

**DISEÑO DEL MODELO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE UNA IPS
PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
EN SALUD DEL POS**

HERNÁN ALFONSO CORTES RAMÍREZ



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008**

**DISEÑO DEL MODELO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE UNA IPS
PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
EN SALUD DEL POS**

HERNÁN ALFONSO CORTES RAMÍREZ

**Proyecto de grado presentado para optar al título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Director:
Dr. HERNANDO BALLESTEROS**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2008**

DEDICATORIA

Al Doctor Hernando Ballesteros por guiarme en la realización de este trabajo y a todos los docentes de la especialización en administración de servicios de salud por sus valiosas enseñanzas.

AGRADECIMIENTOS

A todos los colombianos, como contribución al mejoramiento de la calidad de vida.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN.....	17
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 GENERAL.....	18
3.2 ESPECÍFICOS	18
4. MARCO TEORICO	19
4.1 SITUACION DE SALUD EN SANTANDER 2005 Y 2006.....	19
4.2 SITUACION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EVITABLE EN EL PAIS Y EN SANTANDER.....	28
4.3 ANTECEDENTES DE la PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	32
4.3.1 Antecedentes lejanos a la carta de ottawa	32
4.3.2 Antecedentes cercanos a la Carta de Ottawa.....	33
4.3.3 Carta de Ottawa.....	34
4.3.4 Otras declaraciones y documentos que siguieron a la carta de Ottawa (4)	35
4.4 CONCEPTOS BÁSICOS.....	36
4.4.1 La Salud.....	36
4.4.2 Promoción de la salud	37
4.4.3 Prevención de la enfermedad	37
4.4.4. Ideales de buen vivir.....	38
4.4.5 Educación para la salud.....	38
4.4.6 Diferencias y similitudes entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	39
4.4.7 La lógica preventivista y la lógica de la promoción de la salud.....	41
4.5 MODELOS O PARADIGMAS EN SALUD.....	42
4.6 MARCO POLÍTICO Y LEGAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA	44
4.6.1 Antes de la Ley 100	44
4.6.2 Ley 100 de 1993.....	45
4.6.3 Ley 1122 de 2007	47
4.7 NORMATIVIDAD PARA LA HABILITACIÓN DE UNA IPS.....	50
4.7.1 Normas	50
4.7.2 Estándares para la habilitación de una IPS con el servicio de promoción y prevención	51
4.8 GESTIONES DE CREACIÓN, CONSTITUCIÓN Y LEGALIZACIÓN DE UNA IPS (11)	59
4.8.1 Registro único empresarial	59
4.8.2 Requisitos.....	60
4.8.3 Gestiones de funcionamiento	61
5. CONCLUSIONES	62
6. DISEÑO DEL MODELO DE IPS.....	63

6.1 DIRECTRICES.....	63
6.1.1 Misión	63
6.1.2 Visión	63
6.1.3 Objetivos corporativos	63
6.1.4 Valores.....	64
6.2 MODELO DE ATENCION	64
6.2.1 Objetivo general del modelo	64
6.2.2 Objetivos específicos del modelo	65
6.2.3 Características del modelo	65
6.2.4 Estructura organizativa del modelo.....	66
6.2.5 Funciones de los integrantes del modelo.....	67
6.3 PROCESO ASISTENCIAL	72
6.4 ESTRATEGIAS DE MERCADEO.....	73
6.5 ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD	74
6.6 HISTORIAS CLINICAS.....	74
6.7 PROCESOS	75
6.8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	76
6.8.1 Programas de protección específica.....	76
6.8.2 Programas de detección temprana	80
6.9 PLANILLA DE PERSONAL	85
6.10 FORMAS DE CONTRATACION	86
6.11 INDICADORES DE GESTIÓN	86
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	91
ANEXOS.....	93

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Principales diagnósticos en consulta externa, menores de 12 años, Santander 2005.	19
Figura 2. Principales diagnósticos en urgencias, menores de 12 años, Santander 2005.	20
Figura 3. Principales diagnósticos en hospitalización, menores de 12 años, Santander 2005.	20
Figura 4. Principales diagnósticos en consulta externa, mayores de 12 años. Santander 2005.	21
Figura 5. Principales diagnósticos en urgencias, mayores de 12 años, Santander 2005.	21
Figura 6. Principales diagnósticos en hospitalización mayores de 12 años, Santander 2005.	22
Figura 7. Principales diagnósticos en consulta externa, menores de 12 años, Santander 2006.	22
Figura 8. Principales diagnósticos en urgencias, menores de 12 años, Santander 2006.	22
Figura 9. Principales diagnósticos en hospitalización, menores de 12 años, Santander 2006.	22
Figura 10. Principales diagnósticos en consulta externa, mayores de 12 años. Santander 2006.	23
Figura 11. Principales diagnósticos en urgencias, mayores de 12 años, Santander 2006.	23
Figura 12. Principales diagnósticos en hospitalización mayores de 12 años, Santander 2006.	24
Figura 13. Principales causas de mortalidad en menores de 1 año, Santander 2005.	24

Figura 14. Principales causas de mortalidad en niños de 1 a 4 años, Santander 2005.	26
Figura 15. Principales causas de mortalidad en edades de 5 a 14 años, Santander 2005.	26
Figura 16. Principales causas de mortalidad en edades de 15 a 44 años, Santander 2005.	27
Figura 17. Principales causas de mortalidad en edades de 45 a 64 años, Santander 2005.	27
Figura 18. Principales causas de mortalidad en edades de 65 años y mas, Santander 2005.	28
Figura 19. Defunciones en mujeres gestantes y en el puerperio, Santander 1998-2004.	28
Figura 20. Tasa de mortalidad perinatal Colombia 1990-2004.	29
Figura 21. Situación en Santander: muertes maternas 1998-2004.	29
Figura 22. Comportamiento de la muerte perinatal, Santander 1998-2004	30
Figura 23. Causas directas de la mortalidad materna en Colombia.	31
Figura 24. Lógica de la prevención.	41
Figura 25. Lógica de la promoción.	41
Figura 26. Modelos de salud.	43

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Reporte indicadores centinela de calidad régimen subsidiado 1 de abril de 2005 a 31 de marzo de 2006.	30
Cuadro 2. Deficiencias en la atención encontradas en el análisis de las muertes perinatales en Bucaramanga 2004-2005.	31
Cuadro 3. Clasificación final de evitabilidad de muerte y causa básica de defunción.	32
Cuadro 4. Planilla de personal.	85

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Organigrama	94
Anexo 2. Diagrama proceso asistencial	95
Anexo 3. Mapa de procesos	96

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DE UN MODELO DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE UNA IPS PARA DESARROLLAR LOS PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD DEL POS*

AUTOR: HERNAN ALFONSO CORTES RAMIREZ**

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, resolución 412, IPS, modelo social de la salud.

DESCRIPCIÓN O CONTENIDO:

Los programas de promoción y prevención en salud establecidos en la resolución 412 como parte del plan obligatorio de salud a que tienen derecho los afiliados y beneficiarios al SGSSS (sistema general de seguridad social en salud), han sido ineficaces para reducir los índices de morbilidad y mortalidad evitable en el país; el autor cree que esto se debe a que en las IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) estos programas se desarrollan bajo un paradigma biologicista de la salud y con una concepción no adecuada de la promoción de la salud, hipótesis que confirma después de realizar una revisión detallada de los conceptos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de los modelos biologicista y social de la salud

Como posible solución a la problemática planteada, el autor se propone como objetivo principal elaborar un modelo de estructura organizacional de una IPS para desarrollar estos programas, basado en el paradigma social de la salud y en el concepto de promoción de la salud, ya que al existir una IPS con estas características, se podrá contribuir a mejorar la salud colectiva y de esta manera mejorar la situación de salud de la población colombiana, que por un lado trae mayor calidad y cantidad de vida a las personas y por otro protección financiera a las aseguradoras.

La metodología utilizada para lograr este fin, fue la revisión detallada de los antecedentes y conceptos en promoción y prevención en salud, de las diferencias y similitudes entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de los modelos biologicista y social de la salud, de el marco legal de la promoción de la salud en Colombia, de la normatividad para la habilitación y legalización de una IPS.

* Proyecto de Grado

** Universidad Industrial de Santander. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Hernando Ballesteros, Director.

ABSTRACT

TITLE: DESIGN OF A MODEL OF IT STRUCTURES ORGANIZATIONAL OF AN IPS TO DEVELOP THE PROGRAMS OF PROMOTION AND PREVENTION IN HEALTH OF THE SEARCH * .

AUTHOR: HERNAN ALFONSO CORTES RAMIREZ **

KEY WORDS: Promotion of the health, prevention of the illness, resolution 412, IPS, social model of the health.

DESCRIPTION OR CONTENT:

The promotion programs and prevention in health settled down in the resolution 412 like part of the obligatory plan of health to that you/they are entitled the members and beneficiaries to the SGSSS (general system of social security in health), they have been ineffective to reduce the morbilidad indexes and avoidable mortality in the country; the author believes that this is due to that in the IPS (Institution Prestadora of Services of Health) these programs are developed under a paradigm biologicista of the health and with a non appropriate conception of the promotion of the health, hypothesis that confirms after carrying out a detailed revision of the concepts of the promotion of the health and the prevention of the illness and of the model biologicista and social of the health

As possible solution to the outlined problem, the author intends as main objective to elaborate a model of organizational structure of an IPS to develop these programs, based on the social paradigm of the health and in the concept of promotion of the health, since when existing an IPS with these characteristics, one will be able to contribute to improve the collective health and this way to improve the situation of the Colombian population's health that on one hand he brings bigger quality and quantity from life to people and for another financial protection to the insurance companies.

The methodology used to achieve this end, was the detailed revision of the antecedents and concepts in promotion and prevention in health, of the differences and similarities between the promotion of the health and the prevention of the illness, of the model biologicista and social of the health, of the legal mark of the promotion of the health in Colombia, of the normatividad for the qualification and legalization of an IPS.

* Project of Grade

** Industrial University of Santander. Ability of Health. Department of Public Health. Specialization in Administration of Services of Health. Hernando Ballesteros, Director

INTRODUCCIÓN

En Colombia, a partir de la **ley 100** del 1993 los servicios sanitarios se separaron en dos grandes categorías: los servicios de salud pública y los servicios de beneficio individual y con base en esta separación se organizaron dos paquetes de beneficios conocidos como **PAB y POS**.

En cuanto al POS el **Acuerdo 117** de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establece el Conjunto de procedimientos de protección específica y detección precoz y La **resolución 412** de 2000 establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

En el presente trabajo el autor plantea como problema que los programas de promoción y prevención del POS han tenido poco impacto en la mortalidad y morbilidad evitable del país¹, realiza una revisión de los conceptos de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de los modelos biologicista y social de la salud, y concluye que en las IPS los programas de promoción y prevención en salud de la resolución 412 se desarrollan bajo un paradigma biologicista de la salud y con una concepción no adecuada de la promoción de la salud.

Finalmente el autor propone un modelo de estructura organizacional de una IPS, que sirve para desarrollar los programas de promoción y prevención en salud del POS, basándose en el modelo social de la salud y en el uso adecuado del concepto de promoción de la salud.

¹ <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>, observatorio de salud pública de Santander.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La situación de la morbilidad y mortalidad de una población, son en parte el reflejo de la efectividad de los programas de promoción y prevención que se ejerzan sobre ella.

En el departamento de Santander entre los años 2005 y 2006, se observa una incidencia muy alta de enfermedades infecciosas en la población menor de 12 años y problemas cardiovasculares en mayores de 12 años. Igualmente la cesárea se encuentra entre los principales motivos de hospitalización ².

Entre las principales causas de mortalidad en Santander en 2006, se encuentra que en menores de un año son las complicaciones perinatales y en población mayor de 45 años son los problemas cardiovasculares y del metabolismo³; algunas de estas patologías son susceptibles de evitarse.

El homicidio y el suicidio como causas de mortalidad en la población joven de Santander 2006 tienen una incidencia importante⁴, que reflejaría en parte el bajo impacto de las acciones de promoción y prevención en este grupo poblacional.

Las estadísticas de mortalidad evitable del departamento de Santander y del país nos muestran que no ha habido un cambio positivo en la tendencia, la mortalidad materna es igual en 1998 que en el 2003 en Santander y en el 2004 es aun mayor según SIVIGILA. La mortalidad perinatal ha variado muy poco entre 1990 y 2004 en toda Colombia y es mayor en el 2004 que en 1998 en Santander⁵.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid

Adicionalmente, los indicadores centinela 2005-2006 establecidos en el sistema de fortalecimiento de la gestión de la resolución 412, muestran todavía cifras de morbilidad y mortalidad prevenible que no deberían estar ocurriendo dentro de un sistema de salud comprometido con la promoción y prevención, como lo son bajo peso al nacer, otitis media supurativa en menores de 5 años, hospitalizaciones por neumonía en niños menores de 5 años y hospitalizaciones en niños menores de 5 años ⁶.

Además, vemos que un problema de salud pública en nuestro país como la mortalidad materna es causada en un 35% por la eclampsia, la cual es una patología que se puede prevenir con controles prenatales efectivos, de la misma manera el 73,75% de las deficiencias de la atención encontradas en las muertes perinatales de Bucaramanga entre 2004 y 2005 se encuentran en el control prenatal y el 52,17% de las causas de muerte perinatal son evitables⁷.

La estructura organizacional que tienen las IPS que desarrollan actualmente programas de promoción y prevención, no favorece que se de suficiente educación para la salud, se identifique ideales de buen vivir y se de un reconocimiento del individuo como un ser integral.

La educación para la salud, la identificación de ideales de buen vivir (lógica que mueve a la promoción de la salud) y la concepción holística del ser humano, son pilares fundamentales para hacer posible que un programa de promoción y prevención en salud sea efectivo, esto se puede lograr si la estructura organizacional de la IPS se fundamenta en el modelo social de la salud y en una adecuada utilización del concepto de promoción de la salud.

⁶ http://www.saludsantander.gov.co/programa_pos.htm, secretaria de salud de Santander

⁷ <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>, observatorio de salud pública de Santander.

2. JUSTIFICACIÓN

Es necesario que las acciones de promoción y prevención en salud de un sistema de salud como el colombiano tengan un impacto ostensible en la salud de la población, evidenciándose como una disminución progresiva y sostenida de las tasas de morbilidad y mortalidad.

Al existir una IPS con una estructura organizacional que favorezca a las acciones de promoción y prevención en salud de la resolución 412, mediante un enfoque social de la salud y utilizando adecuadamente el concepto de promoción de la salud se podrá contribuir a mejorar la salud colectiva.

Si estas acciones contribuyen a mejorar la situación de salud de la población, funcionarían como una estrategia con doble finalidad, al proporcionar mayor calidad y cantidad de vida a las personas y también proteger financieramente a las aseguradoras disminuyendo la demanda de servicios en el campo curativo y de rehabilitación.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Elaborar el modelo de la estructura organizacional de una IPS para desarrollar los programas de promoción y prevención en salud del POS, basado en el paradigma social de la salud y en el concepto de promoción de la salud.

