

**PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD EN LA ASOCIACIÓN DISPENSARIO PASTORAL  
SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA AÑO 2005**

**SONIA AMPARO CASTRO BELTRÁN  
MILVIDA LOZANO ORTIZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2005**

**PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE  
SERVICIOS DE SALUD EN LA ASOCIACIÓN DISPENSARIO PASTORAL  
SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA AÑO 2005**

**SONIA AMPARO CASTRO BELTRÁN  
MILVIDA LOZANO ORTIZ**

**Proyecto de Grado presentado como Requisito para optar al título de  
Especialista En Administración De Servicios De Salud**

**DIRECTOR  
HERNANDO BALLESTEROS MONSALVE**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
BUCARAMANGA  
2005**

## **AGRADECIMIENTOS**

Expresamos nuestro sincero agradecimiento al Doctor Hernando Ballesteros, por su inmensa colaboración, apoyo y acompañamiento durante el proceso investigativo y por que contribuyó a profundizar los conocimientos adquiridos durante la especialización.

Agradezco a mi familia, por todo el apoyo y la paciencia recibida durante esta etapa de formación.

Dedico este logro a la persona que ha colmado de Amor mi vida, mi pequeña, María Juliana.

**SONIA**

Dedico este esfuerzo a mi familia por su apoyo incondicional y paciencia durante el desarrollo de mi formación.

**MILVIDA**

## CONTENIDO

	pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>1. PROBLEMA</b>	<b>19</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	19
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
<b>3. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>21</b>
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>23</b>
4.1. MARCO HISTÓRICO	23
4.2. MARCO LEGAL	29
4.3. MARCO SOCIAL	37
4.4. MARCO CONCEPTUAL	41
4.4.1. El proceso Administrativo	41
4.4.1.1. Planeación	41
4.4.1.1.1. Componentes del Proceso de Planeación	42
<b>5. ANÁLISIS</b>	<b>51</b>
<b>5.1 ANÁLISIS EXTERNO</b>	<b>51</b>
5.1.1 Área De Influencia	51

	<b>pág.</b>
<b>5.2. ANÁLISIS INTERNO</b>	<b>59</b>
5.2.1. Descripción Del Sitio De Investigación	<b>59</b>
5.2.2. Planificación	60
5.2.2.1. Cultura Organizacional	60
5.2.2.1.1. Misión	60
5.2.2.1.2. Visión	60
5.2.2.1.3. Valores	60
5.2.2.1.4. Objetivos Corporativos	61
5.2.2.1.5. Normas	61
5.2.3. Organización	63
5.2.3.1. Estructura Organizacional	63
5.2.3.2. Protocolos	64
5.2.3.3. Recurso humano	64
5.2.3.4. Recursos físicos	65
5.2.4. Mercado	69
5.2.5. Análisis Financiero	75
5.2.6. Sistemas De Información	76
<b>6. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>78</b>
6.1. Análisis DOFA	78
6.2. Priorización	81
<b>7. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL</b>	<b>82</b>

<b>8. PROPUESTA</b>	<b>83</b>
8.1. JUSTIFICACIÓN	83
8.2. OBJETIVOS	83
8.2.1. Objetivo General	83
8.2.2. Objetivos Específicos	83
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>87</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>90</b>

## LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA POR ÁREA, AÑO 2004	53
Tabla 2. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA SEGÚN GENERO, AÑO 2004	54
Tabla 3. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA POR GRUPOS ETAREOS	55
Tabla 4. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA SEGÚN RÉGIMEN	58
Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA FÍSICA DE EL DISPENSARIO	66
Tabla 6. INVENTARIO DE ELEMENTOS DEVOLUTIVO	67
Tabla 7. PORTAFOLIO DE SERVICIOS	73
Tabla 8. MATRIZ DOFA	79
Tabla 9. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	80
Tabla 10. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN	81

## LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SEGÚN GÉNERO	54
Gráfica 2. CONOCIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL	62
Gráfica 3. USUARIOS SEGÚN GÉNERO	70
Gráfica 4. TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL	70
Gráfica 5. INSTITUCIÓN DONDE RECIBE EL SERVICIO	71
Gráfica 6. MOTIVO DE USO DE SERVICIOS EN EL DISPENSARIO	71
Gráfica 7. SERVICIO MÁS USADO	72
Gráfica 8. FRECUENCIA EN EL USO DEL SERVICIO	72
Figura 1. INTEGRACIÓN DEL PROCESO ADMINISTRATIVO	43

## LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo 1. ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DEL DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUETA.	91
Anexo 2. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA.	92
Anexo 3. BALANCE GENERAL A DICIEMBRE 31 DE 2004.	93
Anexo 4. ESTADO DE PERDIDAS Y GANANCIAS A DICIEMBRE 31 DE 2004.	94
Anexo 5 . REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Resolución 4252 de 1997.	95
Anexo 6. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Decreto 2309.	98
Anexo 7. PROCESOS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Decreto 2309 de 2002.	101
Anexo 8. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION. Decreto 2309 de 2002.	104
Anexo 9. CICLO DE ACREDITACIÓN O RUTA CRÍTICA.	105
Anexo 10. DEMANDA INDUCIDA Acuerdo 117/98 CNSSS Resolución 412/2000 MinSalud, Resolución 3384/2000 MinSalud.	106

## GLOSARIO

**Visión:** Es un sueño colectivo que puedo lograr a través de acciones de largo plazo proyectadas, dirigidas y orientadas a las metas corporativas y al cumplimiento de la MISIÓN

**Misión:** Es la razón de ser de la organización y su función permanente; debe dar respuesta al compromiso con: clientes, accionistas, colaboradores y medio ambiente

**Manual de Procesos:** Es la documentación normativa del proceso que define las políticas que lo regulan y la secuencia e interrelación entre los diferentes componentes, Igualmente determina los criterios y métodos necesarios para asegurar que la operación y el control sean eficaces.

**Valores:** cualidades que hacen particular a una organización, incluidos los éticos y morales, sobre los cuales, las personas sienten un fuerte compromiso de conciencia y los emplean para juzgar lo adecuado de las conductas propias y ajenas.

**I.P.S:** Son Instituciones Prestadoras de salud, que realizan contratos con las E.P.S para la atención de servicios de salud de sus afiliados. Organizaciones legalmente constituidas que cumplen con los requisitos exigidos por el Ministerio de protección social, las cuales pueden ser de carácter público, privado, mixto, solidario o comunitario.

**Prevención de la Enfermedad:** se realiza para evitar que el daño, en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

Promoción de la salud: busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejor condición de salud, psíquica y física de los individuos y colectividades.

Estrategias: son la combinación de acciones y recursos para el logro de los objetivos y de las metas.

Meta: es lo que se quiere alcanzar, son resultados a corto plazo, a los cuales se quiere llegar. Son fundamentales para la ejecución acertada de las estrategias. Son medibles, coherentes y claras además de ser cuantificables.

Actividades: Ejecución de tareas programadas por cada meta que se establezca

Objetivos: expresan claramente una intención. Son claros y denotan resultados que se pretenden alcanzar.

## RESUMEN

TITULO: PROPUESTA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ASOCIACIÓN DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA AÑO 2005 \*

AUTORES: CASTRO, Sonia. Enfermera. Universidad Mariana.  
LOZANO, Milvida. Bacterióloga. Universidad Javeriana.

PALABRAS CLAVES: Diagnóstico, Institución Prestadora de Servicios de Salud, primer nivel de atención, régimen subsidiada, SGSSS: sistema General de Seguridad Social en salud.

Esta investigación se realizó como una respuesta a los tantos interrogantes de la comunidad, la cual desea mejorar los servicios de salud ofrecidos de manera voluntaria a la población vulnerable de gran parte del Municipio de Piedecuesta. Es por esto que el presente trabajo muestra un diagnóstico de la situación encontrada y su respectivo análisis, sustentado en lo aplicable a las directrices gerenciales y administrativas que pueden desarrollarse dentro de una Institución que presta servicios de salud.

Además ofrece una propuesta la cual luego de ser evaluada y analizada por la Junta directiva de la Asociación Dispensario Pastoral de salud Parroquias de Piedecuesta año 2005.

Los objetivos de la Investigación fueron: OBJETIVO GENERAL: Diseñar una propuesta que permita mejorar la prestación de los servicios de salud que se ofrecen en el Dispensario Pastoral salud Parroquias de Piedecuesta, para poder garantizar de manera continuada, oportuna y eficiente de los servicios a la comunidad que lo requiera. Y como objetivos específicos se plantearon los siguientes:

1. Elaborar un diagnóstico actual de las condiciones de la prestación de servicios de salud del dispensario Pastoral salud Parroquias de Piedecuesta, de tal forma que se puedan establecer prioridades y alternativas de solución a los problemas encontrados.
2. Presentar a los Directivos de la Facultad de salud una propuesta para realizar convenios que permitan el acompañamiento y coordinación de las actividades a realizar en el dispensario por parte de la comunidad y las asignadas a los estudiantes de pregrado de la UIS, convirtiendo éste en un centro de práctica profesional.
3. Involucrar al ente gubernamental del Municipio en el fortalecimiento del dispensario pastoral salud parroquias de Piedecuesta.
4. Presentar a la Junta directiva de el dispensario pastoral salud parroquias de Piedecuesta, los requisitos necesarios para el cumplimiento de del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

Con el estudio se extraen las siguientes conclusiones: 1. Se identifica la necesidad de establecer un plan de trabajo para elaborar una planificación de las actividades que respondan a la responsabilidad del dispensario frente a los trabajos de Promoción y Prevención. 2. Los acuerdo verbales establecidos entre el dispensario y algunas instituciones académicas para la prestación de servicios con estudiantes en practica, deben formalizarse para poder tener garantía sobre las gestiones que se quieran hacer para el largo plazo. 3. Los convenios formales con estas instituciones se podrán exigir resultados a todos y cada uno de los practicantes que allí laboren.

---

\*Facultad de Salud. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Mary Lupe Angulo de Meza.

TITLE: PROPOSAL FOR THE FORTIFICATION OF THE BENEFIT OF SERVICES OF HEALTH  
IN THE ASSOCIATION PASTORAL CLINIC HEALTH PIEDECUESTA PARISHES YEAR 2005 \*

AUTHORS: CASTRO Sonia. Nurse. Mariana University.  
LOZANO, Mílvda. Bacteriologist. Javeriana University.

KEY WORDS: Diagnosis, Lending Institution of Services of Health, first level of attention, subsidized regime, SGSSS: General system of Social Security in health.

This investigation was made like an answer to the so many questions of the community, which wishes to improve the services of health offered of voluntary way to the vulnerable population of great part of the Municipality of Piedecuesta. She is by that the present work shows to a diagnosis of the found situation and its respective analysis, sustained in the applicable thing to the managerial directives and administrative that can be developed within an Institution that serves of health.

In addition it offers a proposal which after being evaluated and being analyzed by the Board of directors of the Association Pastoral Clinic of health Parishes of Piedecuesta year 2005.

The objectives of the Investigation were: GENERAL MISSION: To design a proposal that allows to improve the benefit of the services of health which they offer in the Pastoral Clinic health Parishes of Piedecuesta, to be able to guarantee of continued, opportune and efficient way of the services the community that requires it. And as objective specific the following ones considered:

1. To elaborate a present diagnosis of the conditions of the benefit of services of health of the Pastoral clinic health Parishes of Piedecuesta, of such form that can be established priorities and alternatives of solution to the found problems.
2. To present/display to the Directors of the Faculty of health a proposal to make agreements that allow to the support and coordination of the activities to make in the clinic on the part of the community and the assigned ones to the students of predegree of the UIS, turning this one a center of professional practice.
3. To involve to the governmental being of the Municipality in the fortification of the pastoral clinic health parishes of Piedecuesta.
4. To present/display to the Board of directors of the pastoral clinic health parishes of Piedecuesta, the necessary requirements for the fulfillment of of Decree 2309 of the 15 of October of 2002.

With the study the following conclusions are extracted: 1. Se identifies the necessity to establish a work plan to elaborate a planning of the activities that respond to the responsibility of the clinic as opposed to to the works of Promotion and Prevention. 2. The agreement verbal established between the clinic and some academic institutions for the benefit of services with students in practices, must become serious to be able to have guarantee on the managements that are wanted to do for the long term. 3. The formal agreements with these institutions will be able to be demanded results to all and each one of the medical instructors who toil there.

---

\* Faculty of Health. Specialization in Administration of Services of Health. Mary Lupe Angulo de Meza.

## INTRODUCCIÓN

Una organización, cualquiera que sea la actividad que realiza, si desea mantener un nivel adecuado de supervivencia y competitividad a largo plazo, debe realizar un análisis detallado del conjunto de cualidades, que le permita tomar decisiones formales, encuadradas en el marco del proceso de planeación, con el fin de fortalecer aspectos internos enfocados a maximizar la eficiencia y reducir los riesgos, para de esta manera asegurar su permanencia en el medio.

A raíz de los cambios legales, económicos y sociales, el sector salud enfrenta en Colombia retos inesperados que al ser asumidos por instituciones prestadoras de salud pueden desencadenar sobre estas, lesiones tales como gestión financiera y administrativa ineficaz. Se hace necesario por lo tanto ratificar una visión según la cual exista identificación del papel del Estado en la compensación de los desequilibrios sociales, y con las garantías que éste ofrezca brindar satisfacción de las necesidades humanas básicas.

