PROTOCOLO: Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe de ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones solo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen. Anexo técnico No. 02 De la Resolución No. 1043 del 3 de abril de 2006.

PROVEEDOR DE SERVICIOS: Profesional que presta servicios a la cartera de clientes de alguna empresa.

QUIRÓFANO: Incluye salas de cirugía y área de recuperación

RAZÓN: Valor utilizado en Estadística que representa el cociente entre dos cifras que pueden representar elementos de diferente género.

REACCIÓN TRANSFUSIONAL: Aglutinaciones y hemólisis intravasculares masivas de los hematíes que aparecen después de una transfusión sanguínea.

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS: Referidas a alteraciones y/o lesiones producidas cuando los medicamentos se utilizan de manera apropiada, las cuales son difícilmente evitables.

RED DE COMPUTADORES: Conjunto de computadores conectados por medio de cableado estructurado o medios inalámbricos para compartir recursos (Software – Hardware)

RED DE PRESTACION DE SERVICIOS: Conjunto articulado de ips, ubicados en un espacio geográfico que responde a las características de la ERP, en la prestación de un servicio de salud el cual garantice calidad y respuesta oportuna según las necesidades de la población.

REFERENCIA: Envío de pacientes o ayudas diagnosticas por parte de una IPS a otra IPS para complementar la atención, según el nivel de complejidad y la capacidad de respuesta a lo solicitado.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias con capacidad de pago al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través de un aporte o cotización.

RÉGIMEN SUBSIDIADO: Conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad de Seguridad social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen fue creado con el propósito de financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de pago de cotizar.

REGIMENES DE EXCEPCIÓN: Son los sistemas de salud, que por decisión del legislador, cuentan con unas normas y una administración para la prestación de los servicios de salud diferente a sus beneficiarios diferente a la establecida para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD: Base de datos de Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados.

REGISTRO: Son un tipo especial de documento, por medio de estos se presentan resultados obtenidos y evidencia de actividades desempeñadas, por lo general se utilizan formatos para registrar los datos.

REINGRESO: Nueva hospitalización en un plazo inferior a 20 días para pacientes hospitalizados o menos de 72 horas en pacientes atendidos en urgencias.

RENDIMIENTO: Número de productos alcanzados por unidad de recurso utilizado.

REPORTE: Listado que se emite con base en información almacenada o un evento.

RESULTADOS: El uso de servicios por la población, genera Resultados que pueden ser inmediatos (cura de una enfermedad) o Mediatos (Disminuir mortalidad)

RESUMEN EJECUTIVO: Documento en donde se procesa y relaciona la Misión y Visión de un servicio de salud con los objetivos a mediano y largo plazo.

RIESGO ASISTENCIAL: Es la probabilidad de obtener un resultado no deseable o negativo durante el proceso de atención asistencial. Incluye al paciente, el trabajador y al cuidador primario.

RIESGO: Se define como la posible ocurrencia de un Hecho

RIFA: Es una modalidad de juego de suerte y azar en la cual se sortean, en una fecha predeterminada premios en especie entre quienes hubieren adquirido o fueren poseedores de una o varias boletas, emitidas en serie continua y puestas en venta en el mercado a precio fijo por un operador previa y debidamente autorizado.

SALUD PÚBLICA: Está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Propone las estrategias para mejorar el sistema de la salud y la seguridad del paciente, declarada un componente fundamental de la calidad del cuidado. Los pacientes pueden ser especialmente vulnerables a lesiones durante este período porque pueden tener debilidades funcionales y porque la discontinuidad puede ocurrir en la interface del cuidado agudo y del cuidado ambulatorio.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida, en especial los que menoscaban la salud y la capacidad económica.

SEGURIDAD SOCIAL: Es un servicio público esencial y obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidas en las leyes que regulan la materia.

SEGURIDAD: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias

SERVIDOR: Computador principal de una red de computadores, que provee recursos a los clientes.

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO: Conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

SISTEMA DE INFORMACION: Es la Captura, almacenamiento, transmisión, análisis y seguridad de la Información. Resolución 1445 de 2006, modificada por la Resolución 3960 del 2008 de Acreditación de Servicios en Salud.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar, conservar o procesar de alguna otra forma mensajes de datos.

SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL: Conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN: Herramientas tecnológicas que utiliza el recurso humano para el desarrollo de los procesos y el logro de los objetivos con generación de información orientada a soportar la gestión de operaciones del Hospital.

SITIO WEB: Es el sitio (s) o pagina (s) Web, ubicado (s) en la red pública Internet, que utilice la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir con lo dispuesto frente a las comunicaciones electrónicas con sus vigilados.

SUICIDIO: Acción por la que un sujeto se quita la vida de modo voluntario e intencionado.

SUSCRIPTOR: Persona a cuyo nombre se expide un certificado.

SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN: Es el acto de separar temporalmente al afiliados del acceso a los servicios de Salud a través de su EPS. Sólo procederá la desafiliación a una EPS, en los siguientes casos: a) Transcurridos tres (3) meses continuos de suspensión de la afiliación por causa del no pago de las cotizaciones. b) Cuando el trabajador dependiente pierde tal calidad e informa a la EPS que no tiene capacidad de pago para continuar afiliado como independiente. c) Para los afiliados beneficiarios, cuando transcurran tres meses de suspensión y no se entreguen los soportes de la afiliación requeridos por la EPS. d) En caso de fallecimiento del cotizante, también se producirá la desafiliación de sus beneficiarios, salvo que exista otro cotizante en el grupo familiar, caso en el cual quedará como cabeza de grupo. e) Cuando la EPS compruebe la existencia de un hecho extintivo de la calidad de afiliado, cuya novedad no haya sido reportada. f) Cuando la Superintendencia Nacional de Salud defina quejas o controversias de multifiliación.

TABLA DE RETENCIÓN: Lista de series o tipos documentales a los cuales se asigna el tiempo de permanencia en cada etapa de su ciclo vital, así como su destino una vez finalizada su vigencia administrativa, legal o fiscal.

TASA DE ATAQUE SECUNDARIO: Indicador que mide la velocidad de propagación de una enfermedad entre los contactos de un caso de enfermedad transmisible. Fórmula: Número de Casos secundarios / Total de contactos examinados.

TASA DE ATAQUE: Número de casos que se presenta en un período muy corto de tiempo como en una epidemia.

TASA DE DENSIDAD DE INCIDENCIA: Número de casos nuevos de enfermedad iniciados / población expuesta x Tiempo – Personas observadas Ej.: 20 personas observadas en 5 años = 100 años persona observada.

TASA DE INCIDENCIA ACUMULADA: Número de casos nuevos / población al inicio del período.

TASA DE INCIDENCIA: Casos nuevos de una enfermedad aparecidos en un período específico de tiempo.

TASA DE MORTALIDAD GENERAL: Número de defunciones en un año / Población total a mitad de año.

TASA: Valor utilizado en Estadística en el cual el Numerador representa una parte de la población y el Denominador a la Población Total expuesta a un factor de riesgo o de uso determinado que se esté estudiando u observando.

TENDENCIA: Cambio en el tiempo de las Variables de un servicio.

TITULO VALOR: Documento creado por dos personas para probar la existencia de un compromiso.

TRASLADO: Es el derecho que tienen los afiliados para cambiarse a otra Entidad Promotora de Salud, una vez se cumpla con el período mínimo de permanencia exigido o se configuren las causales definidas para tal fin por las disposiciones legales vigentes.

VALORES INSTITUCIONALES: Son las cualidades y virtudes personales que rigen y orientan las actitudes y comportamientos de la comunidad hospitalaria.

VARIABLES: Características o atributos de un servicio, medidas por Indicadores.

VERIFICACIÓN: Procedimiento establecido mediante plan de visitas para verificar el cumplimiento de condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud. Es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

VERIFICADORA DE DERECHOS: Auxiliar administrativa quien busca por nombres y documento de identidad en las bases de datos la entidad a la cual pertenece un usuario y los beneficios a que tiene derecho

VIGILANCIA: Vigilancia, consiste en la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de este.