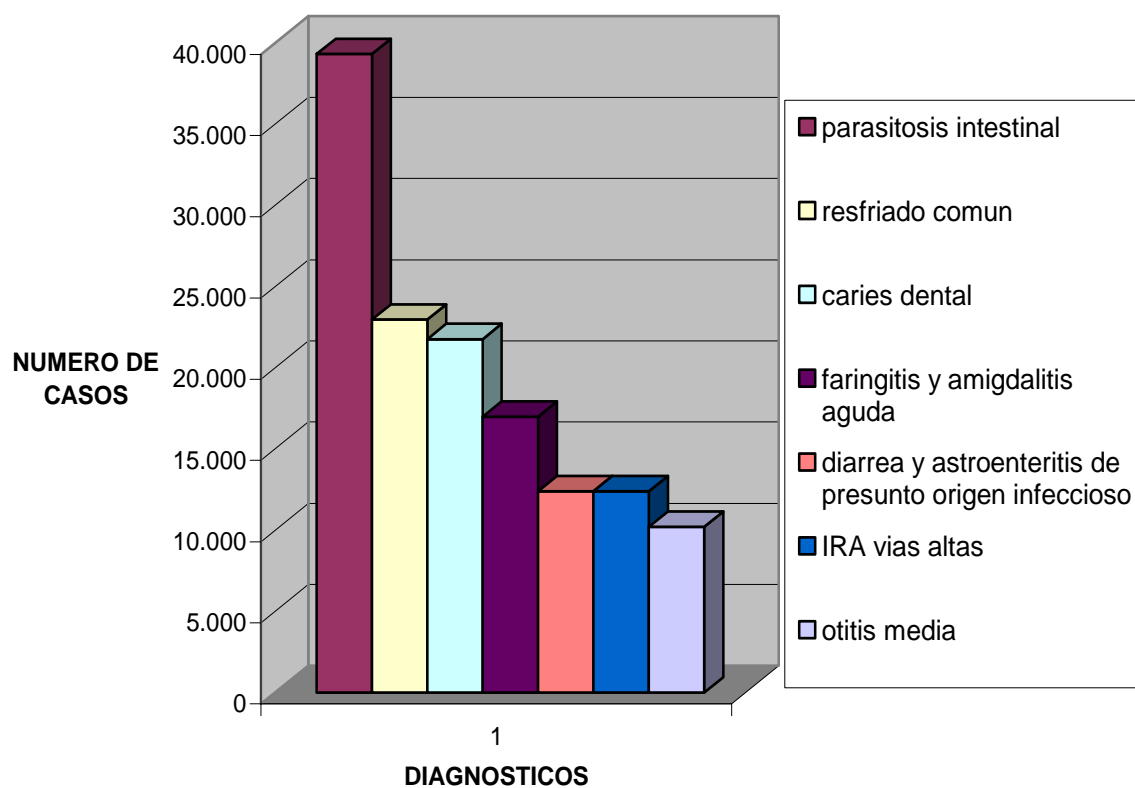
3.2 ESPECÍFICOS

- Conocer los antecedentes y conceptos en promoción y prevención en salud.
- Reconocer las diferencias y similitudes entre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Diferenciar los modelos biologicista y social de la salud.
- conocer el marco legal de la promoción de la salud en Colombia.
- Conocer la normatividad para la habilitación y legalización de una IPS.
- Diseñar el modelo organizacional de la IPS.

4. MARCO TEORICO

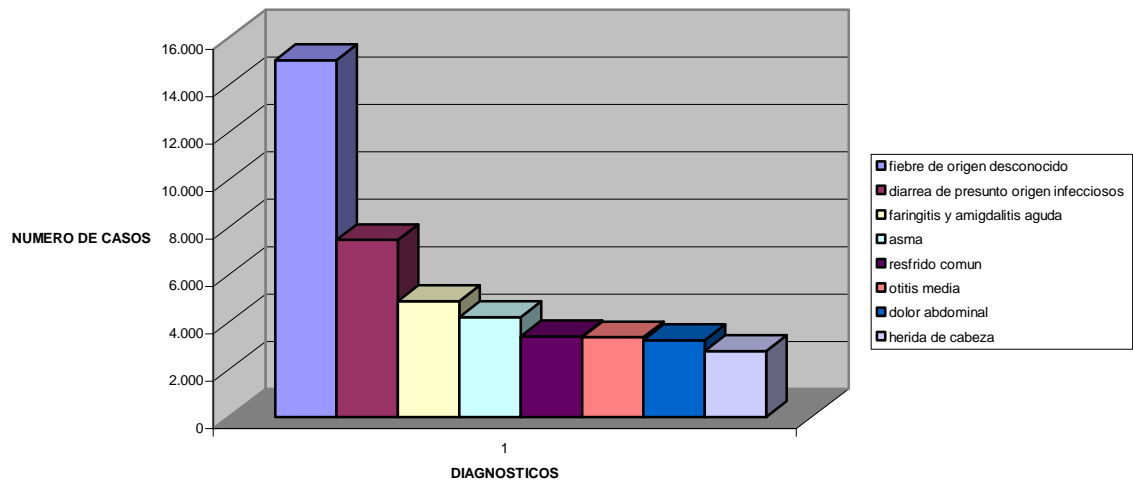
4.1 SITUACION DE SALUD EN SANTANDER 2005 Y 2006

figura 1. Principales diagnosticos en consulta externa, menores de 12 años, Santander 2005



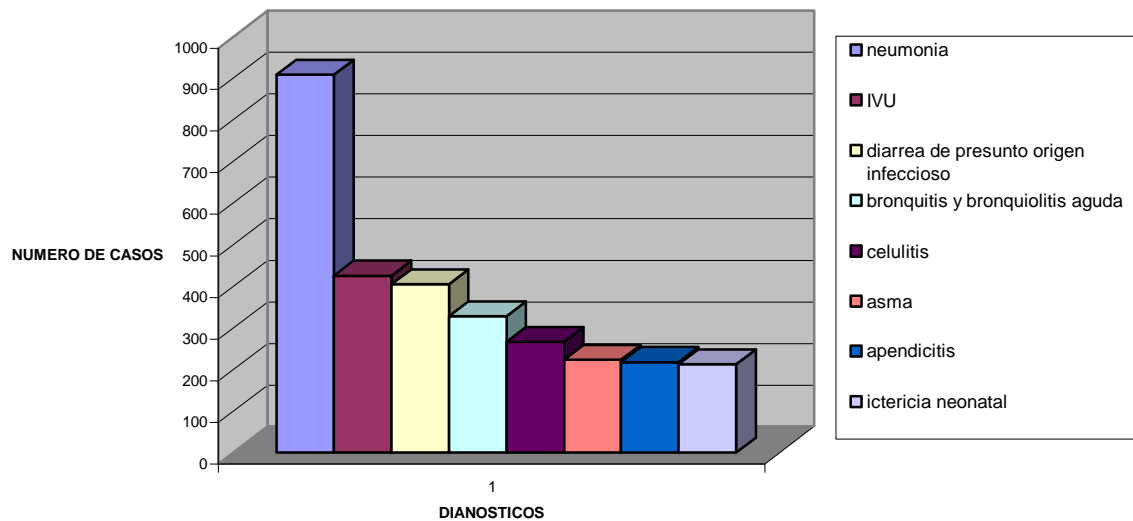
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 2. Principales diagnosticos en urgencias, menores de 12 años, santander 2005



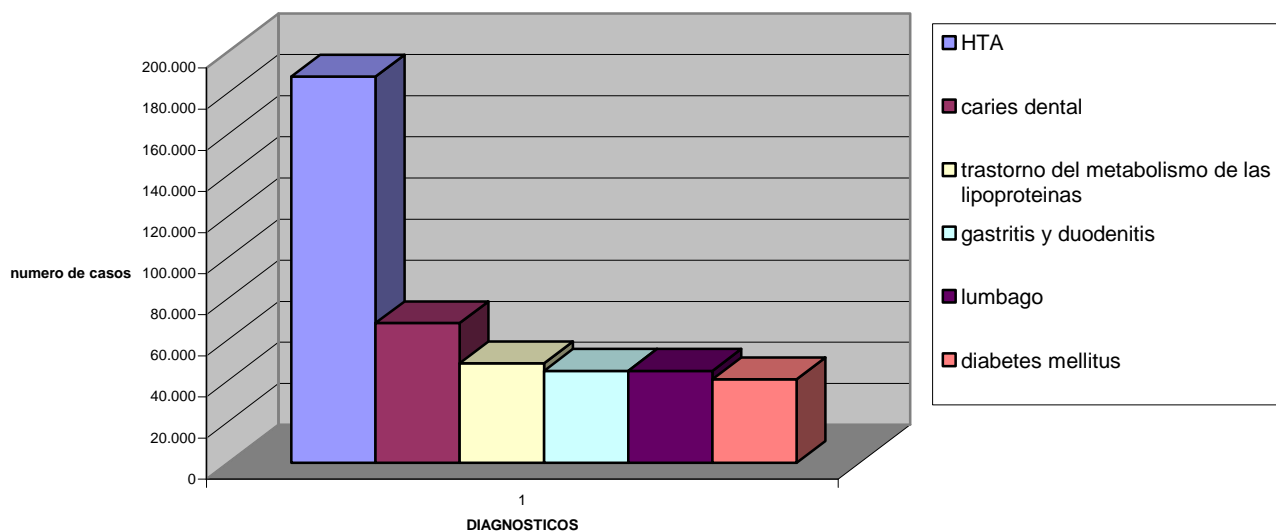
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 3. Principales diagnosticos en hospitalizacion, menores de 12 años, Santander 2005



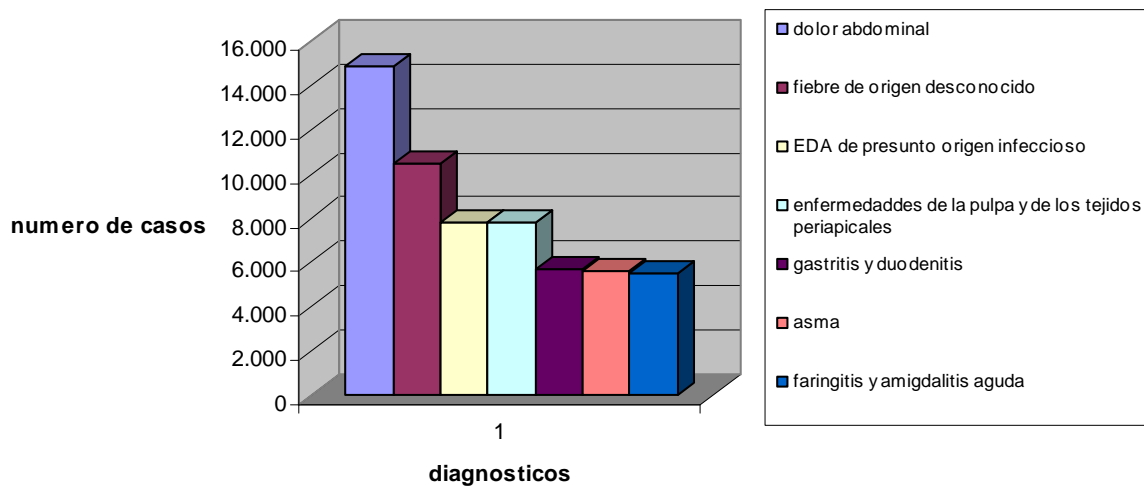
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 4 . Principales diagnosticos en consulta externa, mayores de 12 años, santander 2005



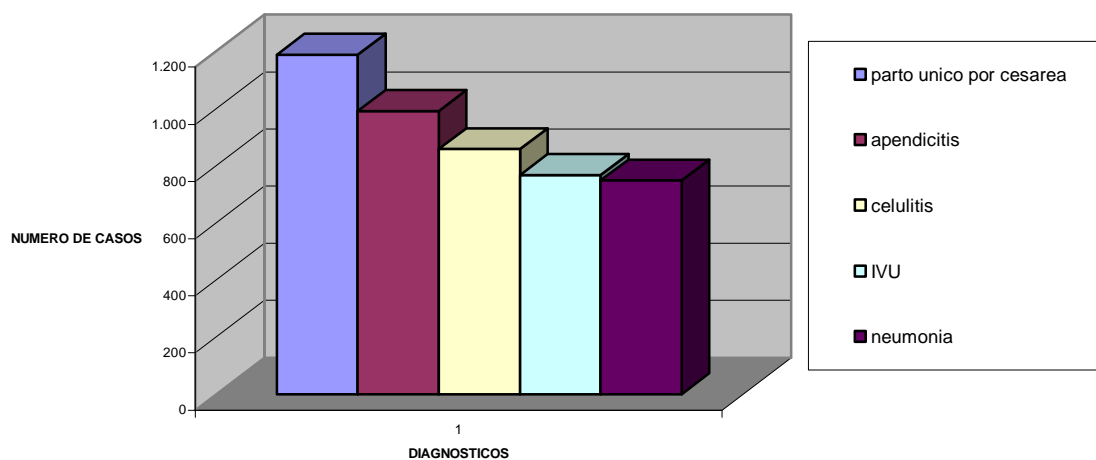
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 5 .Principales diagnosticos en urgencias, mayores de 12 años, Santander 2005



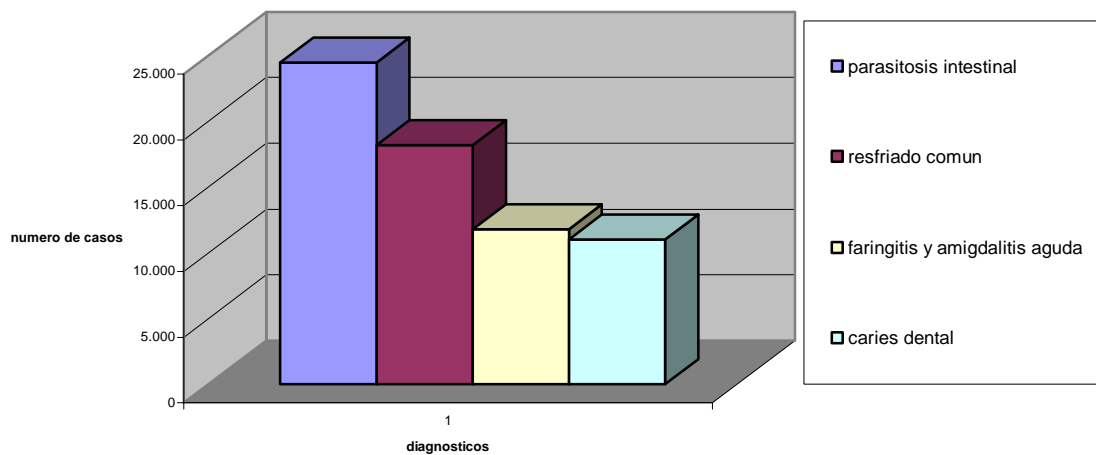
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 6. Principales diagnosticos en hospitalizacion, mayores de 12 años, Santander 2005



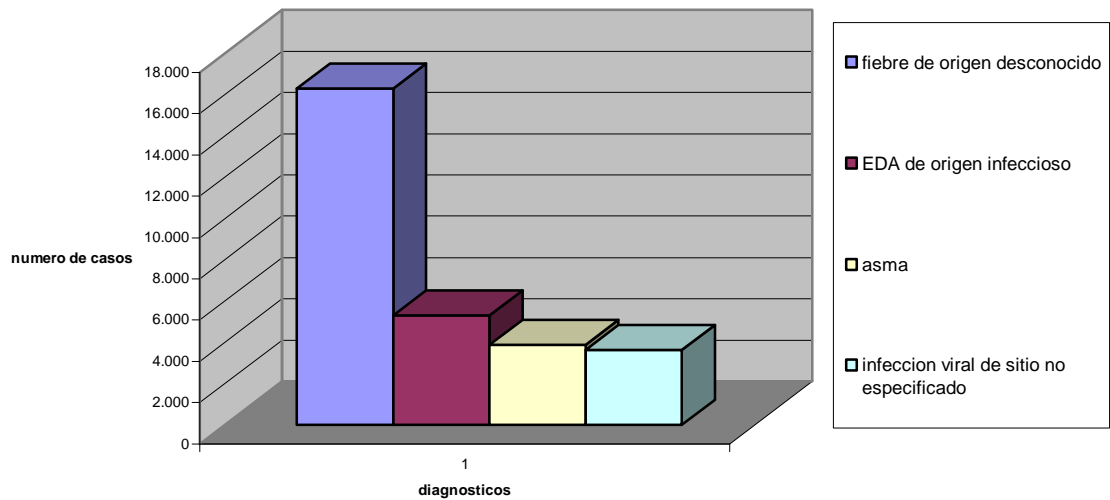
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 7. Principales diagnosticos en consulta externa, menores de 12 años, Santander 2006