Las instituciones de Salud en Colombia se encuentran ante la apremiante necesidad de responder a la exigente reforma que vive el sector salud y al cambio de contexto donde desarrollan su labor.

El presente trabajo tiene por objeto, servir de guía en el proceso de mejoramiento de la prestación de servicios en el Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta, para lo cual se realizará un diagnóstico de la situación de éste, que permita diseñar estrategias concretas de acuerdo a los recursos existentes y a partir de esto determinar el curso del camino a tomar.

La Asociación Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta es una Institución sin ánimo de lucro, de iniciativa privada, conformada por los agentes de pastoral de la salud de las parroquias de Piedecuesta, cuyo objeto principal es contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población del municipio y los servicios de salud estarán dirigidos principalmente a aquellas personas que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad.

La estructura administrativa del dispensario está a cargo de La Asamblea General, La Junta Directiva y el Secretario Ejecutivo, el personal de la parte asistencial está formado en estos momentos por profesionales que en calidad de voluntarios prestan sus servicios ocasionalmente a la comunidad.

Una vez realizado el diagnóstico se entró a focalizar los problemas con el fin de trabajar o desarrollar estrategias sobre los prioritarios, teniendo en cuenta la disponibilidad e los recursos con los que cuenta y el impacto que podría generar la aplicación de la propuesta sobre la organización; sin olvidar que cualquier decisión que se tome será decisiva para el futuro de la misma.

## **1. PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

El Municipio de Piedecuesta cuenta, según DANE, año 2004 con 103.014 habitantes de los cuales el 26.3% correspondiente a población subsidiada, el 29.3% al régimen contributivo, vinculados 38.1% y el 6.3% sin protección social, además la población desplazada.

La prestación de servicios de salud en las IPS públicas, las cuales cobran según tarifas establecidas por ley, convirtiéndose ésta en una de las barreras más importantes de acceso para la atención en la población más vulnerable.

A raíz de ésta necesidad se crea la asociación dispensario Pastoral salud Parroquias de Piedecuesta, la cual pretende dar cobertura a un porcentaje de la población de éste municipio que se encuentra fuera del sistema de salud y que por sus condiciones no se encuentran en capacidad de acceder a los servicios, convirtiéndose ésta institución en un apoyo para las personas más vulnerables; pero que por falta de soporte gerencial y logístico éste proyecto se encuentra estancado, por lo tanto no se está cumpliendo con el objetivo planteado en su creación. Entonces surge el interrogante: ¿qué se necesita para la verdadera puesta en marcha del proyecto Dispensario de Salud de Piedecuesta?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una propuesta que permita mejorar la prestación de los servicios de salud que se ofrecen en el Dispensario Pastoral salud Parroquias de Piedecuesta, para poder garantizar de manera continuada, oportuna y eficiente de los servicios a la comunidad que lo requiera.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Elaborar un diagnóstico actual de las condiciones de la prestación de servicios de salud del dispensario Pastoral salud Parroquias de Piedecuesta, de tal forma que se puedan establecer prioridades y alternativas de solución a los problemas encontrados.
2. Presentar a los Directivos de la Facultad de salud una propuesta para realizar convenios que permitan el acompañamiento y coordinación de las actividades a realizar en el dispensario por parte de la comunidad y las asignadas a los estudiantes de pregrado de la UIS, convirtiendo éste en un centro de práctica profesional.
3. Involucrar al ente gubernamental del Municipio en el fortalecimiento del dispensario pastoral salud parroquias de piedecuesta.
4. Presentar a la Junta Directiva de el dispensario pastoral salud parroquias de Piedecuesta, los requisitos necesarios para el cumplimiento de del Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

El presente proyecto pretende reactivar las acciones realizadas por el Dispensario de Salud de Piedecuesta, con el acompañamiento de la Universidad Industrial de Santander, a través de su facultad de salud en los programas de Medicina y Enfermería inicialmente, con el fin de proporcionar servicios de salud en éstas ramas, de forma tal que permita el acceso cómodo, oportuno y de calidad a quienes por diferentes motivos, en especial el económico no puedan acceder a los servicios de salud ofrecidos por las IPS ubicadas en el municipio de Piedecuesta.

Inicialmente se dará paso a la formalización de los servicios encaminados a Promover la salud y Prevenir la enfermedad, teniendo en cuenta que el dispensario tiene las herramientas necesarias para poder hacerlo y considerando además que ésta política está avalada por el Plan de Ordenamiento Territorial, dispuesta por el Municipio para el año 2005.

Actualmente el Dispensario funciona parcialmente debido a la falta de apoyo logístico y administrativo que por ahora aducen tener sus gestoras, quienes vienen trabajando por la comunidad más desprotegida desde hace 10 años y quienes con grandes esfuerzos han contribuido en la atención de la población vulnerable del sector, como también han buscado asesorarse y capacitarse en temas relacionados con la salud para así poder ofrecer un mejor trabajo comunitario, como lo expresa su constitución.

En éstos momentos se observa que el dispensario cuenta con una plataforma jurídica legalmente constituida, sin embargo, los resultados no son los esperados en sus inicios, ya que por el momento la atención médica y odontológica se

encuentran supeditadas a la colaboración de profesionales del área privada quienes a pesar de disminuir las tarifas, las mismas no son asequibles a toda la población. No ocurre lo mismo con los medicamentos, los cuales son donados por Organizaciones nacionales e Internacionales y que por el momento no son despachados y caducan en las institución, debido a falta de salida oportuna de los mismos.

Así mismo se observa que el dispensario cuenta con unas instalaciones en calidad de préstamo, las cuales se encuentran aptas para su uso, el cual actualmente es mínimo.

En vista de todo lo anterior es de nuestro mayor interés darle marcha ésta obra que con tanto esfuerzo y dedicación han logrado las personas que conforman la asociación la cual de una u otra forma aporta de manera complementaria a la prestación de los servicios que ofrece el sistema de salud, que tanto en Piedecuesta como en Santander atraviesa por un momento crítico.

El diseño metodológico aplicado fué Investigación Participación Acción I.A.P, que es un tipo de Investigación Cualitativa, éste tipo de investigación contribuye con la generación de un conocimiento del cual se apoderan los involucrados a través de la integración de la actividad investigativa con el trabajo educativo y la acción.

Este tipo de trabajo requiere de la identificación de distintos momentos:

Planificación, análisis situacional, análisis de los problemas y su priorización, búsqueda de alternativas de solución, planeación de plan de acción.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 MARCO HISTÓRICO**

Durante buena parte de su historia como República, Colombia ha buscado de diferentes caminos la forma de mejorar y garantizar la salud de sus habitantes.

A partir de esfuerzos aislados ocurridos en el siglo XIX y principios del XX, el país empezó a construir lentamente un sistema de seguridad social.

Hoy, 184 años después de que el Libertador Simón Bolívar hablara sobre la necesidad de tener un Estado que garantizara la Seguridad Social, y tras intentos fallidos y excluyentes, Colombia tiene hoy un nuevo Sistema de Protección Social.

Aunque actualmente existe una gran cantidad de acepciones de la Seguridad Social, esta se podría definir para efectos como "la parte de la ciencia política que, mediante adecuadas instituciones técnicas de ayuda, previsión o asistencia, tiene por fin defender y propulsar la paz y la prosperidad general de la sociedad a través del bienestar individual de todos sus miembros".<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, LEY 100 DE 1993. "POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SGURIDAD SOCIAL INTEGRAL".

De otro lado, y común a la mayoría de las definiciones y teorías de la seguridad social, se ha identificado una serie de principios que la rigen y que deben servir de parámetros en cualquier lugar donde se pretenda establecer, como la Universalidad, la Integración Prestacional, la Solidaridad, la Unidad de gestión, la Internacionalidad y la Igualdad de Beneficios.

Toda la transformación que ha sufrido la Seguridad Social en Colombia se ha caracterizado por una gran lentitud conceptual y normativa. En general se ha encontrado referida a la previsión social y a los seguros sociales obligatorios.

Aunque para la época no existía la concepción de seguridad social como un conjunto de medidas tendientes a garantizar paz y bienestar a los ciudadanos, ya el Libertador Simón Bolívar en su célebre discurso en el Congreso de Angostura de 1819 decía que "el gobierno más completo es el que comparte mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política".<sup>2</sup>

Bajo esa concepción nació el llamado Montepío Militar, que ayudaba a las familias de los militares que morían en la guerra. Esta institución sería reemplazada en 1917 por la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares que ha subsistido hasta nuestros días y que atiende las prestaciones económicas de los miembros de las Fuerzas Militares. De manera paralela se creó también la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, la Caja de Previsión Social de la Navegación y la Caja de Previsión Social de Comunicaciones.

En las décadas posteriores se hicieron algunos intentos por darle mayor presencia a la Seguridad Social pero no se consiguieron logros importantes. Con el

---

<sup>2</sup> COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, LEY 100 DE 1993. "POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL".

nacimiento de los Seguros Sociales en 1945 se dieron grandes pasos en la organización del sistema prestacional de los empleados oficiales y particulares. La Ley Sexta abrió el camino para los regímenes prestacionales de los servidores del Estado y trabajadores del sector privado, así como para Cajanal y el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS).

En 1946 nace el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) como un organismo privado, no oficial, no sujeto a la interferencia y vaivenes de la política partidista y de carácter puramente técnico. La aplicación de los seguros serían obligatorios en virtud del contrato de trabajo o de aprendizaje y con cobertura para riesgos de enfermedad, invalidez y muerte, y enfermedad y maternidad de la familia del asegurado. Los recursos y la administración estarían a cargo de patronos, empresarios y el Gobierno.

En esa misma década del 40 aparecen, además de CAJANAL, otra serie de Cajas de Previsión Social manejadas por los departamentos, municipios y organismos descentralizados que contaban con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa. Básicamente sus servicios eran de corte asistencial en salud y pagos de prestaciones económicas por riesgos de enfermedad común y maternidad, las profesionales y por invalidez, vejez y muerte. Se podría decir que el proceso de reordenamiento institucional y financiero actual del sector salud en Colombia ha estado precedido por una serie de acciones que podrían reseñarse dentro de dos épocas fundamentales: Una primera que se inició a finales del siglo XIX y se extendió hasta mediados del siglo XX y que está íntimamente relacionada al escaso desarrollo de la normatividad de la seguridad social. Durante esta etapa, la acción del Estado se redujo a la inspección y vigilancia, coacción y educación sobre la higiene y el ambiente, relacionándolas con las causas de las enfermedades. La salud ocupaba un espacio en las Constituciones políticas como “salubridad pública” en la actividad industrial y profesional (como en la de 1886) y como “asistencia pública” a los incapacitados para trabajar.

La segunda época está relacionada con el proceso de génesis, desarrollo y declinación del Sistema Nacional de Salud, ocurrida entre los años 60 y finales de los 80. La formación del Sistema ocurrió en un momento en el que se reafirmaron las tendencias “higienistas” del anterior período y la organización de los servicios sufrió una orientación técnica y salubrista en el contexto del movimiento internacional de la OMS, de la naciente OPS y del Plan Marshall de los Estados Unidos. En esta etapa la Salud Pública se afianzó integrándose a la dinámica del desarrollo. Como ya se ha mencionado, quizá el componente de mayor evolución normativa y organizacional dentro de la seguridad social ha sido el sector de la salud. Este sector realizó transformaciones importantes, como la creación de los Servicios Seccionales de Salud a La Seguridad Social en Colombia en toda su evolución se ha distinguido por una gran lentitud conceptual y normativa, y en general se ha encontrado referida a la previsión social y a los seguros sociales obligatorios.

La expedición de la Ley 10 de 1990 provocó un nuevo reordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud, mediados de los años 60, que sirvieron de base de la nueva estructura sectorial. Además se dio la aplicación y desarrollo del Plan Nacional Hospitalario (1969) y se estableció la concepción organizacional del Sistema de Regionalización de los servicios, con cuatro niveles diferenciales de atención médica.

En 1975 se dio organización formal al Sistema Nacional de Salud, cuya finalidad específica era la de procurar la salud de la comunidad en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Se acudió a la teoría general de sistemas frente a la diversidad de instituciones prestadoras de servicios. El sistema debía articular éstas últimas bajo un modelo centralista en las decisiones políticas, en la planeación y asignación de recursos, pero acompañado de un esquema de delegación funcional de la Nación a los departamentos, en materia de

la organización y prestación de los servicios de salud. El conjunto institucional, a su vez, fue agrupado en tres subsectores: oficial, de seguridad social y privado.

La expedición de la Ley 10 de 1990 provocó un nuevo reordenamiento administrativo y financiero del Sistema Nacional de Salud. Esta Ley se fundamentaba en la necesidad de mejorar los niveles de eficiencia fiscal y administrativa para la utilización de los recursos. Entre sus metas se encontraba la de asegurar la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad y oportunidad del servicio en el interior del subsector oficial, interactuando y armonizando los esfuerzos de este último con los de los restantes subsectores y con otros sectores. La Nación sería el ente rector, normativo, planificador, asesor y cofinanciador; y las entidades territoriales, departamentales, distritales y municipales dirigirían y prestarían los servicios por niveles de complejidad.

Uno de los cambios más importantes que abocó el sector salud ocurrió con la Reforma Constitucional de 1991, sufriendo alteraciones tanto en la concepción como en la implementación de un nuevo esquema.

La salud y la Seguridad Social se definieron como un servicio público, y se determinó que debería estar regida por los principios de Universalidad, Solidaridad, Eficiencia, Integralidad, Unidad y Participación.

Para darle un nuevo orden al sistema y buscar un uso eficiente de los recursos, se expidió la Ley 60 de 1993, que buscaba entre otros objetivos, establecer los ajustes necesarios a la estructura organizativa y de financiación de los servicios de salud. El problema que surgió con esta norma era que el sector institucional de la Seguridad Social quedaba desarticulado del Sistema de Salud y la garantía del servicio público de la Seguridad Social a la ciudadanía en materia de salud y régimen Prestacional irresoluta.

Era necesario volver a la búsqueda de un servicio único de salud, que integrara el Sistema de Salud al de Seguridad Social. Ese fue el sentido de la Ley 100 de 1993, la más ambiciosa de las reformas a la seguridad social realizadas en el país, superando incluso los esfuerzos realizados en 1946.

Hasta la aparición de la Ley 100, la Seguridad Social y el Sistema de Salud en Colombia se caracterizaban por una insuficiente cobertura de la protección en salud de la población, enormes diferencias en los recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, además de obligantes, sin canales financieros que permitieran la ayuda mutua entre afiliados y mucho menos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema.

Con la Ley 100 se pretendió garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población y se optó por una forma más racional de financiación de los servicios: bajo un Régimen Contributivo de patronos y trabajadores, que recoge la tradición de la Seguridad Social, y un Régimen Subsidiado para la población de escasos recursos, acorde a lo establecido en la nueva Constitución Política.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud creado en 1993 pretende, a través de la organización y ordenamiento de las instituciones y los recursos, el logro de los siguientes objetivos:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al Sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al Sistema.

Con el nuevo Sistema, por otra parte, se realiza un cambio fundamental sobre el aseguramiento, el cual incide de manera especial en el modelo de atención y prestación de los servicios de salud. Igualmente, la Ley, además de abordar los sistemas de pensiones y salud, así como algunas prestaciones económicas, desarrolla el servicio público de salud.

El nuevo sistema general se conformó de una organización mixta constituida esencialmente por dos regímenes, *el Contributivo y el Subsidiado*, que deben integrarse en su funcionamiento, y tienen una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad. El modelo incluye además un *Régimen de Vinculados Transitorios*, compuesto por personas pobres con poca capacidad de pago, que no se encuentran inscritos dentro de los regímenes anteriores.

Con el fin de lograr la universalidad y superar las restricciones de cobertura, el sistema planteó la obligatoriedad de la afiliación de los asalariados y de los grupos de población con capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema –Régimen Contributivo– mediante el pago de cotizaciones.

El primer efecto sobre la ampliación de la cobertura es la extensión de la protección de la Seguridad Social a todos los miembros de la familia del trabajador cotizante.

El Sistema de Protección Social definido en la Ley 789 de 2002 y la posterior fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para conformar el actual Ministerio de la Protección Social, apuntan a una nueva visión en la que el manejo social del riesgo se impone.

El Sistema de Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de

los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y al trabajo.

## **4.2 MARCO LEGAL**

Con la reforma producida por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el panorama de la atención en salud a la población Colombiana y para responder a las reglas y objetivos relativos a la protección integral, libre escogencia, autonomía administrativa calidad y participación social, los hospitales públicos realizan una profunda revisión de la estructura y funcionalidad con los que venían operando en sus procesos administrativos, gerenciales, logísticos y asistenciales, en el antiguo Sistema Nacional de Salud, con el fin de adaptarse a las exigencias del modelo de prestación de servicios de salud, ordenado por la nueva Constitución Política Colombiana y desarrollado legislativamente por la Ley 100 y subsecuentes Leyes, decretos y resoluciones que la amplían y reglamentan.

Detrás de la reforma laboral (Ley 789 de 2002), Pensional (Ley 797) y Riesgos profesionales (Ley 776 de 2002). Está un nuevo concepto que ha venido imponiéndose en el mundo: *PROTECCIÓN SOCIAL*, entendido como la responsabilidad del estado de proteger a las familias frente a los riesgos económicos de la enfermedad, la vejez y los accidentes laborales. Esta concepción significa un avance, pues compromete a los estados a ir más allá del fomento de la seguridad social, para asumir la protección real de sus asociados. De hecho en la fusión de los ministerios de salud y trabajo, en el de protección social, está implícito el nuevo enfoque.

El objeto fundamental en el área de pensiones, es crear un sistema viable que garantice unos ingresos aceptables a los presentes y futuros pensionados.

En salud, los programas están enfocados a permitir que los Colombianos puedan acceder en condiciones de calidad y oportunidad a los servicios básicos.

Uno de los cambios más dramáticos, en orden a obtener la autonomía financiera y administrativa prevista, consistió en transformar los subsidios de los recursos del estado de la demanda a la oferta, lo que obligó a los hospitales a orientar sus objetivos corporativos a las necesidades de sobrevivir, crecer, desarrollarse, y garantizar el cumplimiento de su misión social y sostenibilidad financiera mediante la implementación de una serie de funciones hasta entonces inexistentes o desconocidos para ellos, relacionados con los procesos de mercadeo, negociación, contratación, facturación, cartera, y atención con Calidad y calidez a los usuarios.

En este mismo orden de ideas, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, introdujo la libre competencia entre administradoras y prestadoras de servicios y la libre escogencia de los usuarios de quien les administre y les preste los servicios. De esta forma obligó a los Hospitales públicos a desarrollar una serie de estrategias de competitividad para mejorar el acceso y la cobertura de usuarios de los servicios en condiciones más favorables posibles y lograr un mayor número de contratos con volúmenes de producción de servicios y por ende de ingresos cada vez mayores partiendo de modelos administrativos centrados en satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes, aseguradoras y usuarios.

Estos últimos, en el ejercicio de la libre elección del asegurador y del prestador de servicios de salud, se convierten mediante su demanda, en los reguladores de la oferta de alternativas de atención. Y por tanto, en los moderadores de las tendencias del mercado.

Consecuentemente los Hospitales públicos para controlar y beneficiarse de las dinámicas del desarrollo del sector salud, convertido en mercado potencial de

sus servicios, han tenido que apropiarse de estrategias de supervivencia que garanticen la integración a la comunidad de su área de influencia, para calificar su imagen corporativa y posicionar sus servicios de forma que los haga atractivos a la Comunidad, Usuarios, Aseguradoras y otros prestadores.

Así mismo, el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, al reemplazar el viejo paradigma de que el acceso a los servicios de salud se daba gracias a la caridad y beneficencia de los Hospitales públicos por el del derecho Constitucional a la seguridad social de todos los Colombianos, abrió la posibilidad de que los usuarios crearán conciencia sobre sus derechos y deberes, a la vez que creó los espacios Institucionales y Sociales para que participen en los órganos de dirección y control de las IPS públicas y utilicen las instancias institucionales para que manifieste su percepciones y concepto sobre el proceso de prestación de servicios.

Así mismo se definen sistemas de aseguramiento que para el caso vale la pena mencionar de los dos mecanismos definidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizarle a la población sin capacidad de pago y cubrir el monto total de la cotización, lo que hoy se conoce como Régimen Subsidiado, cuya población está amparada por un subsidio total o parcial financiado por el sistema.

Art. 211. Ley 100/93 lo define como: “conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos, al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través de pago de una cotización subsidiada total o parcialmente con recursos fiscales o de solidaridad”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD. RE-CREAR. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO EN EL SGSSS. BOGOTÁ .2000.

El otro mecanismo es el de Vinculado al Sistema, donde se encuentran todos aquellos Colombianos en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, es decir, en incapacidad de cubrir sus necesidades básicas de subsistencia, incluidas las de salud y que *No* se encuentran cubierto con ningún seguro de salud.

Los usuarios Vinculados deberán ser atendidos en las IPS públicas, Empresas Sociales del Estado, y las entidades privadas que contraten con el estado.

Por ser “NO ASEGURADOS” No tienen un plan de beneficios definido, ésta población paga cuotas de recuperación así:

Nivel de SISBEN 1 el 5 %, Nivel 2 el 10% y Nivel 3 hasta el 30%, de los servicios recibidos.

Resolución 4252 de 1997, establece las Normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud. Se fija el procedimiento de registro de Declaración de Requisitos Esenciales y se dictan otras disposiciones. Reglamenta los requisitos esenciales y los define como “las condiciones de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnicos-administrativos, registros para el sistema de información, transporte y comunicaciones y auditoria de servicios que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud”. Adicionalmente establece algunas características como la posibilidad de establecer planes de cumplimiento, fija como objetivo .garantizar la atención en condiciones Los procesos de tipo Gerencial y aun los procesos de soporte tienen mucha similitud en su aplicación, independientemente que sean empresas industriales o de servicios; las grandes diferencias se encuentran en los procesos de la cadena de valor.

La resolución 412 del 25 de Febrero de 2000, permite establecer tres grandes componentes relacionados a las actividades tendientes a preservar la salud

mediante la puesta en marcha y fortalecimiento de las actividades correspondientes a Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Esos tres componentes son:

Actividades de protección específica, actividades de detección temprana y actividades de interés en salud Pública.

Las primeras, Actividades de Protección específica, pretenden disminuir los riesgos de enfermedad a través de campañas intensas de Prevención, con actividades tales como la Vacunación, hoy en día considerado como uno de los pilares fundamentales en toda institución de salud en cuanto al cumplimiento de la resolución 3384 de 2001, así mismo actividades tendientes a disminuir la principal causa de morbilidad en Colombia como es la caries dental dentro de la población infantil principalmente.

De las actividades de Detección Temprana, donde se debe resaltar la importancia que se le ha dado a programas como la Detección oportuna del Cáncer de cuello uterino, segunda causa de muerte en Colombia, el programa de detección oportuna de alteraciones del embarazo, y detección de alteraciones del joven, por mencionar algunos, donde el objetivo principal es el de contribuir a reducir al mínimo la presentación de eventos prevenibles a través de un diagnóstico oportuno y tratamiento apropiado.

Por último se encuentra, la asignación que realiza el estado, para actividades tendientes a disminuir la frecuencia de eventos que amenazan constantemente la salud pública, debido a la diversidad de la geografía Colombiana, y la cual puede controlarse mediante acciones oportunas, eficaces y apropiadas según el caso, a nivel individual, comunitario e institucional.

La resolución pretende que toda institución de Primer nivel de atención, implemente todos estos protocolos de manejo y guías de atención al paciente, que

lo requiera, y así poder brindar mejor calidad de vida a los usuarios, mediante una disminución significativa de estancias hospitalarias y menor presentación de secuelas en el individuo.

Posteriormente aparece también la ley 715 de 2001, esta norma crea y reglamenta el sistema general de participaciones en reemplazo de los anteriores; situado fiscal y participaciones sobre los ingresos corrientes de la nación la cual pretende distribuir de manera adecuada los recursos existentes en los municipios.

Surge luego el Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, el gobierno nacional redefinió el Sistema Obligatorio de garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social. Igualmente expidió las resoluciones 1439 de 1 de Noviembre y 1474 de 7 de Noviembre, que con sus anexos complementan la organización del Sistema de Garantía de calidad obligatorio para prestadores y aseguradores como también para entidades adaptadas y cuyas características son:

**ACCESIBILIDAD:** entendida como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema.

**OPORTUNIDAD:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**SEGURIDAD:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

PERTINENCIA: es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios, que requieren de acuerdo a la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

A la vez el Decreto 2309 de 2002 está compuesto por:

1. Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

2. La Auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

3. El sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de

Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

4. El sistema de Información para la calidad: El Ministerio de Salud implantará un Sistema de Información para la Calidad que estimule la competencia por calidad entre los agentes del sector y que, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de Salud incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

Bajo todo éste panorama es posible observar cómo a pesar de los esfuerzos de los entes gubernamentales, Nacionales, Departamentales y Municipales, la cobertura no es la del 100% requerido, ya que aún la población desprotegida, es significativa, lo cual se vislumbra en los altos índices de Enfermedades prevenibles o por lo menos que diagnosticadas a tiempo merecerían mejor pronóstico, mejor calidad de vida de los habitantes y por que no decirlo, menor gasto hospitalario para las Instituciones que prestan el servicio.

### **4.3 MARCO SOCIAL**

Las condiciones de salud han llevado a que la sociedad intervenga de manera activa, actuando como gestora de sus propias estructuras de protección frente a

la situación por la que en la actualidad atraviesa Colombia en el sector salud, donde cada día son más los Hospitales que se cierran por faltas de recursos económicos que permitan ofrecer una atención tal y como lo establece la Ley Colombiana.

Así mismo los Hospitales que se mantienen en pie de manera ineficiente, con incapacidad funcional y organizativa que permita ofrecer los mínimos requisitos de calidad y mucho menos de calidez que los usuarios más vulnerables lo requieren, se observa como gran tristeza cómo las entidades de salud públicas en su gran mayoría restringen cada vez más los servicios a usuarios, que aunque tienen como objeto y deber no están en capacidad de otorgar o simplemente no pueden hacerlo por la situación logística y financiera limitada.

Por otro lado las barreras de acceso que debe atravesar el usuario conllevan a que cada vez sea más difícil ingresar a una institución de salud, para recibir atención de Primer Nivel que permita disminuir la incidencia y Prevalencia de algunas enfermedades y la disminución de los riesgos de otras, con un enfoque verdaderamente *Preventivo*.