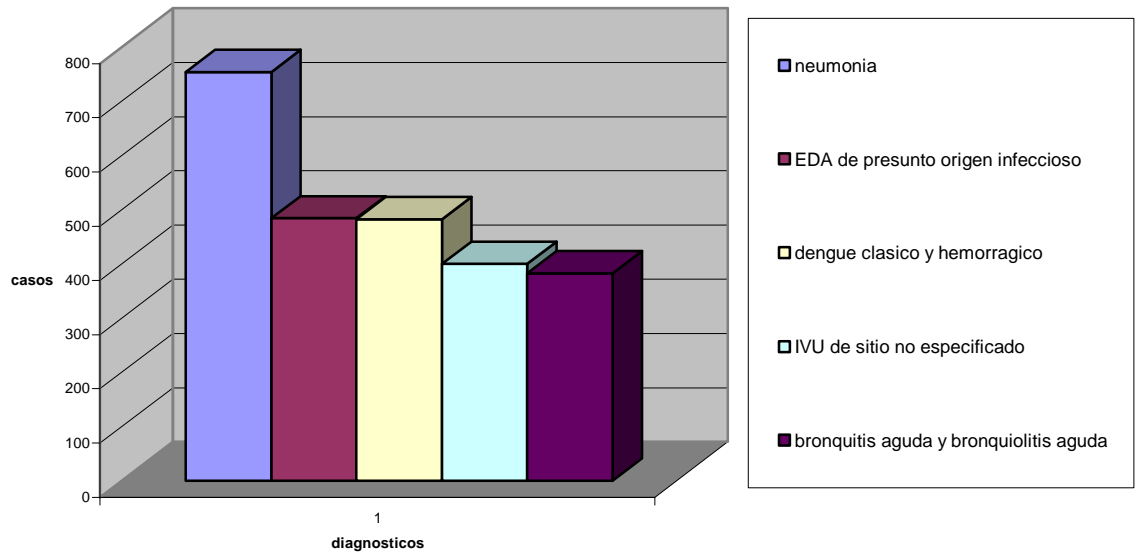
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 8. Principales diagnosticos en urgencias, menores de 12 años, Santander 2006



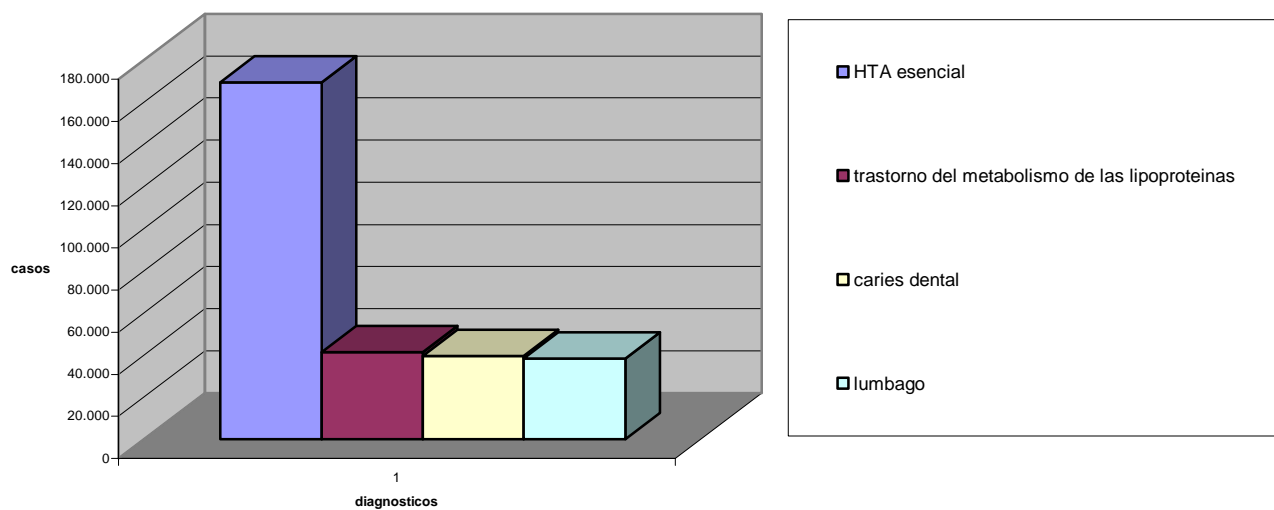
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 9. Principales diagnosticos en hospitalizacion, menores de 12 años, Santander 2006



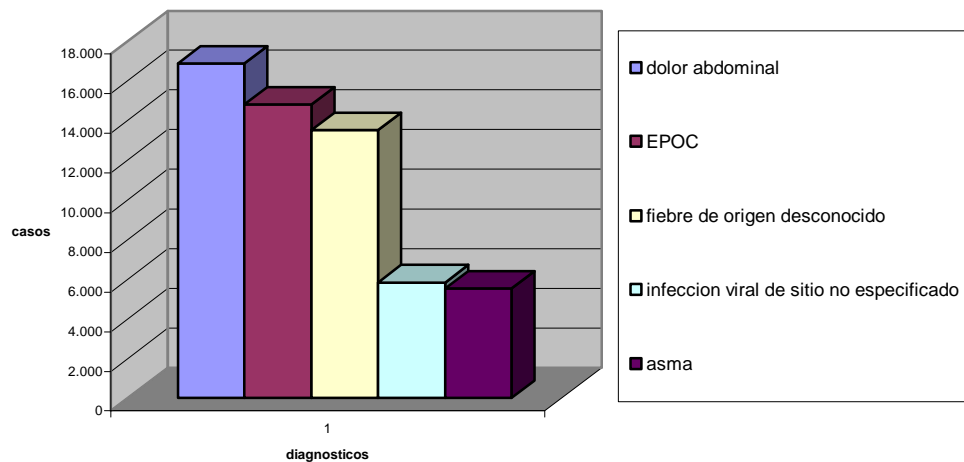
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 10. Principales diagnosticos en consulta externa, mayores de 12 años, Santander 2006



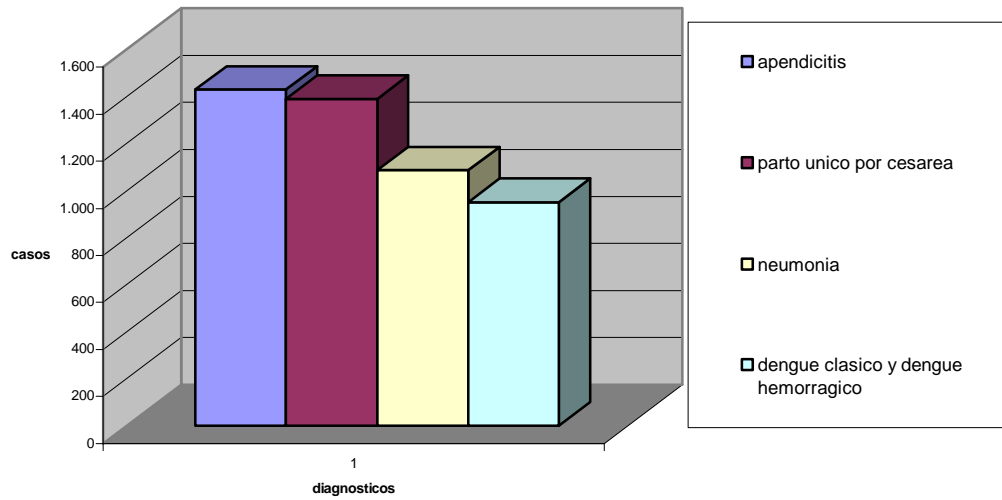
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 11. Principales diagnosticos en urgencias, mayores de 12 años, Santander 2006



FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

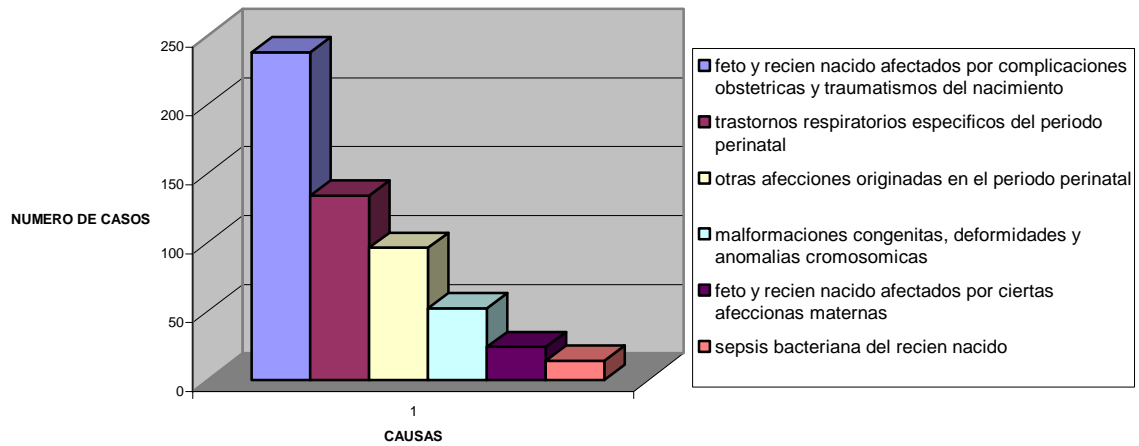
figura 12. Principales diagnosticos en hospitalizacion, mayores de 12 años, Santander 2006



FUENTE:

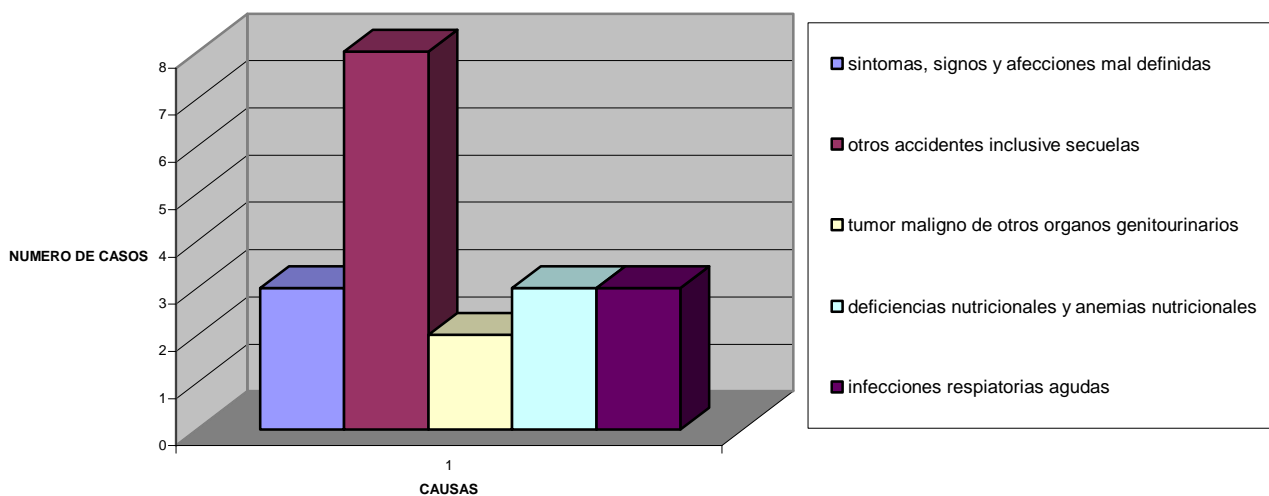
observatorio de salud publica de Santander

figura 13. Principales causas de mortalidad en menores de 1 año, Santander 2005



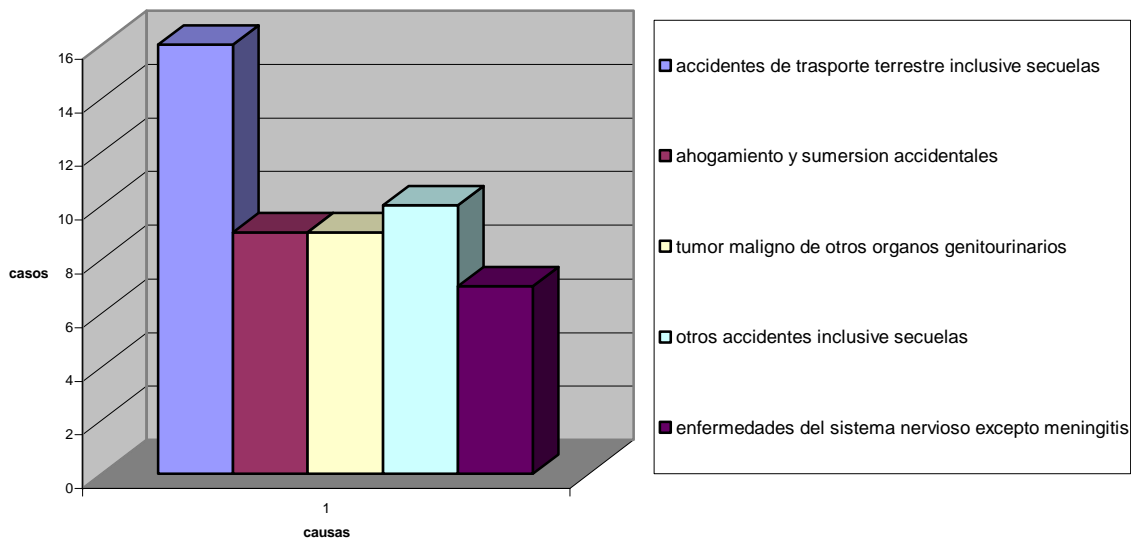
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 14. Principales causas de mortalidad en niños de 1-4 años, Santander 2005



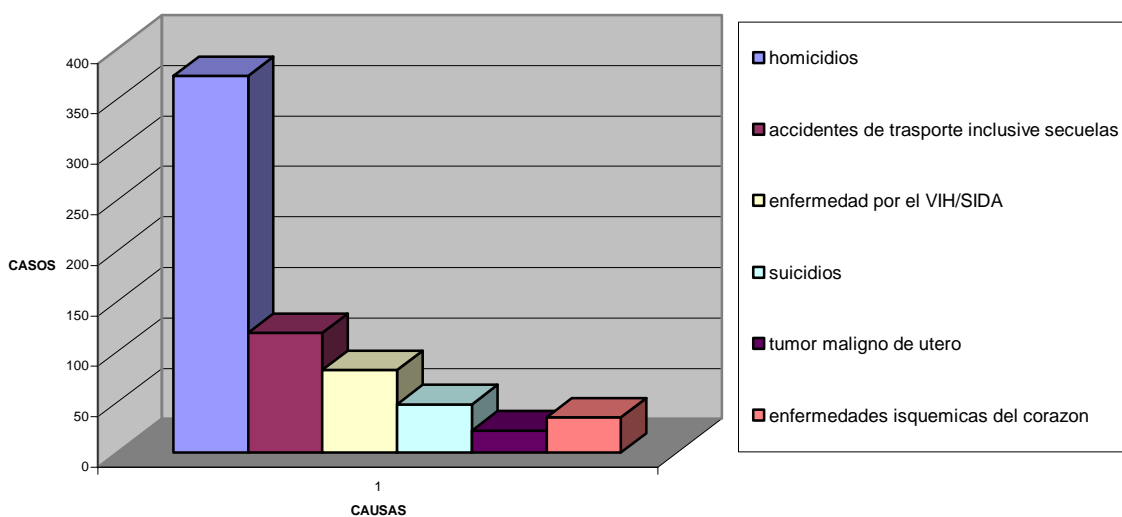
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 15. Principales causas de mortalidad en edades de 5-14 años, Santander 2005



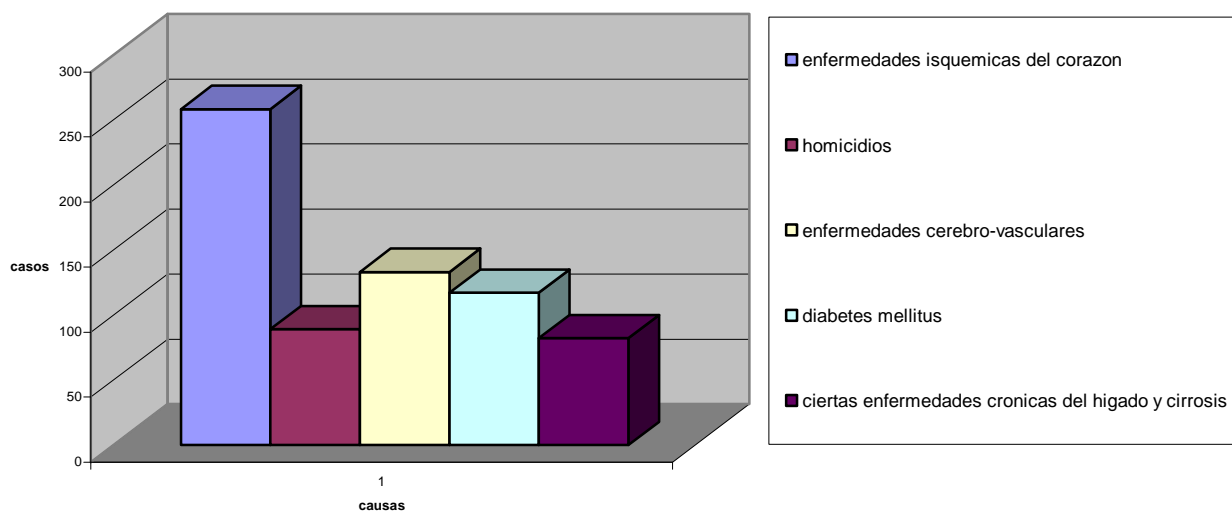
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 16. Principales causas de mortalidad en edades de 15-44 años, Santander 2005