Algunos estudios muestran cómo en Colombia, comunidades capacitadas en salud, desarrollan sus propias alternativas de solución frente a la problemática social y en salud por la que atraviesan, es el caso de la comunidad indígena de Popayán, la cual ha tenido un gran proceso evolutivo iniciando con la preparación de las mujeres cabeza de hogar y promotoras del entorno de la sociedad en la que se desenvuelven día a día.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> UN ENFOQUE HOLISTICO DE LA SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES SOSTENIBLES, A TRAVÉS DE PROCESOS DE SALUD Y HABITAT EN TRES COMUNIDADES DE POPAYÁN. DRA. NANCY GONZALEZ BERMUDEZ. MEDICA FUNCOP. CAUCA COLOMBIA.

Paralelamente con la intervención de la comunidad se encuentra la participación de las instituciones Universitarias, las cuales forman talento humano capacitado en áreas de la salud pública, quienes intervienen realizando acciones encaminadas a capacitar, explorar y aprender de ella, sus costumbres y formas de concebir la salud. Todo esto a través del fortalecimiento de actividades de primer nivel de atención, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a un costo inferior y alcance de los usuarios, sin que ello desmerezca una atención con todos los requisitos de calidad, calidez, eficiencia y eficacia.

A lo largo de la historia se observa como durante muchos años, se ha venido implantando un sistema que fortalezca las habilidades del estudiante en su respectiva disciplina, combinándolo con la práctica, que debe reunir un extenso compendio de lo que se ofrece a nivel teórico, dentro de los recintos universitarios. La Universidad cumple una tarea crucial a través de la Extensión Universitaria, expresada como un conjunto de acciones desplegadas dentro y fuera de sus instalaciones, trabajadores y comunidad en general, teniendo en cuenta una metodología que permita determinar las necesidades, intereses y potencialidades culturales del objeto de atención, aprovechando al máximo las posibilidades científicas y educativas que posee la institución, así como la capacidad de identificación e interpretación del contexto social en que se desenvuelve.

Una muestra de ello, es la Salud Pública Cubana, la cual ha respondido con éxito a los retos del siglo XX y del actual, con equidad, medicina preventiva, reducción de morbilidad y mortalidad, participación social, multisectorial e interdisciplinaria y atención primaria tanto en la Promoción de la salud como en la Prevención de las enfermedades entre las comunidades.

Ante la presente generación, están los retos del presente siglo: el mayor desarrollo del nivel primario, la promoción de salud positiva, es decir la

identificación y atención de gustos y preferencias, oportunidades culturales de salud, integración de la tercera edad, el control de las enfermedades crónicas, la identificación de factores de riesgo.<sup>5</sup>

Se ha podido observar que en los centros de enseñanza Médica Superior, se ha valorado la situación de la Extensión Universitaria, presentándose eventos, trabajos aislados en los que no se ha tenido en cuenta el estudio de la extensión universitaria como función de la Universidad sólo se han presentado experiencias específicas y no de forma integradora.

Las condiciones de salud no son homogéneas en América Latina y el Caribe, ni tampoco sus situaciones económicas por lo que la posibilidad de enfermar o morir prematuramente es mayor en unos países que en otros, como consecuencia de la alimentación, la insalubridad ambiental y las actividades laborales riesgosas, desempleo, falta de educación en salud preventiva y curativa. Además existen situaciones determinantes de la situación de salud, de acuerdo, con el lugar que éstas incidan, tales como magnitud y crecimiento de la población, la fecundidad, la migración, el desplazamiento forzado, pobreza, marginamiento y desempleo entre otros.

La constitución de la *Organización Mundial de la Salud* de 1948, define la salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, o dolencia.

*La Carta de Ottawa* destaca, predeterminados requisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos, alimenticios, de vivienda, un

---

<sup>5</sup> MARTINEZ CALVO, Silvia, CABRERA TRUJILLO, Juan, JIMÉNEZ CANGAS, Leonor, FARIÑAS REINOSO, Ana T. Los convenios municipales como propuesta para la relación docencia-servicio-investigación.

Ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos, el reconocimiento de éstos pone en manifiesto, la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos incluyen constituyen la clave para una comprensión holística para la salud.

Hoy en día la dimensión de la salud, goza de un reconocimiento cada vez mayor. La organización Mundial de la Salud, considera que ésta es un derecho humano fundamental y, en consecuencia todas las personas deben tener acceso a los recursos básicos de salud. Una visión integral de la salud, supone que, todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas al igual que el entorno físico deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en salud y el bienestar individual y colectivo.

#### **4.4. MARCO CONCEPTUAL**

##### **4.4.1. El Proceso Administrativo**

El Proceso administrativo constituye el marco fundamental que guía y orienta el desarrollo armónico de las acciones de una organización. Tiene un referente Ideológico, está adaptado a un contexto y busca cumplir un propósito.

El Proceso Administrativo se basa, fundamenta y está avalado por la Teoría Administrativa, que estudia la forma como funcionan y se manejan las organizaciones. La Administración es un medio para lograr el cumplimiento de la misión de la organización.

El Proceso Administrativo está integrado por dos componentes interrelacionados, que conforman una entidad temporal, dinámica, cíclica y continua. *La Planeación y la Gestión.*

#### 4.4.1.1. Planeación

Es un proceso formal de pensamiento y organización que logra alcanzar objetivos que orienten y dirijan en forma flexible el desarrollo de la Institución en su desempeño global, mejoramiento permanente y en la toma de decisiones gerenciales. Es una función Administrativa que intenta someter a la voluntad y al entendimiento humano el curso encaminado de los acontecimientos, para determinar una dirección, un sentido y un ritmo al proceso administrativo. En síntesis la Planeación muestra la dirección, el rumbo de una organización, indica como disponer y utilizar los recursos para alcanzar los objetivos, define las formas de realizar las acciones y retroalimenta el proceso decisorio evaluando los logros y acompañando el desarrollo de las acciones.

El proceso de planeación se alimenta del análisis de la situación actual de la empresa y de la forma de la plataforma estratégica para generar estrategias, metas, programas, proyectos y planes operativos que permitan el continuo mejoramiento de la institución.

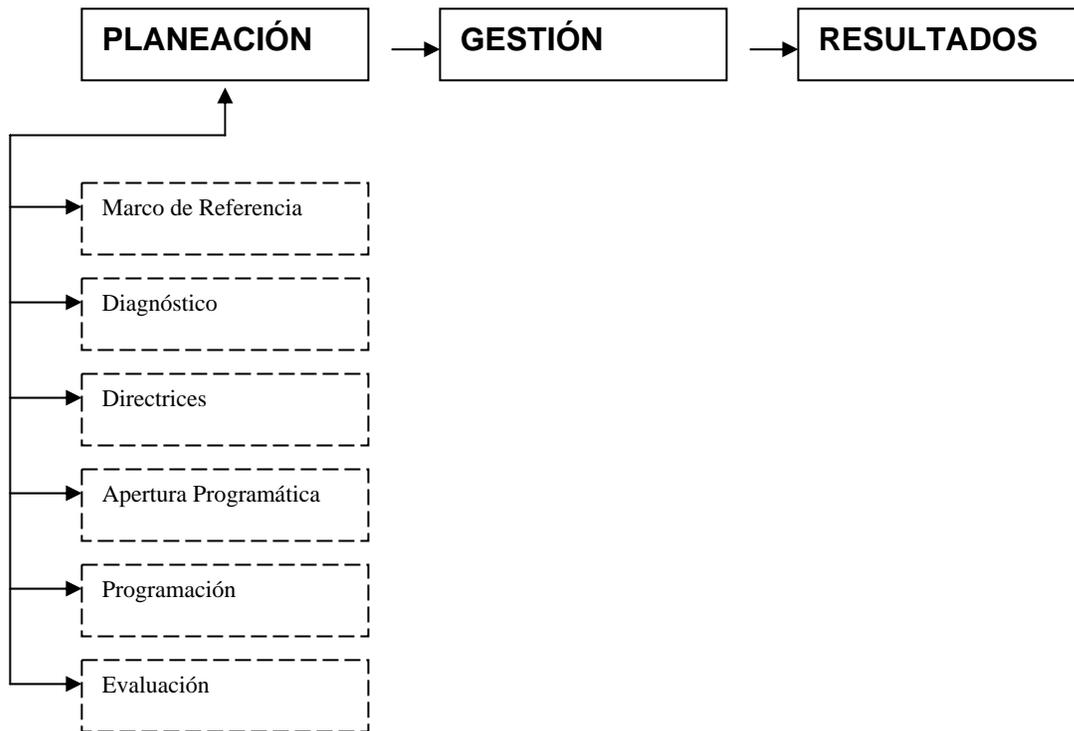
La Ley 152 de 1994, refiere que la planeación consiste en establecer los procesos, los mecanismos, los medios y los recursos que permiten alcanzar una situación objetivo a partir del reconocimiento de una situación de partida.

El Decreto 1876 de 1994, exige que las Instituciones Prestadoras de Servicios, dispongan del proceso de planeación en su organización para enfrentar, para enfrentar exitosamente los retos del nuevo sistema de seguridad social en salud.

##### 4.4.1.1.1. Componentes del Proceso de Planeación

El proceso de planeación está integrado por varios procesos interrelacionados e interdependientes dentro de los cuales y para su desarrollo se repite integralmente el proceso administrativo.

**Figura 1. INTEGRACIÓN DEL PROCESO ADMINISTRATIVO**



FUENTE: Modulo de Planeación en Salud.

### **Marco de Referencia**

Es la definición del sujeto y objeto, del accionar de la planeación, la esencia del negocio y el esquema administrativo que se requiere para desarrollarlo; teniendo como base un marco de referencia teórico ideológico que permite analizar, comparar, focalizar, cualificar y emitir un concepto basado en un antecedente que explica las causas y las pronostica.

## **Diagnostico**

El Diagnóstico es la fase de la planeación que permite identificar, conocer e interpretar una situación y establecer proyecciones de manera tal que se determinan necesidades-problemas, sus causas y factores asociados.

Para poder enfocar las estrategias es necesario realizar un análisis del medio interno y externo de la institución y definir claramente su plataforma estratégica (Misión, Visión, Objetivos, Principios y valores corporativos)

### **Valoración Del Medio Externo**

POAM (Perfil de Oportunidades y amenazas del medio)

La finalidad de este análisis es descubrir las formas en que los diversos factores ajenos a la organización la afectarán indirectamente y las formas en que influirán en ella los competidores, proveedores, clientes, organismos gubernamentales y otros factores. Asimismo, este análisis nos permite descubrir las oportunidades disponibles para la organización y las amenazas que enfrentan.

Fuerzas Económicas.

Fuerzas Sociales, Culturales, Demográficas y Ambientales.

Fuerzas políticas, Gubernamentales y Legales.

Fuerzas tecnológicas.

Fuerzas competitivas.

### **Valoración Del Medio Interno**

PCI (Perfil de Capacidad Institucional, Fortalezas y Debilidades).

El análisis interno, permite fijar con exactitud las fortalezas y debilidades de la organización. Tal análisis comprende la identificación de la cantidad y calidad de

recursos disponibles para la organización. Son las actividades que puede controlar la organización y que desempeña muy bien o muy mal, estas incluyen las actividades de la gerencia general, mercadotecnia, finanzas y contabilidad, producción y operaciones, investigación y de desarrollo y sistema computarizado de información de un negocio.

Todas las empresas poseen fortalezas y debilidades en las áreas funcionales del negocio. El proceso de diagnósticos internos es muy similar a l externo; requiere la obtención y asimilación de la información sobre los factores determinantes en las diferentes áreas (Planificación, Organización Mercadeo, Financiero y Sistemas de Información), los que deben ser analizados de manera colectiva.

### **Directrices**

Conjunto de preposiciones que orientan, enmarcan y muestran el rumbo de una organización. Las directrices son las orientadoras de las acción en la mediad que se establecen lo que la acción debería ser. Por esto sí se producen cambios en la ideología, deben producirse cambios en las directrices y por lo tanto cambios en la acción.

Las directrices son planeamientos taxativos, establecen lo que “debería ser”, dan sentido ideológico, administrativo y técnico al desarrollo organizacional.

La formulación de directrices es el resultado de un proceso de análisis, de reflexión y de síntesis, que correlaciona elementos ideológicos, socioculturales, administrativos y técnicos con una realidad.

Las directrices se agrupan en varias proposiciones:

Política: Es un enunciado que expresa lo que debería ser, su contenido es eminentemente ideológico, filosófico, refleja los principios y valores de la organización.

Misión: Afirmación que describe el concepto de la empresa, su naturaleza, el porque de ella, a quien sirve y los principios y valores bajo los que se pretende funcionar; es decir transmite la "Razón de ser" de la organización.

Visión: Es la imagen deseada, la descripción del futuro deseado; debe ser amplia, detallada, delimitante, capaz de justificar y motivar un esfuerzo.

Objetivos: Son planeamientos que indican en forma taxativa, lo que debe ser hecho para cumplir con la misión. Deben formularse en función de las características de tiempo, lugar y sujeto, implican la definición de acciones concretas y no de intenciones.

### **Apertura Programática**

Es el primer paso para operacionalizar las directrices, se expresa como un esquema global donde se estratifica y se desagregan los objetivos y se asignan en forma preliminar los recursos. Permite visualizar el campo de trabajo, sus niveles, sus áreas, sus categorías y sus interrelaciones.

Para su desarrollo requiere de la aplicación de criterios técnicos y administrativos dentro del marco de las directrices, lo que permite compatibilizar los diferentes programas y proyectos para obtener un conjunto único, interrelacionados e interdependiente de proposiciones para la acción enfocada a cumplir con los objetivos.

## **Programación**

Es el proceso que da forma operativa a las estrategias escogidas para la acción. Cuantifica, ordena, sistematiza, estructura, equilibra, coordina, normaliza el uso de los recursos y define metas, entendida como la cuantificación de los objetivos. Se basa en el análisis de factibilidad, viabilidad, aptitud, aceptabilidad y ética de las soluciones planteadas.

Es a nivel del proceso de programación que se responde a las tradicionales preguntas de “dónde, cuándo, con qué y cómo”. Además se cuantifican y cualifican tareas y recursos; se definen actividades repetitivas, competencia y responsabilidades individuales.

## **Evaluación**

Se define como el proceso que enfoca la atención en el resultado o producto final de un proceso administrativo y permite describir, compensar, medir, analizar y controlar los recursos y los procesos de las actividades y el efecto o impacto alcanzado dentro de una situación que se desea modificar o mantener según objetivos predeterminados.

La evaluación es un proceso continuo, permanente y sistemático y debe acompañar, monitorizando el proceso administrativo y el proceso de planeación, permite conocer el grado de cumplimiento de las directrices, determinar los resultados obtenidos y confrontarlos con los programados, determinar las causas del éxito o fracaso, para ajustar un curso de acción o enfrentar un nuevo periodo, retroalimentando el proceso administrativo y la toma de decisiones para sostener la vigencia de una organización y su capacidad de adaptación a la cambiante realidad del entorno.

## **Priorización**

### **Criterios Para Asignar Prioridad a los temas de Investigación En Sistemas De Salud**

Una vez realizado el diagnóstico es importante focalizar los problemas con el fin de trabajar o desarrollar estrategias sobre los prioritarios, teniendo en cuenta la viabilidad y disponibilidad de los recursos con que se cuenta y el impacto que pueda tener sobre la organización; sin olvidar que cualquier decisión que se tome será irreversible y que cualquier falla puede resultar muy costosa.

Dado que el objetivo de las instituciones de salud es el de proporcionar información para que se adopten decisiones que conlleven a mejorar la atención en salud, en la selección y análisis de problemas que han de investigarse deben intervenir aquellos a los que incumbe la responsabilidad de atender las condiciones sanitarias de la comunidad. Entre estos debe incluirse los administradores de servicios de salud y los otros tales como trabajadores de atención en salud, líderes comunitarios así como los investigadores.

Considerando que el medio externo es una variable de restricción sobre la cual el grupo no puede ejercer ningún control, la priorización se realizó exclusivamente del medio interno de la institución y las estrategias estarán dirigidas a fortalecer el medio interno para evitar las consecuencias del externo.

Cada uno de los problemas a los que se les pretenden dar solución fueron examinados en función de determinadas directrices o criterios.

- Pertinencia: que tan importante es dar solución a el problema.
- Ausencia de duplicación: averiguar si el tema propuesto ha sido objeto de investigación.

- Viabilidad: examinar la posibilidad de solucionar el problema con los recursos disponibles.
- Asentamiento político.
- Posibilidad de aplicación: posibilidad de llevar a la práctica las recomendaciones.
- Urgencia: con que urgencia se necesitan los resultados para la toma de decisiones.
- Consideraciones éticas: posibilidad de que la realización de la investigación pueda causar daños a terceros.

### **Escala para valorar los temas de investigación**

#### Pertinencia

1. No pertinente
2. Pertinente
3. Muy pertinente

#### Ausencia de duplicación

1. Se dispone ya de información suficiente
2. Se dispone de información, pero no cubre todos los temas
3. No se dispone de información fidedigna.

#### Viabilidad

1. Estudio no viable con los recursos disponibles
2. Estudio viable con los recursos disponibles
3. Estudio muy viable con los recursos disponibles

#### Asentamiento político

1. Los responsables del tema no consideran aceptable el tema
2. Tema mas o menos aceptable
3. Tema plenamente aceptable

#### Posibilidad de aplicación

1. Ninguna probabilidad de que se lleve a la practica las recomendaciones
2. Alguna probabilidad de que se lleve a la practica las recomendaciones
3. Bastante probabilidad de que se lleve a la practica las recomendaciones

#### Urgencia

1. La información no es urgente
2. La información podría esperar un poco
3. Los datos son urgentes para la toma de decisiones

#### Consideraciones éticas

1. Problemas éticos de importancia
2. Problemas éticos de poca importancia
3. Ningún problema ético

## **5. ANÁLISIS**

### **5.1. ANÁLISIS EXTERNO DE EL DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA**

#### **5.1.1. Área de Influencia**

##### **Historia de Piedecuesta**

Desde los primeros tiempos de la conquista, se inició la colonización de este territorio y estuvo a cargo de personas enviadas por Ambrosio Alfinger, en el año de 1532, con el fin de reconocer las regiones aledañas al Valle de los Caracoles. Estas comisiones estaban dirigidas por Esteben Martín y llegaron hasta La Mesa de los Santos. Al Valle del Río de Oro lo denominaron "Valle de Nuestro Señor", y en 1557 levantaron una ermita de paja y bahareque, para celebrar allí la misa y reunir los indígenas y adoctrinarlos. Las primeras haciendas fueron establecidas en el Valle del Río de Oro, por los hijos de don Juan Velasco, encomendero de Bucaira; Pedro Velasco hijo del anterior, tenía cuatro hatos y un trapiche para la elaboración de la panela.

En 1573 existían en la región 573 indios y 50 españoles aproximadamente. Había dos evangelizadores españoles: Fray Cristóbal de Berrío y Rumaldo de Marais, quienes enseñaban la doctrina cristiana a los aborígenes.

Algunos historiadores como el Padre Oviedo y Manuel Ancízar fijan la fundación el año de 1760; sin embargo examinando documentos del archivo parroquial y de la alcaldía, se concluye que en 1760, Piedecuesta dependía en lo político de Girón.

La mayor parte de los historiadores están de acuerdo en que la verdadera fundación se efectuó el 26 de Julio de 1776, constituida en Parroquia bajo la

advocación de San Francisco Javier, cayendo en hombros de ser su primer presbítero, el Padre José Ignacio Zavala.

Como testimonio de la institución de éste municipio Santandereano, se encontró en el archivo parroquial de San Francisco Javier, un listado parcial de los moradores de ese entonces, que fueron testigos fehacientes en el acta que dice: "En la Parroquia de San. Francisco Javier de Pie de la Cuesta, que sea a mayor gloria de Dios nuestro Señor, a veintiséis de Julio de éste año de 1776, los vecinos, fundadores habitantes y moradores en ella, que al presente somos y en adelante fueren, hallándose juntos y congregados en ésta santa Iglesia a tratar y conferir las cosas pertenecientes al buen establecimiento de su fundación, su adelantamiento y existencia".

### **Ubicación**

Piedecuesta se encuentra Ubicado en Santander a 18 Km. al sur de Bucaramanga, con temperatura de 23°C., a 6.59-06" de latitud norte y 7 1.01:17" de longitud al este del meridiano de la capital Colombiana; limita por el Norte con Florida blanca y Tona, por el sur con Aratoca, los Santos y Cepita; por el occidente con Girón y parte de los Santos; por el oriente con Santa Bárbara.

Su extensión es de 493 Kms<sup>2</sup> a la altura de 1005 mts. sobre el nivel del mar; presenta un relieve sobre un gran valle interrumpido por el cerro de la Cantera, cortado por el río Chicamocha en el sector de pescadero; regado por los ríos de Oro, Hato, Manco y esta ubicado al pie de un ramal de la cordillera Oriental.

## Aspectos Demográficos

### Dinámica Geográfica

#### Población Total y por Zonas

El municipio de Piedecuesta cuenta con una población total de 103014, de los cuales el 81.5% pertenecen al área urbana y el porcentaje restante (18.5%) al área rural.

**Tabla 1. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA POR ÁREA, AÑO 2004**

ÁREA	NUMERO	%
URBANA	83.978	81.5
RURAL	19.036	18.5
TOTAL	103.014	100

FUENTE: Oficina de Sistemas de información, Secretaria de Salud Departamental.

Según procedencia la mayoría de la población se ubica en el área urbana, en un porcentaje de 81.5% y la rural representa solo un 18.5%, debido a el desplazamiento rural urbano que incide en un 10%, pero sobretodo a la influencia de población de otros municipios hacia Piedecuesta, como receptor neto de población.

Piedecuesta presenta uno de los más altos grados de urbanización de los municipios de la provincia de Soto. En efecto el 81.5% de la población vive en la cabecera municipal, vinculados fundamentalmente a actividades económicas comerciales y manufactureras.

## Población Por Género

**Tabla 2. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA SEGÚN GÉNERO. AÑO 2004**

GENERO	Nº HABITANTES
MASCULINO	50.765
FEMENINO	52.249
TOTAL	103.014

FUENTE: Oficina de Sistemas de información, Secretaria de Salud Departamental.

**Grafica 1. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL SEGÚN GÉNERO**



La distribución de la población en el municipio de Piedecuesta según género no muestra gran diferencia, observándose que el 50.8% de la población corresponde al el género femenino y el 49.2% restante a el masculino.

## Población Por Grupos Etáreos

**Tabla 3. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA POR GRUPOS ETAREOS**

<b>EDADES /años</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>0-1</b>	2.289	2.2
<b>1-5</b>	12.649	12.2
<b>5-14</b>	22.238	21.5
<b>14-45</b>	51.326	49.8
<b>45-60</b>	8.578	8.3
<b>Mayor a 60</b>	5.934	5.7
<b>TOTAL</b>	103.014	100%

FUENTE: Oficina de Sistemas de información, Secretaria de Salud Departamental.

Se observa que el 50% de la población se concentra en la población en edad fértil (14 - 45).

## Economía

La agricultura es el principal renglón de la economía Piedecuestana; Debido a la gran variedad del relieve existe una diversidad de productos como maíz, trigo, cebolla, arveja arracacha, hortaliza; sobresaliendo caña de azúcar, tabaco y la mora.

Caña de azúcar: La mayor parte de cultivos de la caña de azúcar se encuentran en los suelos de aluvión, ligeramente arcillosos y gracias al trabajo del campesino se inicia la producción de la panela. La Panela es el resultado de un arduo proceso que se realiza en los trapiches, que hasta hoy la gran mayoría, por no decir todos, se conservan de una manera artesanal, es decir sin la utilización de la tecnología; por eso no es raro ver por los caminos al campesino y su mula cargando los cortes de caña para llevar al trapiche.

Debido a la gran calidad y su producción la panela fue adquiriendo un nivel importante en el sector económico de la región, es por eso que se conformo hacia el año 1939 la cooperativa panelera de Santander (COOPANELAS), convirtiéndose en el eje principal de comercialización de dicho producto.

En la actualidad la panela se comercializa a nivel nacional e internacional, dando al mundo el placer de saborear el dulce que produce la tierra santandereana.

Otro producto que a alcanzado gran importancia en la economía del departamento es el tabaco; La plantación, comerciό y transformación del tabaco es el mas antiguo oficio representativo de Piedecuesta, desde antes de ser municipio la hoja que se producía era famosa por su gran calidad y es por eso que los cigarros se exportaban a países como Venezuela y Alemania.

La elaboración del tabaco desde su inicio con el cultivo, el proceso de secado en el caney, la obra de mano que se realiza de forma artesanal, hasta su terminación para consumo es el sustento de una gran mayoría de familias que desde el padre hasta el menor de los hijos se dedican a procesar en sus fabriquines grandes cantidades de este producto; es muy común encontrar en cualquier sector del municipio de uno a tres fabriquines por cuadra.

En la actualidad son muchas las empresas y micro-empresas Piedecuestanas que se han dedicado de lleno a la comercialización del producto alcanzando un merecido reconocimiento en mercados internacionales.

Hoy Piedecuesta cuenta con una cooperativa dedicada exclusivamente al perfeccionamiento del producto (COOPERATIVA AGROINDUSTRIAL TABACALERA DE SANTANDER).

La Mora ha adquirido en la actualidad una importancia significativa en nuestra economía, es uno de los productos que presenta una mayor tecnificación y un gran respaldo a nivel de investigación científica y económica; se cultiva en un

variado numero de veredas de la parte alta de la zona rural del municipio, donde se presenta gran variedad de cultivos y especies.

Piedecuesta tiene un total de 1.258 empresas que generan 2.108 empleos, para un promedio de 1.67 empleados por empresa. Esto indica que en general la economía del municipio está determinada por actividades en pequeña escala de mano de obra familiar.

## **Salud**

En Piedecuesta la prestación de los servicios médicos hospitalarios se hace por medio de la EPS para el sector vinculado al municipio y por diferentes entidades privadas y particulares donde los costos son cubiertos por las empresas y los empleados. Para las personas de escasos recurso por intermedio del sistema de selección de beneficiarios SISBEN, donde se tiene carnetizados según niveles.

Como organismos de primer nivel de atención existe el Hospital Integrado San Juan de Dios, el cual en estos momentos atraviesa por una situación critica relacionada con la reestructuración físico-administrativa del mismo, lo cual ha llevado a que sus funcionarios realicen paros y suspensión de labores en diversas ocasiones, en lo corrido de estos dos últimos años, situación que afecta notoriamente la prestación continuada y oportuna de los servicios a la población; seguido está el Centro de Salud Central.