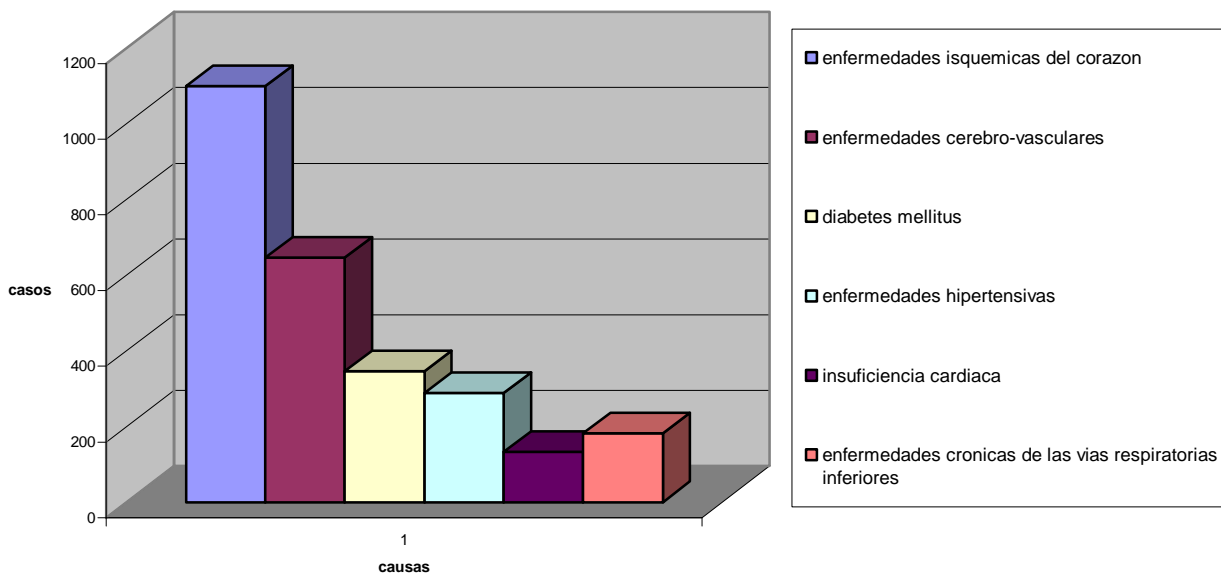
FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 17. Principales causas de mortalidad en personas de 45-64, Santander 2005



FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

figura 18. Principales causas de mortalidad en personas de 65 años y mas, Santander 2005

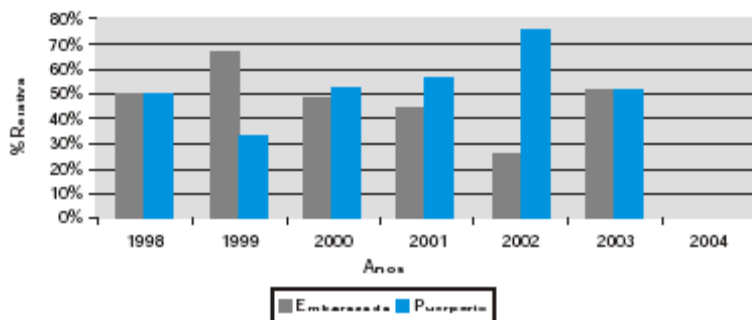


FUENTE: observatorio de salud publica de Santander

4.2 SITUACION DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EVITABLE EN EL PAIS Y EN SANTANDER

Figura 19.

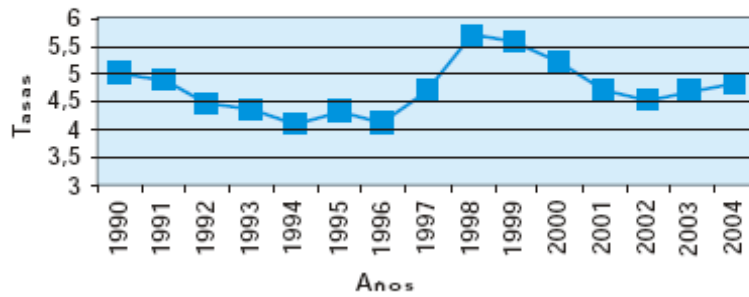
Figura 6. Defunciones en mujeres gestantes y en el puerperio, Santander 1998 - 2004



FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PUBLICA DE SANTANDER

Figura 20.

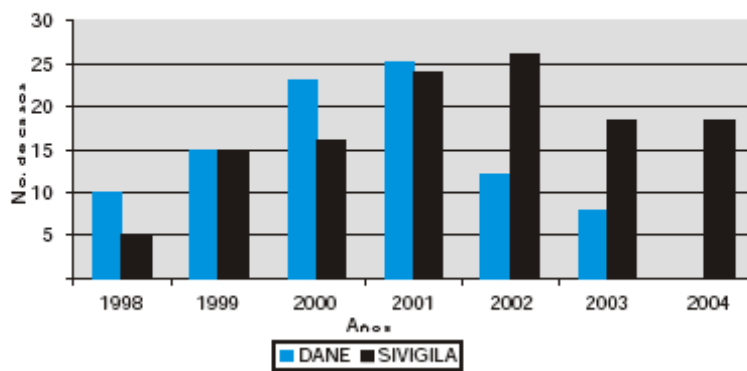
Tasa de mortalidad perinatal Colombia 1990 - 2004.



FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PUBLICA DE SANTANDER

Figura 21.

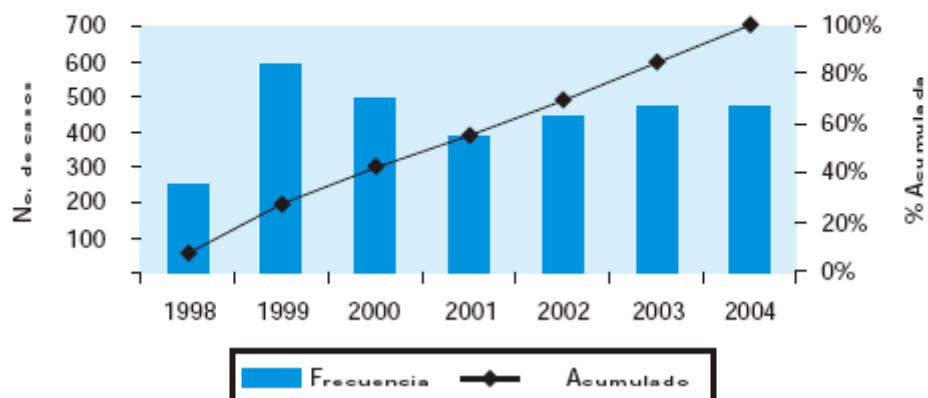
Situación en Santander: Muertes maternas 1998 - 2004



FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER

Figura 22.

Comportamiento de la Muerte Perinatal. Santander 1998 - 2004.



FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER

Cuadro 1.

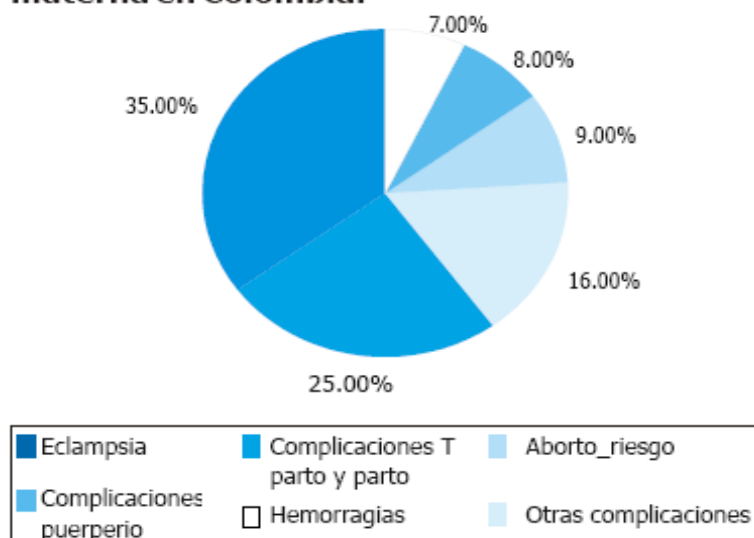
Reporte Indicadores centinela de calidad Régimen subsidiado 1 de Abril de 2005 a 31 de Marzo de 2006.

ARS	Bajo peso al nacer (peso menor de 2.500 gramos)	Otitis media supurativa en menores de 5 años	Hospitalización por neumonía en niños y niñas de 3 a 5 años	Hospitalización por EDA en niños y niñas de 3 a 5 años	Muerte materna	Muerte por malaria	Muerte por dengue
ASMETSALUD	0	3	1	1	1	0	0
CAFABA	3	12	3	1	2	0	0
CAFESALUD	12	25	11	12	0	0	0
CAJASAN	2	0	2	4	0	0	0
CAPRECOM	0	0	1	0	0	0	0
COMPARTA	0	0	0	3	0	0	0
COMFENALCO	2	2	0	0	0	0	0
EMDISALUD	2	11	4	3	0	0	0
COOSALUD	10	2	60	29	0	0	0
SALUD VIDA	0	11	11	0	0	0	0
SOLSALUD	1	37	0	0	0	0	0
TOTAL	32	103	93	53	3	0	0

FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER

Figura 23.

. Causas directas de la mortalidad materna en Colombia.



FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDE

Cuadro 2.

Deficiencias en la atención encontradas en el análisis de las muertes perinatales en Bucaramanga 2004-2005.

Control prenatal	Parto	Posparto
73.75%	20%	6.25%
Déficit en demanda inducida	Criterios SFA	Atención RNPT
Inicio tardío de CPN	Criterios para desembarazar	Valoración por pediatría
Falta adherencia a CPN	Falta partograma	No suministro de Surfactante
Edad gestacional no definida	Falta pruebas bienestar fetal	
Infecciones sin tto/control (IVU)	Sistema de Referencia-Contra	
Antecedentes TPP ignorados	Parto vaginal en RNPT	
Calidad ecografías	Polisistolia con tto inadecuado	
Dx tardío de VIH/SIDA	Parto vaginal/pelvis límite	
Dx y Tto tardío de TPP	Corioamnionitis sin tto	
Registros insuficientes de CPN	Cesárea no justificada	
Tto incorrecto de Sífilis	Deficiente registro atención	
Oportunidad en v/n especialistas	Uteroinhibición en pl. previa	
Fallar en Dx anemia y diabetes	Falta maduración pulmonar	

FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER

Cuadro 3.

Clasificación final de evitabilidad de muerte y causa básica de defunción.

Evitable	Probablemente evitable	No evitable
52.17%	11.59%	36.23%
SFA - Broncoaspiración Infección por VIH / SIDA Sepsis Insuf. Respiratoria - EMH Tr. hipertensivo - RCIU severo Hemorragia intraventricular RNPT Oligoaminios - Asfixia Cardiopatía fetal quirúrgica Sífilis y catarata congénita corioamnionitis y TPP Abruptio placentae*	Sind. Transf. Gemelo - gemelo Hernia diafragmática Hipoplasia pulmonar RNPT extremo Abruptio placenta Teratoma sacrococcigeo Otras malformaciones (renal, gastrosquisis) Estenosis severa cordón umbilical	Cardiopatía no qxca Factores placentarios Malf. Congénita cerebral

FUENTE: OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER

4.3 ANTECEDENTES DE la PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.3.1 Antecedentes lejanos a la carta de ottawa ⁸

Henry sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos, fue el primero en utilizar el término de promoción de la salud para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria por un lado y a las acciones del estado para mejorar las condiciones de vida por el otro.

Fue además quien concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- la promoción de la salud.
- la prevención de la enfermedad.
- la restauración del enfermo.

⁸ RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, antecedentes históricos de la promoción de la salud.

- la rehabilitación.

A Sigerist se le puede considerar también como el precursor de las “escuelas saludables” cuando dice: “la escuela es una de las instituciones más importantes de salud pública”.

Thomas Mckeown fue quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucha mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses, y no a las intervenciones de tipo médico.

4.3.2 Antecedentes cercanos a la Carta de Ottawa⁹

La teoría de Antonovsky (1979): Para quien la base de la salud es lo que llamo “sentido de la coherencia”. Este concepto implica la importancia de las condiciones sociales que rodean la vida de los individuos, para condicionar su capacidad de actuar dentro del continuum- de lo salutogénico a lo patogénico- que el mismo autor plantea y en el que se mueven tanto el individuo como los grupos sociales.

Informe Lalonde (1974): Del político y ministro de salud de Canadá, que contiene un cuestionamiento de las políticas de salud de su país, motivado por que los recursos en el área de la salud se dedicaban fundamentalmente a la organización y mantenimiento de los servicios asistenciales a la enfermedad y muy poco para incidir en los condicionantes de las enfermedades más prevalentes y responsables de la mayor mortalidad de los canadienses.

Alma ata (1977): estrategia de la OMS sobre la atención primaria de salud y de la filosofía de salud para todos en el año 2000. Fue inspiradora de muchas iniciativas

⁹ RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, conceptos y definiciones.

en todos los países del mundo, para mejorar las condiciones de salud de los más postergados.

4.3.3 Carta de Ottawa

La conferencia internacional de promoción de la salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la asociación canadiense de salud pública y el ministerio de salud y bienestar social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la promoción de la salud, porque no solo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la meta de “salud para todos en el año 2000” que no avanzaba como se esperaba.

La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la promoción de la salud; contempla 5 grandes áreas estratégicas a saber:

1. construir políticas públicas saludables.
2. crear los entornos favorables (ambientales, físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. fortalecer la acción comunitaria.
4. desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. reorientar los servicios de salud.

4.3.4 Otras declaraciones y documentos que siguieron a la carta de Ottawa (4)

- **Conferencia de Adelaida-Australia (1988)**

Su tema fueron las políticas públicas saludables, llamo la atención sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulen dichas políticas, sobre su impacto en la salud.

- **Grupo de trabajo de la OMS (1989)**

Su tema fue la promoción de la salud en países en desarrollo, dio origen al documento: “un llamado para la acción”.

- **Conferencia de sundsva-suecia (1991)**

Su tema ambientes favorables para la salud. En sus conclusiones destaco la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.

- **Conferencia y declaración de santa fe de Bogota-Colombia (1992)**

Tema, promoción de la salud y equidad. Reafirmo los principios de la promoción de la salud de la carta de Ottawa y enfatizo sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.

- **Conferencia y carta de Trinidad y Tobago (1993)**

Tema, promoción de la salud del caribe de habla inglesa. También reafirmo los principios y compromisos con la promoción de la salud en esta subregión.

- **Conferencia y declaración de Yakarta (1997)**

Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre promoción de la salud después de Ottawa, planteo la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. De igual modo enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.

- **V conferencia mundial de promoción de la salud, México (2000)**

Tema, hacia una mayor equidad.

4.4 CONCEPTOS BÁSICOS

4.4.1 La Salud

Es conveniente definir el concepto de salud antes de adentrarnos en los demás conceptos. Este proceso ha traído muchas controversias pero aquí expondremos dos definiciones.

Según la constitución de la OMS de 1948 la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición para gusto de muchos se queda corta por no percibir la salud como un continuum sino como algo estático en el tiempo.

En La carta de Ottawa para la promoción de la salud de la OMS se dice que: “Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto si no como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas”.

Con esta segunda definición nos sentimos más satisfechos pues se le da un sentido más real a la salud y se aportan las bases para trabajar a favor de la salud como medio para el desarrollo de una comunidad.

4.4.2 Promoción de la salud

Aunque este concepto es muy amplio, lo podemos resumir en lo que dice la carta de Ottawa en Ginebra en 1986 al respecto: “La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla”.

El glosario de la OMS nos tiene la siguiente definición: “La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las capacidades y habilidades de los individuos, si no también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud”.

La promoción de la salud como parte de la salud pública y con sus diferentes herramientas es esencial para el mejoramiento de la salud de una comunidad y por ende de su calidad de vida.

4.4.3 Prevención de la enfermedad

De la prevención de la enfermedad se dice en el glosario de términos de la serie salud para todos de la OMS, Ginebra 1984 que: “La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la

enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, si no también a detener su avance y a atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Según el glosario de la promoción de la salud de la OMS: “la prevención primaria esta dirigida a evitar la aparición inicial de la enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario y que considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables, que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo”.

4.4.4. Ideales de buen vivir

La promoción de la salud se encarga de identificar **ideales colectivos e individuales de buen vivir** y no a identificar factores de riesgo, es decir que su lógica se basa en la pregunta: ¿que se desea? o ¿cuales son las situaciones sanitarias deseables?, cuya respuestas se convierten en objetivos de satisfacción a alcanzar y que son necesarios para vivir una vida adecuada con las máximas posibilidades del momento¹⁰.

4.4.5 Educación para la salud

Según el glosario de la OMS: “la educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la

¹⁰ ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica unal. Vol. 4 (1) marzo 2002.

información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud”.

Además, en el mismo glosario se da una definición modificada: “La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*”.

4.4.6 Diferencias y similitudes entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad¹¹

Para comprender mejor el sentido de cada una de estos conceptos, a continuación se presentan las diferencias y similitudes entre estos dos conceptos:

1. Los objetivos de la prevención de la enfermedad se enfocan a reducir los factores de riesgo y las enfermedades, así como a proteger individuos y grupos contra riesgos específicos. La promoción de la salud se dirige a actuar sobre los determinantes de la salud y a crear las llamadas opciones saludables, para que la población pueda acceder a ellas.
2. Las acciones de prevención de la enfermedad se dirigen: la primaria a personas y grupos a riesgo de enfermar, la secundaria a individuos y

¹¹ RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, agenda para la acción en promoción de la salud.

grupos ya enfermos pero subclínicos, y la terciaria a enfermos a quienes se quiere prevenir complicaciones y muerte. Las acciones de promoción de la salud se dirigen tanto a grupos de personas y comunidades como a procesos, condiciones y sistemas que requieren ser modificados favorablemente a la salud.

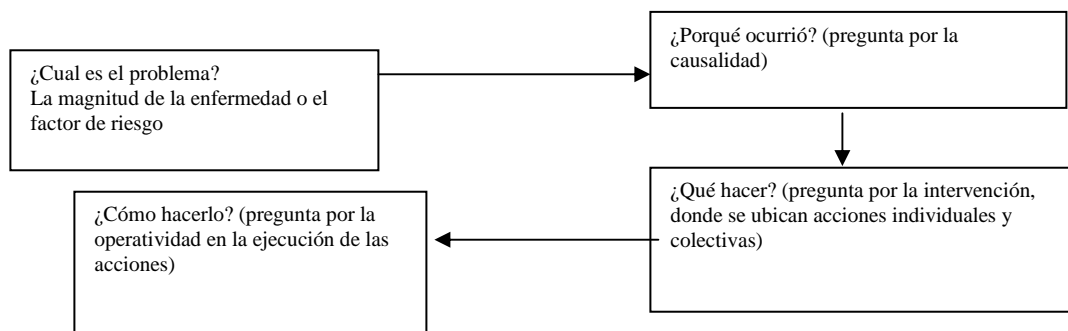
3. Modelos con los cuales se implantan. La prevención primaria con los clásicos modelos de salud pública y medicina preventiva con énfasis en los factores de riesgo, la prevención secundaria con los de salud pública tipo tamizaje o detección temprana en poblaciones de riesgo y prácticas clínicas preventivas, la prevención terciaria con prácticas clínicas preventivas basadas en evidencia clínica y las de rehabilitación. En la promoción de la salud los modelos son socio-políticos, ecológicos y socio-culturales.
4. El tipo y el papel de los interventores. En la prevención primaria y la promoción de la salud se trata de nuevos interventores sociales: los políticos y los comunitarios, y su papel va dirigido a generar condiciones para que individuos y grupos desarrollen la capacidad de actuar, se empoderen y tomen decisiones positivas para su salud y el bienestar colectivo. Para la prevención secundaria y terciaria los interventores son clínicos que buscan prevenir complicaciones y muertes, y su papel tiene mucho que ver con su competencia técnica y científica.
5. Las estrategias. La prevención secundaria utiliza dos clases de estrategias, la primera es aplicar pruebas discriminatorias en programas masivos de detección, cuyo objetivo es separar los que probablemente tiene una enfermedad de los que probablemente no la tiene, para actuar rápidamente en los primeros, la otra es la de el diagnostico precoz de enfermedad, para actuar clínicamente y evitar daños mayores. La prevención terciaria utiliza el manejo clínico adecuado y eficaz en el tratamiento de la enfermedad, la

readaptación y la rehabilitación. La prevención primaria y la promoción de la salud utilizan instrumentos como la información, educación y comunicación para la salud, el mercadeo social, el fortalecimiento de la participación comunitaria, el empoderamiento y la acción política para la formulación e implantación de políticas públicas saludables.

4.4.7 La lógica preventivista y la lógica de la promoción de la salud

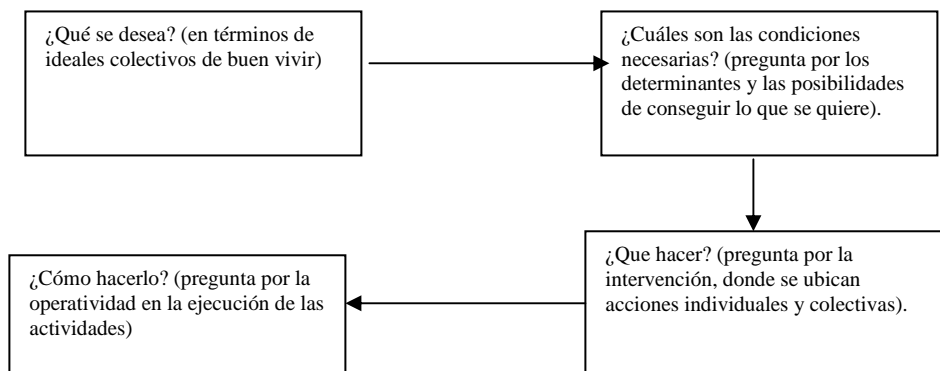
Ya que cada una de estos conceptos cuenta con una lógica diferente, las podemos esquematizar de la siguiente manera (5).

FIGURA 24. LÓGICA DE LA PREVENCIÓN



ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica unal. Vol. 4 (1) marzo 2002.

FIGURA 25. LÓGICA DE LA PROMOCIÓN



ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica unal. Vol. 4 (1) marzo 2002.

4.5 MODELOS O PARADIGMAS EN SALUD¹²

Existen actualmente dos corrientes de pensamiento en el campo de la salud especialmente en el de la medicina, la primera que es el denominado modelo biomédico o biologicista y la segunda es la corriente social o ecosocial.

El modelo biologicista o biomédico, considera que las investigaciones, los recursos y la práctica, deben ir dirigidos en mayor medida al estudio de la lesión en sí. Por otro lado la corriente social o ecosocial, centra su interés en el estudio y comprensión de las causas externas que provocan la pérdida de salud (enfermedad o lesión) o la mejora de esta.

Una de las principales diferencias entre estas dos corrientes, es que la biologicista o biomédica hace énfasis en las intervenciones que tratan de buscar (diagnóstico) y reparar (tratamiento) la lesión en el individuo o individuos afectados por ella, mientras que la corriente social o ecosocial centra su interés en intervenir en las causas externas que producen la lesión, dando prioridad a las actividades de promoción y prevención.

Según lo expuesto, se puede deducir que el modelo biomédico conceptualiza la salud como la ausencia de enfermedad o lesión, mientras que el ecosocial añade a dicho concepto la valoración de la salud positiva o estado de bienestar físico, psíquico y social, con capacidad de funcionamiento.

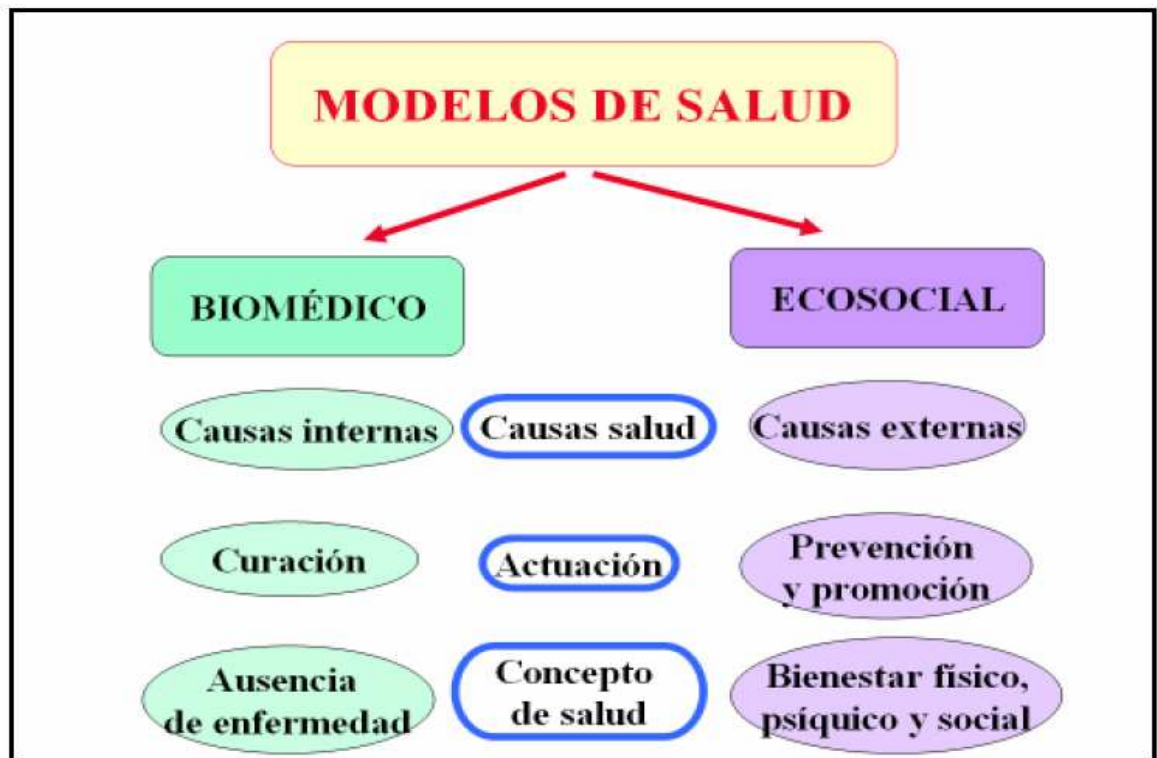
El paradigma biomédico, de manera mecanicista centra su interés, sus recursos y sus intervenciones en tecnologías diagnósticas y reparadoras o paliativas de la lesión y en el estudio de las causas internas sin conexión con las externas.

¹² C. CRUZ ROJO, modelos biologicista y social en el campo de la salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.

El paradigma social centra su atención en indagar y evitar que la enfermedad se produzca y su prioridad al investigar y tratar los problemas de salud de la población son las causas externas, pues estas son fundamentales y en última instancia las responsables de las lesiones o enfermedades humanas y del estado de bienestar.

El modelo ecosocial considera que existe una interrelación de la biología del ser humano con el medio, en una continua modificación, modelación y evolución y entre unos humanos y otros, organizados en grupos socioeconómicos y culturales.

FIGURA 26. MODELOS DE SALUD



C. CRUZ ROJO, modelos biologicista y social en el campo de la salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.

4.6 MARCO POLÍTICO Y LEGAL DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

4.6.1 Antes de la Ley 100¹³

Desde finales de la década de 1960 la salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto hizo que fuera objeto de una planeación más estricta y su resultado fue la orientación sanitaria del estado en materia de inversión. También en esta década entraron a operar en Colombia los servicios seccionales de salud y entro en aplicación y desarrollo el plan nacional hospitalario (1969) y la concepción organizacional del sistema de regionalización de los servicios, con cuatro niveles diferenciales de atención medica.

En 1975 se organizo formalmente el sistema nacional de salud, que se definió como el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tenían como finalidad especifica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo el modelo biologista seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

La ley 10 de 1990 consagra la salud como un servicio publico, propone un concepto de salud como un proceso resultante de factores biológicos-genéticos, del ambiente, del comportamiento y de los servicios institucionales, aumento la financiación y la descentralización del sector salud, incorporó los planes básicos de salud a los procesos de desarrollo municipal y departamental.

Bajo la influencia de esta ley es preciso destacar el plan de atención primaria 1991-1994, cuyo propósito fue contribuir a elevar la calidad de vida de los

¹³ VELEZ ALBA LUCIA, marco político y legal de la promoción de la salud, Colombia Med. 2000; 31: 86- 95.

colombianos, a través del desarrollo de un plan de fortalecimiento del primer nivel de atención, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en el mejoramiento del estado nutricional y alimentario y el saneamiento básico.

La nueva constitución política de 1991 plasma una visión integral del hombre, e incorpora en ella mucho más que simples mandatos específicos, preceptúa sobre los fines hacia los cuales deben tender todo ordenamiento jurídico y señala principios y valores que luego incorpora en su articulado. Consagra la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad.

En esta normatividad constitucional ocupan lugar preeminente la protección a la seguridad social en su artículo 48 y el derecho a la salud y al saneamiento ambiental consagrado en el artículo 49, ambos derechos elevados a la categoría de servicios públicos.

Se puede afirmar que la actual carta constitucional consigna un conjunto normativo, que inicia el proceso de cambio social, favorece el equilibrio de las relaciones entre el individuo y su ambiente: natural, político, social y cultural, y propugna por el mejoramiento de estilos de vida, hábitos y calidad de vida, siendo en este contexto la promoción de la salud su mayor estrategia.

4.6.2 Ley 100 de 1993

La ley 100 del 1993 incluye las siguientes reglamentaciones en materia de promoción y prevención:

1. **decreto 1891 de 1994:** precisa los conceptos de gasto de fomento en la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de

administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la ley 60 de 1993.

2. **resolución 5165 de 1994:** se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para elaborar y seguir los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.
3. **resolución 4288 de 1996:** se define el plan de atención básica del SGSSS.
4. **resolución 3997 de 1996:** se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS.
5. **decreto 1283 de 1996:** establece que la subcuenta de promoción del FOSYGA, se financiará con un porcentaje de la cotización, definido por el consejo nacional de seguridad social en salud.
6. **acuerdo 117 de 1998:** se reglamentan las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control.
7. **resolución 412 de 2000:** se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
8. **resolución 3384 de 2000:** por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la resolución 1078 de 2000.

4.6.3 Ley 1122 de 2007

La ley 1122 de 2007 que reforma la ley 100 tiene los siguientes artículos en materia de promoción y prevención:

Artículo 32º. De la salud Pública. La salud pública esta 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.

Artículo 33º: Plan Nacional de Salud Pública. El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Este plan debe incluir:

- a. El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier Entidad Publica o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio.
- b. Las actividades que busquen promover **el cambio de estilos de vida saludable** y la integración de éstos en los distintos niveles educativos.

- c. Las acciones que de acuerdo con sus competencias, debe realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.
- d. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS's.
- e. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.
- f. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.
- g. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.
- h. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica.
- i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.
- j. El plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a

ser incluidos y que se revisarán cada cuatro años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización

- k. El plan deberá incluir acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.
- l. El Plan incluirá acciones dirigidas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como medidas orientadas a responder al comportamiento de los indicadores de mortalidad materna.

Artículo 14: El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE's no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE's se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección social o en quien éste delegue. Los municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca de la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad.

Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y

resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo segundo de la presente Ley.