Existen cuatro unidades intermedias incluyendo el Seguro Social, San Cristóbal, San Rafael y Hoyo Grande y dos puestos de salud (Villanueva y Refugio), los cuales están adscritos a municipio.

En el área rural existen once puestos de salud, de los cuales la Vega y la Carolina en estos momentos no se encuentran funcionando.

En lo que concierne al sector privado se registran 54 organismos distribuidos así:

- 1 Clínica
- 3 Consultorios Médicos
- 17 Consultorios Odontológicos
- 4 laboratorios Clínicos
- 31 Droguerías

### **Cobertura en Seguridad Social en Salud**

**Tabla 4. POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE PIEDECUESTA SEGÚN RÉGIMEN**

<b>REGIMEN</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
CONTRIBUTIVO	30.183	29.3
SUBSIDIADO	27.093	26.3
VINCULADOS	39.248	38.1
NO REGIMEN	6.490	6.3
TOTAL	103.014	100%

FUENTE: Dirección del régimen de afiliación, Secretaria de Salud Departamental.

Del total de la población de Piedecuesta, se conoce que el 29.3 % de la población pertenece al régimen contributivo, el 26.3% al régimen subsidiado, el 38.1% son vinculados y un 6.3 % son evasores, para una cobertura total del 55.8%.

## **5.2. ANALISIS INTERNO DEL DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA**

### **5.2.1. Descripción del sitio de investigación**

#### **Nombre y Dependencia Territorial**

Asociación Dispensario Pastoral De La Salud Parroquias de Piedecuesta, del orden municipal.

#### **Servicios que ofrece**

Prestación de servicios de salud principalmente relacionados con actividades de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, sin embargo también se realizan actividades de tratamiento oportuno y rehabilitación, con la colaboración de profesionales del área privada quienes participan de manera voluntaria y ocasional en el Dispensario, así mismo se presta el servicio de farmacia, la cual mantiene un stock variado de medicamentos, manejados por los voluntarios y personal profesional como un médico y un químico farmacéuta, quienes además capacitan al voluntariado.

#### **Creación**

Fundada en 1996 y conformada por los agentes de pastoral de la salud de las parroquias de Piedecuesta (San Francisco Javier, San Rafael, San Antonio Maria Claret, Maria reina de los Apóstoles y Nuestra señora de la esperanza), constituida como Asociación pastoral, de carácter privado y sin animo de lucro.; según resolución 281 de la Arquidiócesis de Bucaramanga.

## 5.2.2. Planificación

### 5.2.2.1. Cultura Organizacional

#### 5.2.2.1.1. Misión

La Asociación Dispensario Pastoral de la salud es una institución conformada por los agentes de pastoral de la salud de las parroquias de Piedecuesta (San Francisco Javier, San Rafael, San Antonio María Claret; María Reina de los Apóstoles y Nuestra Señora de la Esperanza), que en comunión con los postulados de la delegación de Pastoral social adelantan una acción evangelizadora, comprometidos en promover, cuidar, defender y celebrar la vida haciendo presente la misión liberadora y salvífica de Jesús en el mundo de la salud, con una opción preferencial por los pobres y enfermos, participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria.

#### 5.2.2.1.2. Visión

La Asociación Dispensario pastoral Salud será reconocida a nivel municipal como una Entidad prestadora de Servicios de Salud, con calidad y eficiencia en las tres dimensiones: Solidario, Comunitario y Político-Institucional.

#### 5.2.2.1.3. Valores

La Política del Dispensario está fundamentada en los siguientes valores:

- *Solidaridad* con opción preferencial por los más pobres y marginados de la sociedad.
- *Respeto* por la vida, los derechos, los enfermos y el medio ambiente

- *Fraternidad y Tolerancia* frente a la comunidad, el mundo de la salud, las instituciones y en defensa de la vida.

#### 5.2.2.1.4. Objetivos Corporativos

La Asociación tendrá como objeto principal la creación y puesta en marcha de un dispensario para la prestación de servicios de salud y la realización de las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades prevalentes, para de esta forma generar un mejoramiento de la calidad de vida de la población del municipio de Piedecuesta.

#### 5.2.2.1.5. Normas

La Asociación Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta se rige por las leyes y normas aplicables a su condición de personería jurídica privada sin ánimo de lucro y las especiales aplicables a las asociaciones; si embargo, no tienen reglamentado físicamente.

#### Deberes y Derechos

Deberes de los miembros de la asociación:

- Cumplir los estatutos y los reglamentos
- Obrar en todas sus actuaciones con honestidad, respeto y principalmente con espíritu solidario y en concordancia con los objetivos de la Asociación.
- Cumplir con las competencias y funciones que le sean asignadas.
- Cumplir con el trabajo voluntario, de acuerdo a las reglamentaciones expedidas por los organismos competentes.

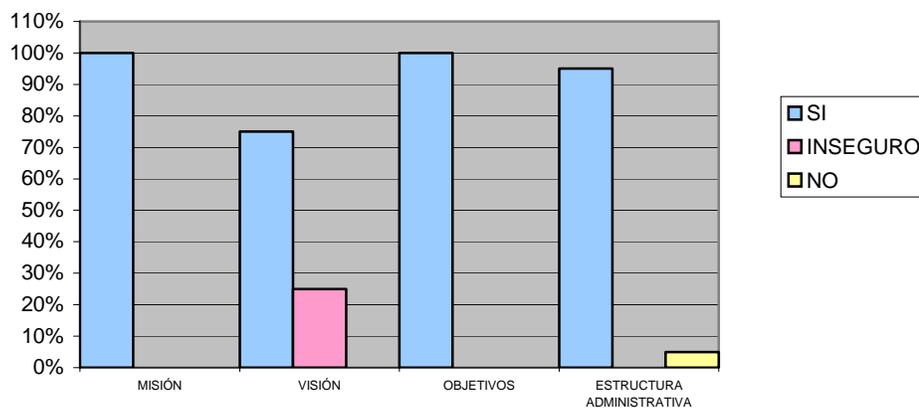
Derechos de los miembros de la Asociación:

- Elegir y ser elegido en cargos directivos.
- Participar con voz y voto en la Asamblea General.

Para analizar el conocimiento acerca del direccionamiento estratégico de la institución, por parte de los voluntarios que colaboran en el dispensario, se realizó una entrevista estructurada, en la cual se plantearon preguntas debidamente estandarizadas y en un mismo orden cada uno de los miembros de la asociación que participan activamente en el funcionamiento del dispensario.

- ◇ Método: Entrevista estructurada.
- ◇ Área de Estudio: Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta
- ◇ Población: Miembros de la asociación Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta, que en total son 70.
- ◇ Muestra: 24, Socios que participan directamente en la labor del dispensario.
- ◇ Fecha de recolección de datos: mayo de 2005
- ◇ Cobertura del estudio: la cobertura de la entrevista es del 100% de las personas directamente involucradas.

**Gráfica 2. CONOCIMIENTO DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL**



Al analizar la información obtenida mediante la entrevista, se determinó, que a pesar de que la Misión, Visión y Objetivos corporativos no se encuentran

publicados en la institución, el 100% de los funcionarios de el Dispensario conocen la misión y los objetivos corporativos, y el 95% conoce la estructura administrativa, sin embargo sólo el 75% tiene claramente definido su Visión ya que sienten una gran inseguridad por el futuro de ésta en caso de no tomar correctivos a corto plazo.

### **5.2.3. Organización**

#### 5.2.3.1. Estructura Organizacional

La Asociación está conformada por los agente de pastoral que se encuentran inscritos en el acta de constitución y está representada administrativamente por la asamblea general, la Junta Directiva y el Secretario ejecutivo.

- ❖ Asamblea General: la conformarán las personas que firmaron el acta de constitución en y las personas que posteriormente adquieran la calidad de miembros de la Asociación Es la máxima autoridad de la Asociación y sus determinaciones serán de obligatorio cumplimiento.
- ❖ Junta Directiva: Está formada por el Presidente, Vicepresidente, secretario, Tesorero, Vocal y secretario Ejecutivo; con sus respectivos suplentes, elegidos por la Asamblea General para periodos de dos años contados a partir de la fecha de elección.
- ❖ Revisor Fiscal (Nombrado por la Asamblea General).
- ❖ Junta de Vigilancia (Presidente, Coordinador y secretario; Conformada por tres asociados hábiles con sus respectivos suplentes).

- ❖ Consejero Espiritual (Nombrado de acuerdo a las normas establecidas por la iglesia).

A pesar de estar conformada la estructura administrativa según lo dictan sus estatutos, en el dispensario no hay una administración clara, permanente y continua. La administración actual solo se encarga de manejar el día a día de la institución. Desatendiendo la prospección del negocio fundamental para hacer la redefinición que les permita mantener y fortalecer los servicios de salud que prestan a la comunidad del sector.

No existen manuales de procesos y procedimientos ni guías de manejo por lo tanto no se realiza ningún tipo de auditoria.

En estos momentos no existe continuidad en la asistencia de los profesionales, por lo que los horarios establecidos para la prestación de los servicios ofrecidos a la comunidad por dispensario se encuentran restringidos e esta situación.

#### 5.2.3.2. Protocolos

El Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta no tiene establecido Manuales de Procesos y Procedimientos ni Guías de Manejo.

#### 5.2.3.3. Recurso Humano

El 100% de el personal voluntario de la institución esta conformado por miembros de la Asociación Pastoral de la salud del municipio de Piedecuesta, de los cuales el 34.2% corresponde a las personas que colaboran y participan activamente en el funcionamiento de el dispensario.

El equipo administrativo del dispensario está conformado por miembros de la asociación, nombrados por la Asamblea general, los cuales de acuerdo a sus capacidades se desempeñan en las diferentes áreas.

El personal asistencial está conformado por profesionales (medico general, Fisioterapeuta; Psicóloga, Terapeuta respiratorio, Trabajadora Social, Enfermera profesional, odontóloga), que en condición de voluntarios no reciben ningún tipo de remuneración económica; además, se cuenta ocasionalmente con la participación de estudiantes de medicina de últimos semestres de la UIS y estudiantes de auxiliares de enfermería de EFORSALUD.

#### 5.2.3.4. Recursos Físicos

##### **Planta Física**

La Asociación cuenta con una sede de aproximadamente 240 m<sup>2</sup> construidos, distribuido en dos plantas, ubicada en la carrera 12 N° 8-64 de el municipio de Piedecuesta, cedida en calidad de préstamo por una fundadora.

En el primer piso de dicho inmueble se encuentra ubicada la planta operativa y administrativa y segundo piso está destinado para la realización de reuniones, capacitaciones y otros eventos propios de la Asociación.

**Tabla 5. DISTRIBUCIÓN DE LA PLANTA FÍSICA DE EL DISPENSARIO**

AREA	DEFINIDA		N°
	SI	NO	
Oficina administración		x	
Consultorio con baño	x		1
Farmacia	x		1
Recepción		x	
Sala de espera	x		1
Cafetería		x	
Archivo		x	
Consultorio para terapias	x		1
Baño para funcionarios	x		3
Sala de conferencia	x		1
Área de aseo	x		1
Área de deposito	x		1
Sala de curaciones		x	

La instalación tiene en funcionamiento todos los servicios públicos básicos y necesarios para el desarrollo de las actividades objeto social del dispensario.

Cumple con los requisitos esenciales mínimos exigidos por la resolución 4252 de 1997 para la prestación de servicios de salud, pero en estos momentos no está siendo utilizada debidamente, ya que el consultorio médico es utilizado a la vez como oficina administrativa y archivo, no existe una adecuada manejo del espacio por lo que se recurre a la improvisación de éstos a la hora de prestar los servicios asistenciales.

Actualmente no se encuentra formalizado ningún tipo de contrato que asegure la estabilidad o permanencia de el dispensario en esté inmueble.

## Tecnología

El dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta no cuenta con ningún tipo de tecnología, lo cual en estos momentos no está afectando el desarrollo de las actividades y por lo tanto el objeto social para el cual fue creado el Dispensario.

## Insumos y suministros

El dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta cuenta con los insumos necesarios para la prestación de los servicios ofrecidos en el portafolio de servicios. El manejo de inventarios en el Dispensario se realiza de acuerdo a el orden de entrada o adquisición, en estos momentos no existe un inventario general, que soporte la toma de decisiones sobre la realización de pedidos o adquisiciones acordes a la necesidad de la institución.

Para conocer de manera general el inventario de los elementos devolutivos, los cuales forman parte de los activos fijos que posee el dispensario pero que en su defecto no están consignados como tal, se realizó un listado de éstos así:

**Tabla 6. INVENTARIO DE ELEMENTOS DEVOLUTIVO**

ELEMENTO	CANTIDAD	ELEMENTO	CANTIDAD
Archivador	1	Juego de pinzas ginecológicas	1
Armario	1	Juego de pinzas para curación	1
Atriles	3	Lámpara cuello cisne	1
Bascula	1	Mesa para curaciones	2
Biombos	2	Mesas plásticas	4
Camillas	2	Organizador	1
Equipo de órganos	1	Sillas	15
Equipo nebulizador	1	Tensiómetro	2
Escalerillas de paso	2	Ventilado de pared	1
Escritorios	3	Vitrinas metálicas	1
Estantes metálicos	4	Glucómetro	1

Cuentan con los insumos necesarios para la prestación de los servicios pero sin embargo no se está cumpliendo con los requisitos establecidos para la solicitud, adquisición, almacenamiento, distribución y control de cada uno de los insumos, especialmente los de naturaleza de consumo (Medicamentos, material médico quirúrgico) que ingresan a el dispensario por medio de diferentes fuentes, lo que está generando la pérdida o vencimiento de los mismos.