4.7 NORMATIVIDAD PARA LA HABILITACIÓN DE UNA IPS

4.7.1 Normas

DECRETO NÚMERO 1011 DE 2006, 3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El SOGCS se compone de:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

RESOLUCIÓN NÚMERO 1043 DE 2006, 3 DE ABRIL DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN NUMERO 4445 (DICIEMBRE 6 DE 1996)

Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

4.7.2 Estándares para la habilitación de una IPS con el servicio de promoción y prevención

Según el anexo técnico nº 1 de la resolución 1043 son:

CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA

Recursos humanos

1. si la institución ofrece el diseño e implementación de uno o varios programas de promoción y prevención, se debe contar con profesional de la salud con postgrado en epidemiología, salud pública o administrativos de la salud.
2. Si la institución ofrece solamente la implementación de uno o varios programas de promoción, para el diseño de cartillas, volantes, instructivos o cualquier otro material educativo para el usuario así como el diseño de conferencias, charlas o talleres deberá contar con enfermera profesional o médico u otros profesionales de la salud pero solo en lo relacionado con su competencia. Para la realización de las anteriores actividades se deberá contar con promotores, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud o afines.
3. En salud oral las actividades podrán ser realizadas además por higienista oral o auxiliar en salud oral.
4. Si la institución ofrece la implementación de los programas de detección temprana y protección específica deberá contar con:

- Para detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, la toma de citología Cervico uterina en detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, consulta, control, aplicación de DIU de intervalo en planificación familiar y los demás programas de enfermedades crónicas, ETS, VIH SIDA, TBC y enfermedades de interés en salud pública: médico o enfermera profesional.
- La toma de citologías Cervico –vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado.
- Para la detección temprana de las alteraciones del embarazo: Médico quien podrá delegar algunas actividades en enfermera profesional.
- Para la lectura y reporte de la citología Cervico-uterina: cito tecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un cito patólogo o patólogo; quien realizará el control de calidad, médico general o gineco-obstetra para determinar la conducta a seguir de acuerdo con los resultados.
- Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud con entrenamiento en vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el PAI. Auxiliar en enfermería, con la supervisión de enfermera profesional o médico con experiencia en el tema.
- Para atención preventiva en salud bucal: Odontólogo o higienista oral.
- Médico especialista en urología para la esterilización quirúrgica masculina y médico especialista en gineco-obstetricia para la esterilización quirúrgica femenina y aplicación de DIU intraceseárea.

- Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales en detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contará con profesional en psicología.
- Para detección temprana de las alteraciones del Adulto: Médico general.
- Para detección temprana del cáncer de seno: Médico general, gineco-obstetra o cirujano general o especialista en cirugía de seno para las actividades preventivas de autodiagnóstico por parte del paciente.
- Técnico de radiología con entrenamiento certificado en mamografía para la realización de la mamografía; la lectura e interpretación la debe realizar un radiólogo, con entrenamiento en mamografía no menor de tres meses.
- Para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual: Optómetra o médico para la toma de agudeza visual y médico especializado en oftalmología para el examen oftalmológico y optómetra para examen optométrico.

Instalaciones físicas

1. para el servicio de vacunación debe Disponer de un área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y cuenta con área para vacunación con lavamanos (este último puede ser compartido con otras áreas adyacentes).
2. Toma de muestras ginecológicas y citologías Cervico-uterinas: Esta área debe ser independiente y privada. Deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.

Dotación y mantenimiento

1. para toma de citologías Cervico-uterinas debe disponer de Camilla y lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento. Las muestras se toman con cito cepillo endocervical y espátula, aséptico y desechables. El espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice esterilización.

2. Si ofrece vacunación debe contar con: Nevera exclusiva para biológicos con termómetro externo y termo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones. Biológicos, según el programa de inmunizaciones que ofrezca.

3. Para los demás programas de Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.

Procesos prioritarios asistenciales

1. para toma de muestras:

- Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras.
- Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.
- Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico.
- Protocolo de limpieza y desinfección de áreas.

- Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio.
 - Protocolo de transporte de muestras.
2. Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.

Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios

1. Guías establecidas por el Comité de Infecciones y vigilancia epidemiológica sobre control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.
2. Normas de bioseguridad, limpieza y desinfección, incluidos los servicios de odontología, laboratorio clínico, esterilización, o en los consultorios donde se realicen procedimientos y en todas las demás áreas donde se requiera de un proceso de limpieza y asepsia más profundo.
3. Guías establecidas por el comité de farmacia y terapéutica, sobre el correcto uso de los medicamentos incluyendo controles sobre el uso de los psicotrópicos y otros medicamentos que causan adicción física y psíquica, en caso de ser utilizados por la institución.
4. Complicaciones propias de las intervenciones de prevención: Reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros.

5. Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación.

6. Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social.

7. Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad.

8. Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.

SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA:

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Estas son:

1. Que el patrimonio total se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la institución prestadora de servicios de salud y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para instituciones prestadoras de servicios de salud privadas.

2. Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones mercantiles: aquellas acreencias incumplidas a favor de terceros, originadas como resultado de aquellos hechos económicos propios del objeto de la institución
3. Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente. Entiéndase por obligaciones laborales: aquellas acreencias incumplidas exigibles a favor de los empleados, exempleados y pensionados, originadas como resultado de la causación de derechos laborales.
4. Que para la inscripción en el registro de prestadores de servicios de salud, se tomarán como base los estados financieros de la vigencia fiscal del año inmediatamente anterior al registro. Sin embargo, se podrán tomar como base estados financieros de períodos menores al año, cuando se realicen operaciones financieras dirigidas al cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. En todo caso, los estados financieros deberán estar dictaminados por el revisor fiscal de la institución o el contador según sea el caso de la entidad a la cual pertenezca.

La institución que preste servicios de salud, que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea de propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea ese o no su objeto social, demostrará la suficiencia patrimonial y financiera con los estados financieros de la entidad a la cual pertenece.

CAPACIDAD TÉCNICO-ADMINISTRATIVA:

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La institución prestadora de servicios de salud que no cuente con personería jurídica y dependa directamente de una entidad territorial o sea propiedad de una entidad promotora de salud, administradora del régimen subsidiado, entidad adaptada, caja de compensación familiar, empresa de medicina prepagada o de otra entidad, sea este o no su objeto social, la demostración de la existencia y representación legal de la institución prestadora de servicios de salud, se hará con el certificado de existencia y representación legal o acto administrativo de creación de la entidad a la cual pertenece, expedido por la autoridad competente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud que se hallen en procesos de reestructuración de pasivos o en procesos concordatarios, en los términos establecidos en la Ley 550 de 1999, o en el Código de Comercio, demostrarán las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, una vez culmine el proceso de reestructuración o concordatario.

4.8 GESTIONES DE CREACIÓN, CONSTITUCIÓN Y LEGALIZACIÓN DE UNA IPS (11)

4.8.1 Registro único empresarial

Diligenciar el Registro Único Empresarial con sus anexos en los Centros de Atención Empresarial – C.A.E. –, en las sedes de la Cámara de Comercio de Bucaramanga y su Área Metropolitana.

Requisitos:

- Consulta de Nombre en los Módulos de Auto consulta de los C.A.E. (si lo requiere).
- Dirección del Establecimiento (si va a tener establecimiento abierto al público).
- Consulta de uso del suelo para la apertura del establecimiento.
- Fotocopia de Cédula de Ciudadanía.
- Consulta de actividad económica. Código CIU.

Con este único paso se obtiene:

- Inscripción en el Registro Mercantil (Sistema de difusión y publicidad de los asuntos mas relevantes del comercio, que comprende la matricula mercantil, de los comerciantes, de los establecimientos de comercio, la inscripción de libros, actos y documentos respecto de los cuales la ley exige esa formalidad).

- Asignación del NIT (Número de Identificación Tributaria – Identificación que para efectos fiscales reciben las personas naturales, jurídicas y entes sin personería, nacionales o extranjeras, incluyendo los menores de edad, asignado por la DIAN, para efectos de presentar declaraciones tributarias y aduaneras y el pago de las obligaciones ante dicha entidad.).
- Inscripción en el RUT (Registro Único Tributario – Base de datos a cargo de la DIAN, que contiene la identificación, ubicación y descripción de los contribuyentes en el ámbito Nacional, que permite registrar y actualizar la información básica de los contribuyentes de renta, responsables de ventas y agentes de retención, con le fin de poder identificarlos, ubicarlos y clasificarlos).
- Notificación de la apertura del establecimiento a la Secretaría de Planeación.
- Certificado de matrícula, existencia y representación legal.
- Registro de libros del comerciante.
- Registro Único de Proponentes (Si va a contratar con el Estado).

Una vez la empresa ha sido constituida, el empresario debe realizar una serie gestiones que garantizan el legal funcionamiento de su compañía y/o establecimiento.

4.8.2 Requisitos

Si la empresa va a funcionar con empleados a su cargo:

- Inscribirse ante la Administración de Riesgos Profesional (Privada o ISS).

- Afiliar a los trabajadores al Sistema de Seguridad Social y de Pensiones ante las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Fondo de Pensiones.
- Afiliar a los trabajadores a los Fondos de Cesantías.
- Inscribirse en una caja de Compensación Familiar.
- Elaborar reglamento de trabajo e inscribirlo en el Ministerio de Protección Social.
- Elaborar un programa de seguridad industrial, de salud ocupacional y un reglamento de higiene para la empresa. Se puede asesorar a través de su ARP.

4.8.3 Gestiones de funcionamiento

Permisos Ambientales

En caso de tener un establecimiento abierto al público que tenga publicidad exterior visual o emisión de ruido, vertimiento de residuos entre otros; el empresario debe dirigirse a la C.D.M.B. – Corporación de Defensa de la Meseta de Bucaramanga -, para solicitar los permisos respectivos. Carrera 23 No. 37- 63. Teléfono: 6346100.

Recuerde que las licencias de funcionamiento, así como conceptos previos en materia sanitaria, de bomberos o uso de suelo, no son de carácter obligatorio para la constitución de la empresa pero si pueden ser solicitados en cualquier momento por las autoridades competentes, si el establecimiento de comercio debe tenerlos.

5. CONCLUSIONES

- las acciones de promoción y prevención del POS que realizan actualmente las IPS, no utilizan correctamente el concepto de la promoción de la salud, pues estas actividades están establecidas dentro de la lógica de la prevención de la enfermedad, ya que la “detección temprana” es prevención secundaria y “protección específica” es prevención primaria.
- las acciones de promoción y prevención del POS que realizan actualmente las IPS no utilizan correctamente el concepto de la promoción de la salud, pues no se identifican ideales de buen vivir sino solo factores de riesgo y además no se realiza educación para la salud.
- En las acciones de promoción y prevención del POS que realizan actualmente las IPS predomina aun el paradigma biologicista o biomedico de la salud, porque centra su interés, sus recursos e intervenciones en tecnologías diagnosticas y reparadoras.
- En las acciones de promoción y prevención del POS que realizan actualmente las IPS predomina el paradigma biologicista o biomedico de la salud, ya que no es reconocida la persona como un ser bio-psico-social, pues el tiempo que utiliza el profesional para la atención no es suficiente.
- Es necesario que exista una institución prestadora de servicios de salud que ejecute las actividades, procedimientos e intervenciones establecidos en la resolución 412 con una estructura organizacional basada en el paradigma social o ecosocial de la salud y utilizando correctamente el concepto de la promoción de la salud.

6. DISEÑO DEL MODELO DE IPS

6.1 DIRECTRICES

6.1.1 Misión

empresa privada con ánimo de lucro, cuyo objeto social es desarrollar los programas de promoción y prevención en salud establecidos en el POS, bajo un paradigma social de la salud y aplicando adecuadamente el concepto de promoción de la salud.

6.1.2 Visión

la organización deberá consolidarse en cinco años como una IPS líder en el sector salud, diseñando, planeando, ejecutando y evaluando programas de promoción y prevención en salud.

6.1.3 Objetivos corporativos

1. satisfacer a las administradoras con el servicio.
2. satisfacer a los usuarios con el servicio.
3. obtener rentabilidad financiera.
4. vincular al mayor número posible de personas del círculo familiar de los usuarios a los programas.
5. realizar estrategias para garantizar la continuidad de los usuarios en los programas.

6. vincular al mayor número posible de personas de la población afiliada a los programas.
7. eliminar la actividad curativa de los programas.

6.1.4 Valores

- CALIDAD: los servicios prestados por la IPS se caracterizan por unos altos estándares de calidad.
- EFICIENCIA: los procesos asistenciales y administrativos se llevan a cabo con eficiente uso de los recursos disponibles.
- COMPROMISO: existe un compromiso de la IPS con la sociedad y un compromiso mutuo entre la organización y sus colaboradores.
- ÉTICA: el proceder de las personas de la organización se caracteriza por la coherencia con el principio de la ética.

6.2 MODELO DE ATENCION

6.2.1 Objetivo general del modelo

Aumentar el impacto positivo de las acciones de promoción y prevención del POS en la mortalidad y morbilidad evitable, mediante una atención basada en el modelo social de la salud y utilizando adecuadamente el concepto de promoción de la salud.

6.2.2 Objetivos específicos del modelo

- implementar un proceso asistencial en el cual sea posible valorar al usuario como un ser bio-psico-social.
- Brindar una atención integral al usuario, con un equipo interdisciplinario altamente capacitado.
- Promover la identificación de ideales de buen vivir dentro de la realización de la ejecución de los programas y determinar las condiciones necesarias para lograrlos, para de esta manera actuar sobre los determinantes de la salud.
- Propiciar la participación de todo el círculo familiar en los programas,
- Precisar mecanismos para garantizar la exclusión de la actividad curativa dentro de la atención.
- Aplicar estrategias de educación para la salud como un medio para que las personas se empoderen de su propia salud y puedan tomar decisiones positivas.

6.2.3 Características del modelo

ATENCIÓN HOLÍSTICA: es la base sobre la cual se fundamenta la atención, busca que la persona sea considerada como un ser formado por tres componentes: el físico, psicológico y social, los cuales se interrelacionan y afectan entre si, para lo cual se cuenta con un proceso asistencial que favorezca la atención integral.

ENFASIS EN LA LÓGICA PROMOCIONISTA: Es un pilar fundamental del modelo, esta es la lógica en la cual se fundamenta la promoción de la salud, que busca la identificación de ideales de buen vivir y en la determinación de las condiciones necesarias para lograrlos o los determinantes de la salud.

ÉNFASIS EN EDUCACION PARA LA SALUD: es un componente fundamental del modelo, la cual es una herramienta de la promoción de la salud, por medio de la cual es posible empoderar a las personas de su propia salud para que puedan tomar decisiones saludables.

EXCLUSIVIDAD EN PROMOCION Y PREVENCION: esta característica se refiere a que el modelo pretende excluir la actividad curativa de la atención, remitiendo todos los problemas de morbilidad encontrados.

6.2.4 Estructura organizativa del modelo

El modelo de atención se encuentra conformado por cuatro departamentos principales los cuales son: el Dpto. salas P y P, Dpto. de PAI, Dpto. salud bucal, Dpto. ca. Cervix, una subdirección científica y tres unidades de apoyo asistencial los cuales son nutrición, psicología y trabajo social.

Cada departamento principal tiene un coordinador, todos con capacitación en promoción y prevención. El coordinador de salas P y P es un médico general, el de salud bucal es un odontólogo, los de PAI y ca de cervix son enfermeras profesionales. El subdirector científico es un Médico con maestría en salud pública.

El departamento de salas P y P está conformado por médicos generales con capacitación en promoción y prevención con énfasis en educación para la salud, el departamento de salud bucal está conformado por odontólogos e higienistas

orales con capacitación en promoción y prevención con énfasis en educación para la salud, el departamento de ca. de cervix esta conformado por una enfermera profesional que es la coordinadora del departamento, una auxiliar de enfermería capacitada en toma de citologías y una citotecnologa, El departamento de PAI esta conformado por una enfermera profesional que es la coordinadora del departamento y una auxiliar de enfermería con capacitación en P y P y en PAI, los servicios de apoyo asistencial están conformados por psicólogo/a capacitado en P y P con énfasis en educación para la salud, nutricionista y trabajador/a social igualmente capacitados

6.2.5 Funciones de los integrantes del modelo

SUBDIRECTOR CIENTIFICO:

realizar la coordinación médica, velar por la efectiva prestación del servicio medico asistencial, dirigir, coordinar y controlar las actividades médicas y paramédicas, velar por el cumplimiento de las normas de medicina, higiene y seguridad (bioseguridad), contestar los oficios que tengan carácter medico, Velar por el mantenimiento de una ética medica intachable.

COORDINADORES DE DEPARTAMENTO:

mantener coordinación permanente con las demás divisiones, evaluar el funcionamiento de la división, propender a la calidad de los mismos, verificar el cumplimiento de las metas y objetivos de productividad, controlar el uso racional de los diferentes recursos, hacer los ajustes, aplicar los correctivos y presentar recomendaciones para mejorar la atención, administrar los recursos humanos, físicos y técnicos asignados a la división, verificar el cumplimiento de las agendas medicas, jornadas laborales, e indicadores individuales de productividad y gestión del personal medico, coordinar y controlar que las actividades procedimientos e intervenciones se adecuen a las cláusulas de los contratos y convenios de

servicios de salud que se suscriban con otras entidades, con el fin de evitar las glosas de cuentas, presentar mensualmente a la subdirección científica las estadísticas de actividades procedimientos e intervenciones realizadas, con el fin de establecer indicadores de gestión y productividad que contribuyan a la toma de decisiones, verificar que se cumplan las normas técnicas para las actividades procedimientos e intervenciones de promoción y prevención realizadas en la respectiva división, reglamentadas en la resolución 412, Llevar el inventario permanente de los insumos y semanalmente pasar el informe a la subdirección científica haciendo las requisiciones respectivas. La coordinadora departamento ca. de cervix, aparte de sus funciones como coordinadora de departamento debe diligenciar la historia clínica de primera vez, leer los resultados de las citologías tomadas y decidir la conducta según sea el caso. Igualmente la coordinadora departamento PAI aparte de sus funciones de coordinación del departamento, es la persona encargada de diligenciar la historia clínica de primera vez.

MEDICOS SALAS P Y P:

realizar a los usuarios las actividades, procedimientos e intervenciones propias de cada programa, remitir a los usuarios a la institución donde se les brinde atención en morbilidad en caso que el usuario presente alguna afección que requiera dicha atención, referir a los usuarios a los demás programas de promoción y prevención que tiene la institución tendiendo en cuenta las características propias de cada uno, utilizar los servicios de apoyo asistencial con que cuenta la institución según lo amerite el caso, ingresar los datos solicitados por el sistema en cada actividad, procedimiento o intervención realizada, acordar con el usuario y/o sus familiares la fecha y hora del próximo control verificando la disponibilidad del espacio en la agenda de programación y dejar esta información escrita en el sistema y en el carnet de atención del usuario, establecer con el usuario y o familiares los ideales en salud a alcanzar y enseñar como lograrlos, integrar a todo el círculo familiar a las actividades procedimientos e intervenciones que se realicen, empoderar al

usuario y o familiares en el auto-cuidado de la salud, entregar material impreso a los usuarios y o familiares en donde explique los hábitos saludables, los ideales de salud a alcanzar e informe sobre hábitos nocivos.

ODONTÓLOGOS E HIGIENISTAS ORALES:

realizar a los usuarios las actividades, procedimientos e intervenciones propias de cada programa, ingresar los datos solicitados por el sistema en cada actividad, procedimiento o intervención realizada, acordar con el usuario y/o sus familiares la fecha y hora del próximo control verificando la disponibilidad del espacio en la agenda de programación y dejar esta información escrita en el sistema y en el carné de atención del usuario, establecer con el usuario y o familiares los ideales en salud a alcanzar y enseñar como lograrlos, entregar material impreso a los usuarios y o familiares en donde explique los hábitos saludables los ideales de salud a alcanzar e informe sobre hábitos nocivos, integrar a todo el círculo familiar a las actividades procedimientos e intervenciones que se realicen, empoderar al usuario y o familiares en el auto-cuidado de su salud.

AUXILIAR DEPARTAMENTO CA. DE CERVIX:

Recibir al usuario en el consultorio de citologías y solicitarle los datos básicos, marcar las láminas con el numero de historia clínica de cada usuaria, realizar el procedimiento de toma de citología Cervico-uterina según las normas técnicas de la resolución 412 y teniendo en cuenta las normas de bioseguridad, fijar correctamente las láminas y dejarlas en el porta láminas, enviar las láminas de las citologías tomadas junto con los respectivos formatos al laboratorio, llevar un registro diario de los usuarias, expedir carnet si es primera vez, recibir los resultados provenientes del laboratorio y remitirlo al/a jefe del departamento, vigilar que el consultorio de citologías se encuentre con los equipos e insumos

necesarios para poder realizar los procedimientos e informar al/a jefe del departamento las necesidades e inconvenientes que se presenten.

CITOTECNOLOGA:

recibe y registra el material de citología, identifica las láminas cubre-objetos, prepara los reactivos y baterías de coloración necesarios para la realización del estudio, realiza el montaje de las láminas, colorea las láminas del material citológico, realiza el diagnóstico y selecciona casos sospechosos y los pasa al patólogo para su estudio, registra los datos del paciente con su respectivo diagnóstico, archiva las láminas examinadas y hojas de solicitud con los datos del paciente, tipea y firma los resultados de los exámenes, cumple con las normas y procedimientos en materia de seguridad integral establecidos por la organización, mantiene en orden equipo y sitio de trabajo, reportando cualquier anomalía, elabora informes periódicos de las actividades realizadas, realiza cualquier otra tarea afín que le sea asignada.

AUXILIAR DEPARTAMENTO PAI:

cuyas funciones son: Llevar un registro de la temperatura de la nevera que contiene los biológicos del PAI dos veces al día, asear la nevera del PAI una vez al mes, asegurándose que se cumpla el plan de contingencia para garantizar la cadena de frío, llevar un registro diario de salidas de biológicos, realizar cada fin de mes el consolidado de vacunas y enviarlo a la secretaria de salud departamental junto con la solicitud de las vacunas del próximo mes y las jeringas, acordar con el usuario y/o familiares la fecha de la próxima vacunación y registrarla en el carné y en el sistema, llevar un archivo en el sistema de las historias vacunales de todos los usuarios, manipular adecuadamente los biológicos, teniendo en cuenta las normas de bioseguridad y la cadena de frío, organizar un termo con las vacunas que se van a utilizar diariamente, revisar el carné de cada

usuario que acuda al servicio, para verificar las fechas de vacunación, educar a los familiares y/o usuarios sobre las posibles reacciones adversas, administrar las vacunas a cada usuario siguiendo las normas técnicas de la resolución 412, expedir en la primera vez el carné de vacunación de cada usuario y entregárselo con la fecha de la próxima vacunación.

PSICÓLOGO:

reforzar aspectos relacionados con salud mental en los usuarios que así lo requieran según el riesgo psico-social que exista, ingresar los datos solicitados por el sistema en cada actividad, procedimiento o intervención realizada, acordar con el usuario y/o sus familiares la fecha y hora del próximo control verificando la disponibilidad del espacio en la agenda de programación y dejar esta información escrita en el sistema y en el carné de atención del usuario, establecer con el usuario y o familiares los ideales en salud a alcanzar y enseñar como lograrlos, entregar material impreso a los usuarios y o familiares en donde explique los hábitos saludables, los ideales de salud a alcanzar e informe sobre hábitos nocivos, Integrar a todo el círculo familiar a las actividades procedimientos e intervenciones que se realicen, empoderar al usuario y o familiares en el autocuidado de su salud y explicarle la importancia que tiene esta en la realización personal del individuo en la sociedad, realizar la respectiva contra-remisión al profesional que solicitó el servicio, poniéndolo al tanto de las actividades procedimientos e intervenciones que se realizaron y los ideales en salud a alcanzar.

NUTRICIONISTA:

La nutricionista debe reforzar aspectos relacionados con la nutrición en los usuarios que así lo requieran según el riesgo nutricional que exista, ingresar los datos solicitados por el sistema en cada actividad, procedimiento o intervención realizada, acordar con el usuario y/o sus familiares la fecha y hora del próximo

control verificando la disponibilidad del espacio en la agenda de programación y dejar esta información escrita en el sistema y en el carné de atención del usuario, establecer con el usuario y o familiares los ideales en salud a alcanzar y enseñar como lograrlos, entregar material impreso a los usuarios y o familiares en donde explique los hábitos saludables, los ideales de salud a alcanzar e informe sobre hábitos nocivos, Integrar a todo el círculo familiar a las actividades procedimientos e intervenciones que se realicen, empoderar al usuario y o familiares en el autocuidado de su salud y explicarle la importancia que tiene esta en la realización personal del individuo en la sociedad, realizar la respectiva contra-remisión al profesional que solicitó el servicio, poniéndolo al tanto de las actividades procedimientos e intervenciones que se realizaron y los ideales en salud a alcanzar.

TRABAJO SOCIAL:

Es la persona encargada de contactar a los usuarios para recordarles las citas y resolver problemas relacionados con el acceso y la continuidad, como en casos de deserción contactando a los usuarios y realizando visitas domiciliarias.

6.3 PROCESO ASISTENCIAL (ver anexo N°2).

1. El usuario solicita la cita telefónicamente o personalmente.
2. los recepcionistas comprueban el estado del afiliado en la base de datos, toman la información básica y proceden a la asignación de la cita.
3. el usuario asiste a la cita en la fecha y hora programada.
4. el usuario presenta la documentación requerida al auxiliar de facturación.
5. el auxiliar de facturación verifica en el sistema si el usuario esta activo.

6. si el usuario esta activo, entonces el auxiliar de facturación solicita código de atención y genera RIPS.
7. el usuario espera ser llamado en la sala de espera.
8. el usuario se dirige a la sala de atención indicada.
9. el profesional que atiende, realiza actividad, procedimiento o intervención.
10. el usuario sale satisfecho y empoderado de su salud.

6.4 ESTRATEGIAS DE MERCADEO

1. DEMANDA INDUCIDA:

La demanda inducida será realizada por: los médicos que realicen la atención en morbilidad, quienes remitirán a los usuarios hacia nuestra institución; los recepcionistas que al tener contacto con un usuario potencial le informaran sobre los diferentes programas que presta la institución y los orientaran para que se inscriban en los que les correspondan según las características de cada persona (edad, grupo etareo, condición, etc.), interrogaran sobre los demás integrantes de la familia y los canalizaran para que ingresen a los programas, incorporando el mayor número posible de personas del circulo familiar; los médicos de salas P y P mediante la canalización de los usuarios hacia los otros programas y la vinculación de los familiares de los usuarios en los demás programas.

2. PUBLICIDAD EN MEDIOS MASIVOS:

Se harán diferentes comerciales en medios masivos como la radio, televisión y prensa, en los cuales se incentive la utilización de los servicios de la institución.

3. UNIDADES MOVILES DE COMUNICACIÓN:

Se harán jornadas de perifoneo en diferentes sectores de la ciudad, con el fin de motivar a las personas a la utilización de los programas ofrecidos por la institución.

4. VALLAS PUBLICITARIAS:

Se colocaran vallas publicitarias en diferentes sectores de la ciudad, en las cuales se promocióne de una manera llamativa los diferentes programas ofrecidos por la institución.

6.5 ESTRATEGIAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD:

Se garantizará la continuidad en la atención contactando a cada usuario un día antes de la cita para recordarle y si el usuario no asiste a la cita o control programado, se le contactara igualmente para indagar por su inasistencia y si es posible facilitarle el acceso y continuidad en los programas. Estas funciones estarán a cargo de la trabajadora social.

6.6 HISTORIAS CLINICAS (ver anexo N°)

1. todos los programas deberán tener su propio formato de historia clínica.
2. A todos los usuarios que ingresen a cualquier programa se les debe abrir historia clínica.
3. Todos los programas deben tener historia clínica de control, excepto el de agudeza visual, atención al joven, ca. de seno y atención al recién nacido.
4. En todos las historias clínicas, excepto en PAI y ca. de cervix, deberá consignarse cualquier problema de morbilidad encontrado y que necesite tratamiento, especificando a donde se remite.

5. En todas las historias clínicas de primera vez, deberán consignarse todos los antecedentes médicos que tenga la persona, haciendo énfasis en los correspondientes al programa.
6. En todas las historias clínicas, excepto en PAI y ca. de cervix, además de consignarse los factores de riesgo, deberán consignarse también los ideales de buen vivir.
7. En todas las historias clínicas, excepto en PAI y ca. de cervix, deberán consignarse el plan de manejo de factores de riesgo y el plan para lograr ideales de buen vivir.
8. En todas las historias clínicas debe ir consignada la fecha del control o próximo control.
9. Siempre al final de cada historia clínica se debe especificar a que otro programa se remite al usuario y si se solicita interconsulta por alguna unidad de apoyo asistencial.
10. Siempre al final de cada historia clínica debe ir firma y sello del prestador.

6.7 PROCESOS (ver anexo N°3)

La institución realizara tres clases de procesos a saber:

1. PROCESO DE DIRECCIÓN:

- planificación del sistema
- convenios
- gestión de la calidad

2. PROCESO DE ATENCION AL USUARIO.

- Departamentos Asistenciales

- Unidades de apoyo asistencial.

3. PROCESO DE APOYO ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

- Compras
- Recurso humano
- Contabilidad general
- facturación

6.8 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

6.8.1 Programas de protección específica

VACUNACIÓN SEGÚN EL ESQUEMA DEL PAI

DEFINICIÓN

El Programa Ampliado de Isoinmunizaciones - PAI -, a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles, es el resultado de una acción conjunta de las Naciones del mundo que requiere de alto nivel técnico y respaldo político para lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles a la población menor de 5 años.

OBJETIVO GENERAL

El Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI- tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con

el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Consolidar la certificación de la erradicación de la Poliomiélitis.
- Erradicar el Sarampión en Colombia para el año 2000.
- Eliminar el Tétanos Neonatal para el año 2000.
- Reducir la morbilidad y mortalidad por Meningitis tuberculosa, Difteria, Tosferina, Rubéola y Rubéola Congénita. Neumonías, Meningitis y epiglotitis por Haemophilus influenzae tipo b, Hepatitis B y Fiebre Amarilla.
- Garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a toda la población colombiana objeto del PAI.
- Controlar problemas de Salud Pública que se puedan intervenir a través de la vacunación.

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

DEFINICIÓN

La Atención Preventiva en Salud constituye un conjunto de actividades con efecto comprobado científicamente sobre el individuo, encaminadas a mantener la salud bucal y disminuir la presencia de las principales patologías orales en la población.

Está compuesta por:

- Control y remoción de placa bacteriana
- Aplicación de flúor
- Aplicación de sellantes
- Detartraje supragingival (Control mecánico de placa)

OBJETIVO GENERAL

Disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Control y remoción de la placa bacteriana

Revisar la cantidad de placa bacteriana presente en la boca, enseñar la forma de eliminarla diariamente de los dientes y tejidos circundantes de cavidad oral como lengua, paladar, surco y vestibular; entre otros, e indicar al paciente la forma adecuada de realizar el cuidado bucal diario.

2. Aplicación de Flúor

Fortalecer la superficie del diente (esmalte), así como reducir la acción de los microorganismos (streptococo mutans principalmente), la producción de ácidos y la formación de cavidades en el tejido dentario.

3. Aplicación de sellantes

Modificar la superficie de diente en áreas que presenten fosas y fisuras a fin de disminuir el acumulo de placa bacteriana y facilitar la remoción de la misma en el proceso de cepillado e higiene bucal y minimizar el riesgo de iniciación de caries dental en las superficies con fosas y fisuras profundas.

4. Detartraje supragingival

Remover mecánicamente la placa bacteriana y los depósitos calcificados de la porción coronal del diente, para evitar daños en los tejidos de soporte.

ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

DEFINICIÓN

La Atención del Recién Nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir.

La mayoría de las complicaciones del período neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del período neonatal.

OBJETIVO

Apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problemas en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en la niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos.

OBJETIVO

Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

6.8.2 Programas de detección temprana

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (MENORES DE 10 AÑOS).

DEFINICIÓN

Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

OBJETIVO

Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS).

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a la población entre 10 a 29 años, tendientes a garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre la protección de la salud.

OBJETIVO

Detectar tempranamente los problemas de salud que afectan el desarrollo de la población entre los 10 y 29 años de edad.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL EMBARAZO.