Dado que el 90% de los medicamentos usados en el dispensario provienen de donaciones, no se tienen establecidas políticas de adquisición según las necesidades.

En relación a la organización de los medicamentos, que en estos momentos se realiza por orden alfabético, las voluntarias del dispensario están recibiendo capacitación, para así facilitar la utilización de éstos de tal acuerdo a la patología.

### **Recursos Económicos**

El patrimonio inicial de la Asociación equivale a la suma de siete millones de pesos (\$7.000.000), aportado por los miembros de la Asociación en el momento de constitución.

El aumento del patrimonio de la Asociación Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta, se genera mediante la venta de servicios de salud, donaciones, contribuciones, cuotas o aportes que se reciban de personas naturales o entidades de carácter público o privados, nacionales e internacionales.

### **Auditorias**

No se realiza ningún tipo de auditoria.

#### **5.2.4. Mercado**

La institución no cuenta con estudios de mercadeo que les facilite la apertura de nuevos servicios según las necesidades de los usuarios.

#### **Clientes**

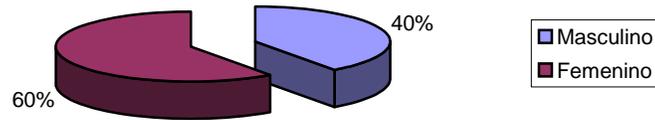
Los servicios ofrecidos en el dispensario están dirigidos principalmente a la población mas vulnerable del municipio de Piedecuesta, tanto del área rural como urbana, que se encuentra por fuera del Sistema General de Seguridad Social en salud y sin capacidad de pago, sin ser esto impedimento para que las personas con capacidad de pago e insatisfechas con la atención prestada en otras instituciones utilicen los servicios en el dispensario.

Para obtener mayor información acerca de los usuarios se realizó una encuesta para determinar la razón por la cual éstos acuden a los servicios ofrecidos en el dispensario.

La encuesta estuvo dirigida a los usuarios del dispensario y se tuvieron en cuenta las siguientes variables: Ver Anexo 1.

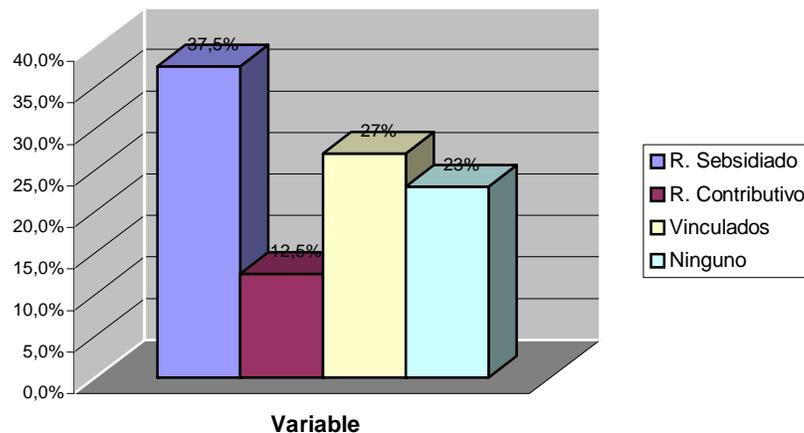
- ◇ Método: Encuesta
- ◇ Área de Estudio: Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta
- ◇ Población: Usuarios del Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta
- ◇ Muestra: 50, usuarios que asistieron el en mes de Mayo de 2005,
- ◇ Fecha de recolección de datos: de mayo 02 a mayo 27 de 2005
- ◇ Cobertura del estudio: En el momento de realización de la encuesta no se puede determinar la cobertura de la misma ya que debido a la incontinuidad de la prestación de los servicios no se cuenta con un número exacto de usuarios.

**Gráfica 3. USUARIOS SEGÚN GENERO**



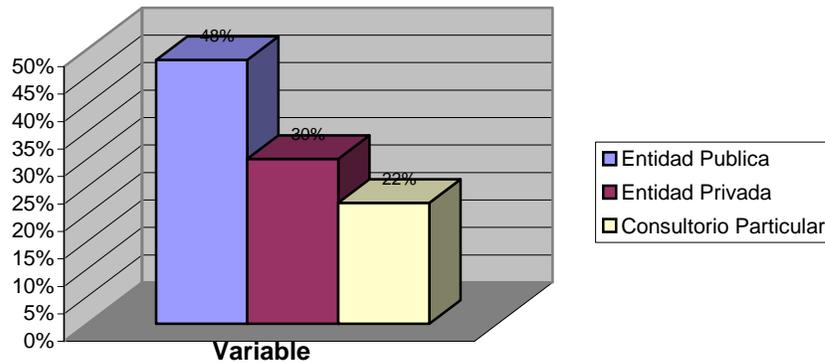
De el total de encuestas realizada en el periodo del mes de mayo de 2005, se determinó que el 60% de los usuarios que asiste al de el Dispensario corresponde al genero femenino, y el 40% restante al masculino.

**Gráfica 4. TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL**



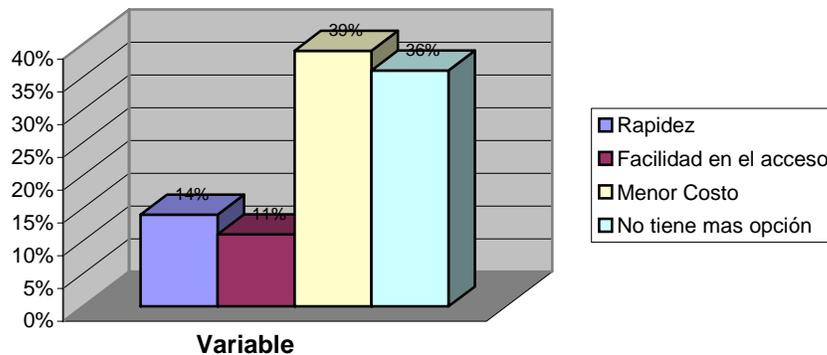
El 37,5% de las personas encuestadas pertenecen al régimen subsidiado, el 12,5% a e régimen contributivo, el 27% al vinculados y el 23% corresponde al lo usuarios de el dispensario que se encuentran fuera del sistema General de seguridad Social en Salud.

**Gráfica 5. INSTITUCIÓN DONDE RECIBE EL SERVICIO**



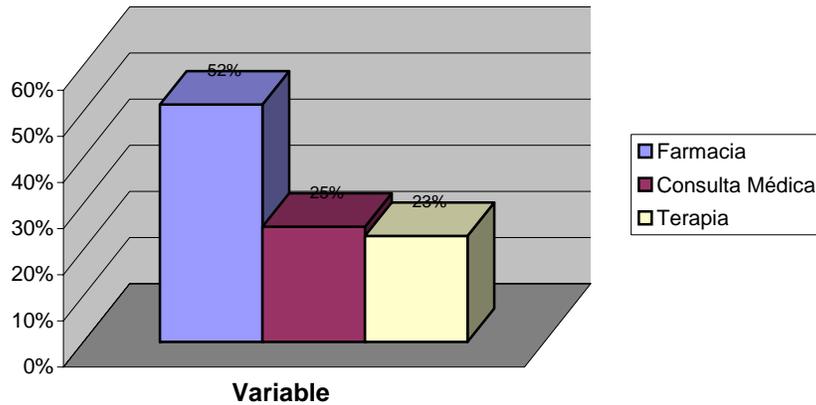
El 48% de las personas encuestada reciben sus servicios en entidades publico, perteneciendo éstos en su gran mayoría a el régimen subsidiado. Seguidos con un 30% de usuarios que reciben sus servicios en entidades privadas y por ultimo un 22% acuden a consultorios particulares.

**Gráfica 6. MOTIVO DE USO DE SERVICIOS EN EL DISPENSARIO**



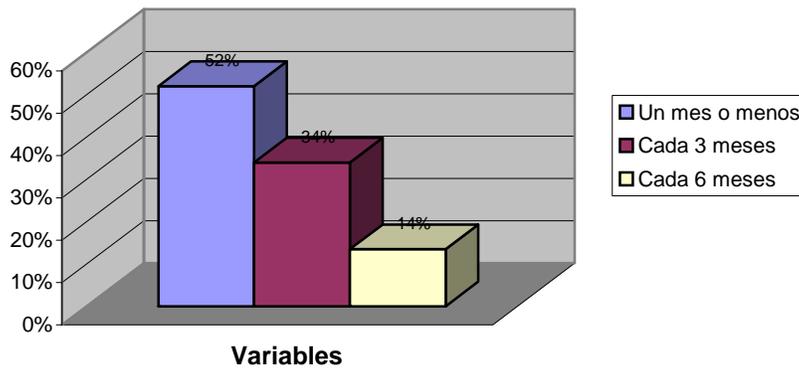
El 38% de las usuarios de le dispensario acuden a éste por el menor costo en los servicios ofrecidos allí, el 36% refiere no tener mas opción y el otro 25% acude por facilidad en el acceso y por rapidez en la atención.

**Gráfica 7. SERVICIO MAS USADO**



El 52% de las persona encuestados acuden a el dispensario por el servicio de farmacia, el 25% acude por consulta médica general y el 23% a terapias.

**Gráfica 8. FRECUENCIA EN EL USO DEL SERVICIO**



El 52% de los usuarios de el Dispensario acuden con una frecuencia menor o igual a un mes, debido a que se trata en su gran mayoría de población de adultos mayores que requieren un control de o seguimiento de enfermedades crónicas y

degenerativas, el 24% acude cada tres meses solo el 14% cada seis meses o mas.

En relación a la satisfacción percibida por el usuario respecto a la atención recibida en el dispensario se determinó que el 100% de los usuarios que contestaron la encuesta, la califican como excelente.

### **Portafolio de servicios**

Actualmente el Dispensario tiene definido su portafolio de servicios, el cual se establece de acuerdo a su condición de Dispensario Pastoral de Salud.

**Tabla 7. PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

Servicios asistenciales de baja complejidad
Consulta medica general
Servicio de Enfermería
Primeros auxilios
Psicología
Rehabilitación física
Farmacia
Servicios de Promoción y Prevención (talleres)
Talleres de nutrición
Vacunación
Riesgo cardiovascular y enfermedades coronarias
violencia intra familiar
manejo de estrés y salud mental
derechos humanos
Área Educativa
formación en valores cristianos
capacitación en trabajadores de la salud ( Promotores de salud, auxiliares de enfermería, saneamiento básico y salud pública
Formación para agentes de pastoral de la salud

El 100% de la prestación de los servicios ofrecidos en el portafolio de servicios del dispensario está sujeto a la disponibilidad de tiempo de los profesionales que en calidad de voluntarios colaboran en la atención de los usuarios, cobrando la tarifa de acuerdo a las condiciones económicas de los usuarios.

El mismo se encuentra desactualizado, ya que en la actualidad se prestan servicios que no están consignados en él; como lo son:

- Laboratorio Clínico
- Terapia Respiratoria
- Odontología
- Participación en Campañas Preventivas como: Vacunación, Citología y Valoración de la agudeza visual.

No hay horarios fijos debido a que la asistencia de los profesionales no es constante.

## **Precio**

La política del dispensario es el prestar sus servicios de forma gratuita por considerarse esta actividad una labor social. Sin embargo para apalancar los costos de operación en algunos casos por los servicios ofrecidos en el dispensario se cobra una tarifa a los usuarios y la misma varía de acuerdo a la capacidad de pago de cada uno de ellos.

En estos momentos no se tiene establecida la tarifa de precios, por lo que estos se ven determinados de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios

## **Horarios**

Actualmente debido a que la asistencia de profesionales de la salud que prestan sus servicios en el dispensario, no es permanente ni constante, el personal del dispensario esta manejando horarios sujetos a la disponibilidad de estos.

### **5.2.5. Estados Financieros**

El dispensario dispone solo dispone de los registros contables básicos (Balance General y Estado de Ganancias y Perdidas) de acuerdo a los principios generales aceptados en los procesos financieros necesarios para la condición de Asociación; los cuales se realizan en intervalos no mayores a tres meses.

Este análisis refleja que la institución se encuentra críticamente en una situación de iliquidez, debido a que no se han reportado entrada por concepto de venta de servicios y han disminuido las donaciones, iliquidez que se ha visto reflejado en la disminución de su patrimonio.

### **Análisis Financiero**

El estado de pérdidas y ganancias arrojado en el periodo contable correspondiente a 31 de Diciembre de 2004, reflejan una perdida del ejercicio, debido a que los ingresos no fueron suficientes para cubrir los gastos ocurridos durante ese periodo afectando significativamente el capital de la Asociación.

El reporte suministrado por el revisor fiscal no es lo suficientemente claro como para establecer un diagnostico. En general, se determina que la institución no registró en el ultimo año ingresos suficientes para cubrir sus gastos, por lo que está atentando con su patrimonio.

## **Facturación**

Se lleva un registro diario de las entradas por concepto de las consultas, terapias y venta de medicamento. No existe un comprobante de pago o factura que permita llevar un control confiable del ingreso por concepto de venta de servicios de salud.