DEFINICIÓN

Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el

nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo

OBJETIVOS

- Vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsicosociales que incidan en el mencionado proceso.
- Detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas.
- Ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYORES 45 AÑOS).

DEFINICIÓN

La atención del adulto mayor de 45 años, se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas de las patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

OBJETIVO

Detectar oportunamente la presencia de enfermedades crónicas en el adulto mayor de 45 años.

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

DEFINICIÓN

La detección temprana del cáncer de cuello uterino corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre 25 y 69 años o menores de 25 años con vida sexual activa, para la toma de citología Cérvico uterina.

La atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino, corresponde al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres con diagnóstico de lesión preneoplásica, tendientes a incrementar las posibilidades de curación, minimizar los riesgos de complicación y aumentar el tiempo de sobrevida y su calidad.

OBJETIVO

Identificar oportunamente lesiones preneoplásicas y neoplásicas del cuello uterino, orientar a las mujeres afectadas hacia los servicios de diagnóstico definitivo y definir de manera adecuada y oportuna el tratamiento, tendiente a incrementar las posibilidades de curación y el tiempo de sobrevida.

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO.

DEFINICIÓN

La atención para la detección temprana del cáncer de seno, hace referencia a la realización de mamografía de cuatro proyecciones, que permita identificar oportunamente, masas en el seno sugestivas de lesión maligna y que hacen pertinente la confirmación diagnóstica y el tratamiento correspondiente.

OBJETIVO

Detectar tempranamente el Cáncer de Seno, proporcionando acciones oportunas de diagnóstico y el adecuado tratamiento de la enfermedad.

DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL.

DEFINICIÓN

La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual, da cuenta del conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones orientadas a detectar precozmente la existencia de alteraciones de la agudeza visual posibles de intervención a través de la toma de agudeza visual a personas de 4, 11, 16, 45, 55, 65 y más años y del examen oftalmológico en personas de mayores de 55 años.

OBJETIVO

Detectar tempranamente las alteraciones de la agudeza visual (baja visión, visión subnormal) y ceguera en la población, a través de la toma de la agudeza visual.

6.9 PLANILLA DE PERSONAL

Cuadro 4. Planilla de personal

CODIGO	CARGO	DEPENDENCIA
1	Gerente general	Gerencia general
2	subdirector científico	subdirección científica
3	subdirector administrativo	Subdirección administrativa
4	coordinador salas P y P	Dpto. salas P y P
5	coordinador Dpto. salud bucal	Dpto. salud bucal
6	coordinador Dpto. PAI	Dpto. PAI
7	coordinador Dpto. CA de cervix	Dpto. CA de cervix
8	coordinador apoyo logístico	apoyo logístico
9	secretaria de gerencia	gerencia general
10	secretaria de subdirección científica	subdirección científica
11	Secretaria de subdirección administrativa	subdirección administrativa
12	medico salas P y P	salas P y P
13	Odontólogo	Dpto. salud bucal
14	higienista oral	Dpto. salud bucal
15	enfermera auxiliar PAI	Dpto. PAI
16	enfermera auxiliar CA cervix	Dpto. CA de cervix
17	Citotecnologa	Dpto. CA de cervix
18	Nutricionista	servicios apoyo asistencial
19	Psicólogo/a	servicios apoyo asistencia
20	jefe de compras	Dpto. de compras
21	jefe de recursos humanos	Dpto. de recursos humanos
22	jefe de facturación	Dpto. de facturación
23	jefe de contabilidad	Dpto. de contabilidad
24	Recepcionista	apoyo logístico
25	Aseador/a	apoyo logístico
26	Vigilante	apoyo logístico
27	asesor jurídico	Staff
28	revisor fiscal	Staff
29	Cajero	Dpto. de facturación

6.10 FORMAS DE CONTRATACION

1. EXTERNA

POR SERVICIO: las aseguradoras pagaran a la IPS por cada actividad, procedimiento o intervención realizada a sus afiliados teniendo en cuenta un manual tarifario previamente diseñado, de esta manera el riesgo financiero estará sobre el financiador y se podrá hacer una verdadera inducción de la demanda.

2. INTERNA

Los trabajadores se contrataran en su mayoría por contratos de trabajo a término fijo, con excepción de los servicios de aseo y vigilancia los cuales serán contratados por outsourcing y los del equipo de staff que serán remunerados por cada asesoria hecha.

6.11 INDICADORES DE GESTIÓN

INDICADOR 1:

OBJETIVO: satisfacer a las administradoras con el servicio prestado

INDICADOR: numero de administradoras a las que la IPS les presto servicios y

Están satisfechas con el x 100

Numero total de administradoras a las que la IPS les presto

Servicios en un trimestre dado

META: 95%

INDICADOR 2:

OBJETIVO: satisfacer a los usuarios con el servicio prestado

INDICADOR: numero de usuarios satisfechos con el servicio x 100

Numero total de usuarios que recibieron el servicio en un trimestre dado

META: 95%

INDICADOR 3

OBJETIVO: Vincular al mayor número posible de personas del círculo familiar de los usuarios a los programas ofrecidos.

INDICADOR: numero de atenciones a usuarios a partir de las cuales se

Vincularon Familiares x 100

Numero total de atenciones en un trimestre dado

META: 90%

INDICADORES 4

OBJETIVO: realizar estrategias para garantizar la continuidad de los usuarios en los programas.

INDICADOR 4.a

Numero usuarios desertados que se contactaron para facilitarles el acceso y continuidad x 100

Numero total de usuarios desertados en un mes

META: 100%

INDICADOR 4.b

Numero de usuarios que se contactaron para recordarles la cita x 100

Numero total de citas dadas en un mes

META: 100%

INDICADOR 5

OBJETIVO: vincular al mayor número posible de personas de la población

Afiliada a los programas.

INDICADOR

Numero total de personas afiliadas a las aseguradoras que la IPS les presta servicios y que han ingresado a alguno de los programas ofrecidos por la IPS x 100

Numero total de personas afiliadas a las aseguradoras que la IPS les presta servicios

META: 95% en 2 años

INDICADOR 6

OBJETIVO: eliminar la actividad curativa de los programas.

INDICADOR:

Numero de usuarios a quienes se les detecto problemas nuevos de morbilidad en una atención y se les realizo remisión x 100

Numero total de usuarios a quienes se les detecto problemas nuevos de morbilidad en una atención en 1 mes

META: 100%

INDICADORES DE RENTABILIDAD

OBJETIVO: obtener rentabilidad financiera

INDICADORES:

Margen bruto = utilidad bruta x 100

Ventas

Margen operacional = utilidad operacional x 100

Ventas

Margen neto = $\frac{\text{utilidad neta}}{\text{Ventas}} \times 100$

Ventas

Rentabilidad activo = $\frac{\text{utilidad neta}}{\text{Activo}} \times 100$

Activo

Rentabilidad patrimonio = $\frac{\text{utilidad neta}}{\text{Patrimonio}} \times 100$

Patrimonio

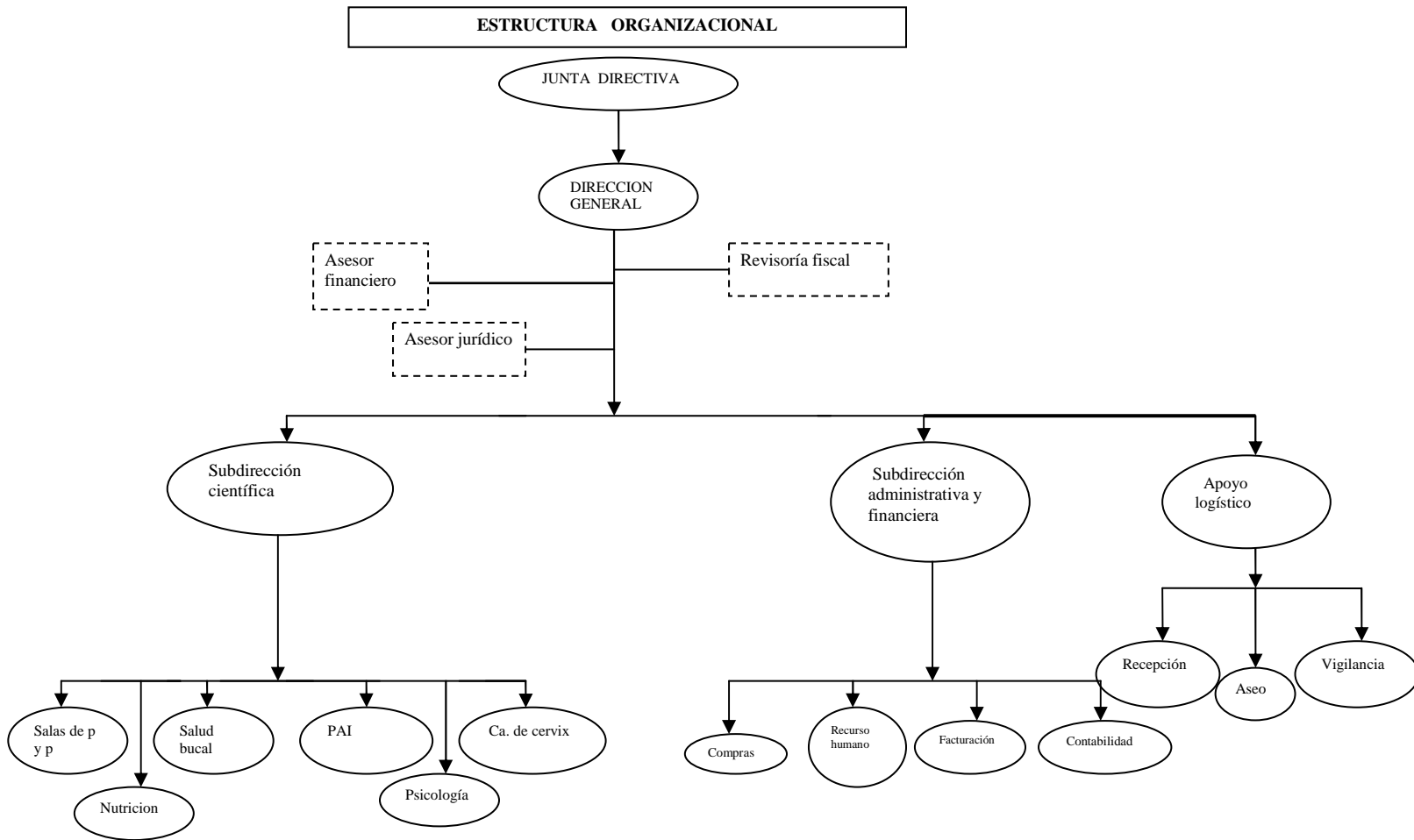
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://www.observatorio.saludsantander.gov.co/>, observatorio de salud pública de Santander.
2. http://www.saludsantander.gov.co/programa_pos.htm, secretaria de salud de Santander.
3. RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, antecedentes históricos de la promoción de la salud.
4. RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, conceptos y definiciones.
5. ESLAVA JUAN CARLOS, promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia, Revista Salud publica unal. Vol. 4 (1) marzo 2002.
6. RESTREPO HELENA. Promoción de la salud: como construir una vida saludable, agenda para la acción en promoción de la salud.
7. C. CRUZ ROJO, modelos biologicista y social en el campo de la salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Universidad de Sevilla.
8. VELEZ ALBA LUCIA, marco político y legal de la promoción de la salud, Colombia Med. 2000; 31: 86- 95.
9. Ley 100, sistema de seguridad social integral colombiano, diciembre 23 de 1993.
10. Ley 1122, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, 09-enero-2007.
11. <http://www.camaradirecta.com/>, cámara de comercio de Bucaramanga.

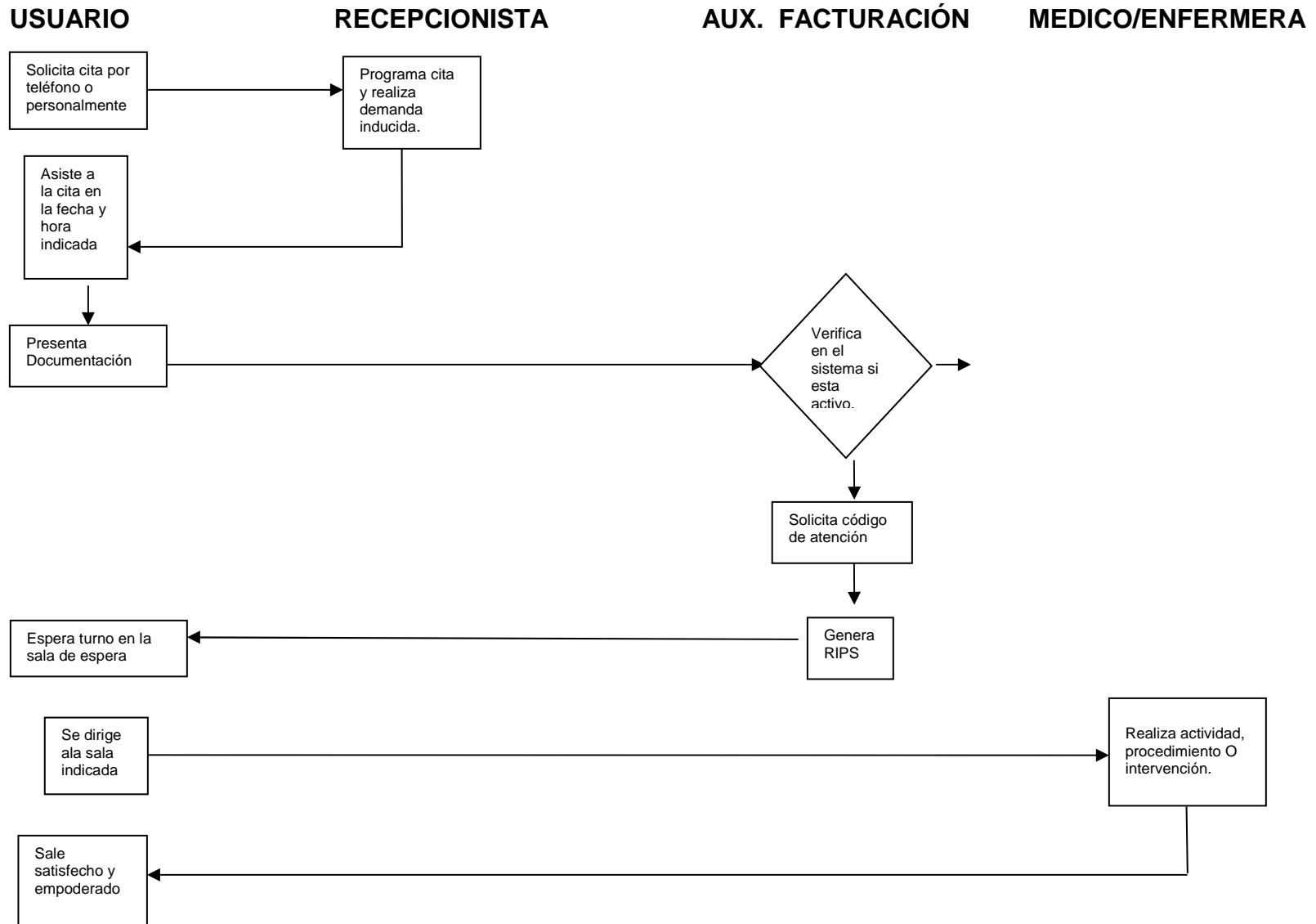
12. Decreto número 1011, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 3 abr 2006.
13. resolución número 1043, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios, 3 de abril de 2006.
14. Glosario de promoción de la salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1998.
15. FRANCO ALVARO, las políticas publicas en salud, al final del siglo, Rev. salud publica unal. Vol. 2, 2002.
16. RESTREPO HELENA, participación social en salud: un reto para la promoción de la salud, Rev. Facultad nacional de salud publica. Vol. 21, Nº 2, 2003.
17. FRANCO SAUL, proceso vital humano, proceso salud enfermedad: una nueva perspectiva, OPS.
18. QUIJANO CLARA, la promoción para la salud y la vida digna, www.paho.org 2004.
19. URIBE TULIA, el auto cuidado y su papel en la promoción de la salud, www.tone.udea.edu.co 1999.

ANEXOS

Anexo 1. Organigrama



Anexo 2. Proceso asistencial



Anexo 3. Mapa de procesos