### **5.2.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta por no estar constituido como Institución Prestadora de Servicios de salud, no se ve obligado a contar con un sistema de registro de los datos de la prestación de los servicios y por ende no tiene mecanismos de transferencia de estos datos a las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El dispensario no dispone de los recursos humanos, equipos, insumos y área locativa necesarios para la operacionalización del sistema de información; lo cual no es prioritario al menos para el desarrollo de las actividades que se realizan en estos momentos.

### **Red de Información Interinstitucional**

No existe como tal un sistema de Referencia y contrarreferencia que garantice la remisión de los usuarios a los servicios con los que no cuenta el Dispensario y de niveles superiores. A cambio el dispensario cuenta con el aporte gratuito de algunos profesionales, los cuales ofrecen sus servicios a los usuarios en sus consultorios y en casos de emergencias remiten según el caso a Instituciones capacitadas según el caso.

## **Registros Clínicos**

Las Historias Clínicas se realizan de forma manual en formatos creados para tal fin, así mismo cuenta con un archivo de Historias clínicas organizado por orden alfabético.

El formato de Historias Clínicas utilizado, no cumple con todos los parámetros requeridos por la resolución 1439 de 2002, la cual determina el estándar de Historia clínica que establece la obligatoriedad de definir procedimientos para utilizar una historia única institucional. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud, situación que debe ser resuelta para cumplir con el sistema único de habilitación de la institución.

Contribuyendo con esto al aumento de índices de subregistros de casos que se definan por el Ministerio de salud como de obligatoria notificación.

## **6. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Para el diseño de estrategias concretas que permitan un proceso más eficiente es indispensable que se conozcan con exactitud las ventajas competitivas que la empresa posee, ya que ellas determinarán el curso del camino a tomar.

### **6.1. Análisis DOFA**

En este caso se utilizó como herramientas la DOFA, que permitió analizar los diferentes aspectos, los cuales debe enfocarse solamente hacia los factores claves para el éxito de su negocio. Debe resaltar las fortalezas y las debilidades diferenciales internas al compararlo de manera objetiva y realista con la competencia y con las oportunidades y amenazas claves del entorno.

El análisis DOFA consta de dos partes: una interna y otra externa.

1. La parte interna tiene que ver con las fortalezas y las debilidades de su negocio, aspectos sobre los cuales usted tiene algún grado de control.
2. La parte externa mira las oportunidades que ofrece el mercado y las amenazas que debe enfrentar su negocio en el mercado seleccionado. Aquí usted tiene que desarrollar toda su capacidad y habilidad para aprovechar esas oportunidades y para minimizar o anular esas amenazas, circunstancias sobre las cuales usted tiene poco o ningún control directo.

**Tabla 8. MATRIZ DOFA**

<p><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tiene definidos la estructura Administrativa.</li> <li>2. Cuenta con participación activa y dinámica de la comunidad.</li> <li>3. Reconocimiento dentro de la comunidad más vulnerable como centro de atención en salud.</li> <li>4. Cuenta con el apoyo y acompañamiento de las parroquias del municipio de Piedecuesta.</li> <li>5. Esta legalmente constituida como Asociación Dispensario Pastoral de Salud.</li> <li>6. Portafolio de Servicios definido.</li> </ol>	<p><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Falla en la continuidad de la prestación de los servicios asistenciales.</li> <li>2. No existen manuales de procesos y Procedimientos, ni guías de manejo; por lo tanto no se realizan auditorias.</li> <li>3. No cuenta con Sistemas de Información.</li> <li>4. No cuentan con apoyo logístico profesional y asistencial continuo.</li> <li>5. No tener programas de capacitación continua en programas salud dirigido a las voluntarios del dispensario .</li> <li>6. No cuenta con planta Física propia.</li> <li>7. No existe un adecuado manejo de inventarios.</li> <li>8. Manejo inadecuado de medicamentos.</li> <li>9. No está legalmente constituido como I.P.S.</li> </ol>
<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alto % de vinculados, sumado a la población desplazada en el municipio.</li> <li>2. Es reconocida por algunas instituciones universitarias como centro de prácticas preprofesional en salud.</li> <li>3. Apoyo de profesionales del área privada.</li> <li>4. Donación económica, de medicamentos y suministros por parte de las ONG nacionales e internacionales.</li> <li>5. Participación de Instituciones de Servicios de Salud como FOSCAL y Liga de Lucha contra el Cáncer para la realización de campañas.</li> <li>6. Posibilidad de constituirse como IPS.</li> </ol>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liquidación de la Asociación.</li> <li>2. Falta de apoyo gubernamental municipal hacia entidades por fuera del SGSSS y sin ánimo de lucro como ésta.</li> <li>3. Retiro del apoyo de las instituciones educativas , prestadores de servicios de salud y particulares.</li> <li>4. Cambio de políticas Gubernamentales que afecten la constitución del Dispensario.</li> <li>5. Suspensión de los servicios por falta de infraestructura física.</li> </ol>

**Tabla 9. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN**

<p>FO ( uso de fortalezas para aprovechar oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F6-O2 Propuesta a instituciones educativas de pregrado para convenios como centro de prácticas comunitarias.</li> <li>• F3-O1 Canalizar a la población que requiera los servicios, incluida aquella población con capacidad de pago.</li> <li>• Fortalecer y ampliar la relación con las entidades de salud privadas y públicas para la realización de campañas.</li> <li>• F4-O4 Aprovechar el vinculo con la iglesia para gestionar la ayuda por parte de las ONG.</li> </ul>	<p>DO ( vencer debilidades aprovechando oportunidades)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr trabajo conjunto entre la comunidad y los entes Universitarios, en aspectos logísticos, asistenciales y de información.</li> <li>• D7-O3 Capacitación a los voluntarios con respecto al manejo y distribución de los inventarios.</li> <li>• D1-O2 Establecer alianzas formales con instituciones educativas que permitan la continuidad de los servicios asistenciales.</li> <li>• D2-O2 Aprovechar el acompañamiento de las instituciones educativas para la adaptación de manuales de procesos y procedimientos y guías de manejo..</li> </ul>
<p>FA (Uso de fortalezas para evitar amenazas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• F5-A2 Inscribir los servicios que se ofrecen el dispensario ante el ente gubernamental, con el fin de evitar ser sancionado.</li> <li>• F6-A1 Vender los servicios ofrecidos en el Portafolio para evitar la liquidación por iliquidez.</li> <li>• Fortalecer las alianzas institucionales existentes, ofreciendo el portafolio de servicios.</li> <li>• F1-A2 Aprovechar la estructura administrativa, para gestionar ante el ente gubernamental la actualización acorde a las normas: Res 4252, Dec 2309, Res 412 y otras.</li> </ul>	<p>DA (Reducir al mínimo debilidades y evitar amenazas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D6-A5 Gestionar la situación legal respecto a la planta Física, para asegurar la continuidad de la prestación de los servicios.</li> <li>• D9-A3 Constituirse legalmente como IPS, cumpliendo con los requisitos exigidos por el ministerio, facilitará las alianzas con otras instituciones.</li> </ul>

## 6.2 PRIORIZACIÓN

Tabla 10. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

AREA A INTERVENIR	1. Pertinencia	2. Ausencia de duplicación	3. Viabilidad	4. Asentamiento político	5. Posibilidad de Aplicación	6. Urgencia de la necesidad de los datos	7. Consideraciones éticas	TOTAL
❖ Planificación	2	2	3	2	2	2	3	16
❖ Organización	3	3	2	2	3	3	3	19
❖ Mercadeo	2	3	3	1	3	2	3	17
❖ Estado Financiero	2	2	2	1	2	2	3	14
❖ Sistemas de información	2	2	1	1	2	1	3	12

Según la priorización, se define como la principal área a intervenir la dirección, ya que a partir de esta se generan las fallas en la prestación de los servicios. Por lo tanto, las estrategias estarán dirigidas principalmente a dar solución a los componentes de esta área.

## **7. DIAGNOSTICO INSTITUCIONAL**

Para las instituciones de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad, la evaluación del desarrollo del proceso administrativo, permite identificar las relevantes falencias en las diferentes áreas, lo que facilita la formulación de estrategias correctivas y de mejoramiento.

Para evaluar el estado actual de El Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta se utilizaron diferentes herramientas para la recopilación de la información necesaria para establecer el diagnóstico, y se analizaron de acuerdo al área.

Para obtener información general sobre el dispensario y el área de influencia fue necesario remitirse a la oficina de la secretaria de Salud Departamental y a las páginas electrónicas del Ministerio de la Protección Social y Gobernación de Santander.

Para el Análisis del medio interno se utilizó la observación directa, encuestas y entrevistas estructuradas.

Como resultado de la aplicación de esas herramientas se determinó una inminente falla en el área administrativa, desde el punto de vista organizacional, lo cual llevó al grupo de trabajo a proponer posibles soluciones al respecto.

## **8. PROPUESTA**

### **8.1. JUSTIFICACIÓN**

Al analizar la situación de el Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta, se determinó que no existe ningún procesos de planeación específicos que permita visualizar los requerimientos económicos o administrativos que necesite la Institución en un futuro, es por eso que luego de hacer un estudio de El medio Externo e Interno de la institución, serán propuestas metas específicas y factibles para el lograr fortalecer la prestación de los servicios de salud.

### **8.2. OBJETIVOS**

#### **8.2.1. OBJETIVO GENERAL**

Proponer alternativas de solución que permitan fortalecer la prestación de los servicios en el Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta.

#### **8.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Cumplir con los requisitos para establecerse como Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro del Sistema General de seguridad Social en Salud.
- Mantener la continuidad en la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el Dispensario.

Para iniciar, se propone la siguiente Misión y Visión.

### **Misión**

La Asociación Dispensario Pastoral de la Salud Parroquias de Piedecuesta, es una institución sin ánimo de lucro que tiene como misión, hacer suya la misión salvífica de Jesús, sirviendo con amor y alegría a los menos favorecidos, participando en la construcción de una sociedad justa y solidaria; a través de programas de Educación y Salud realizados con la colaboración de la comunidad.

### **Visión**

En el año 2007, La Asociación Dispensario Pastoral de la Salud Parroquias de Piedecuesta, es reconocida a nivel municipal como una institución que promueve la justicia y la conciencia social, prestando servicios de salud con calidad y eficiencia, teniendo en cuenta a Jesús como modelo y a María madre de la iglesia como guía.

Permanece el objetivo planteado anteriormente, pero se hace necesario para cumplirlo, las puestas e marcha de las siguientes actividades.



OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD
<b>1. Cumplir con los requisitos para establecerse como Institución Prestadora de Servicios de Salud, dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</b>	1. Cumplir con los Requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud: Resolución 4252/1997	A Junio de 2006 cumplir con el 100% de los requisitos necesarios para la prestación de los servicios ofrecidos en el portafolio de servicios	1. Remitirse al Decreto 4252 de 1997, que establece los requisitos mínimos esenciales para la prestación de servicios de salud. Anexo 10 2. Ajustar los requerimientos de acuerdo a los servicios ofrecidos en la Institución.
	2. Implementar y operar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Decreto 2309/2002	A Diciembre de 2006 estar cumplir con las dos primeras partes de el decreto 2309 de 2002	1. Definir los servicios que se van a prestar en la institución.  2. Autoevaluarse para verificar si cumple con los requisitos necesarios para la prestación de los servicios  3. Una vez considere que cumple con los requisitos necesarios inscribirse para iniciar con el proceso de Habilitación, según resolución 1439 de 2002 del Ministerio de Salud y sus Anexos Técnicos. Ver Anexo 6.  4. Una vez habilitado realizar permanentemente Auditorias para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, según Resolución 2309 de 2002. Ver Anexo 7.  5. Analizar la posibilidad de obtener el título de entidad acreditada. Según estándares de acreditación adoptados por resolución 1474 de 2002 del Ministerio de Salud, Resolución 2309 de 2002. Ver Anexos 8 y 9

OBJETIVO ESPECÍFICO	ESTRATEGIA	META	ACTIVIDAD
<b>2. Mantener la continuidad en la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el Dispensario.</b>	1. Establecer alianzas formales, con instituciones educativas y de salud; tanto públicas como privadas.	Lograr en el primer trimestre de 2007 un mínimo de 3 convenios.	1. Ofrecer programas en los que puedan participar los estudiantes de pregrado, utilizando el dispensario como centro de práctica para estudiantes de pregrado. 2. Diseñar un plan anual de brigadas de salud con Instituciones prestadoras e servicios de salud. 3. Diseñar un plan anual para capacitar a los voluntarios del Dispensario.
	2. alcanzar el Equilibrio Financiero.	Que a junio de 2007 sea una Institución auto sostenible.	1. Ampliar el portafolio de servicios incluyendo las actividades de promoción y prevención de acuerdo al nivel de atención. Según resolución 412 de 2000. Ver Anexo 10. 2. Ofrecerlos los servicios a la población con capacidad de pago. 3. Optimizar los insumos creando un sistema de inventarios. 4. Canalizar Donaciones con ONG. 5. presentación de la institución ante el ente gubernamental, para ser incluido en el POT.
	3. Legalizar la situación de adquisición de la planta Física.	A Diciembre de 2005 haber formalizado un contrato de el inmueble donde funciona la institución.	1. Presentar a la propietaria del inmueble las posibles alternativas de adquisición (arriendo, venta, donación etc). 3. Formalizar legalmente.

## CONCLUSIONES

Con la realización del diagnóstico se concluye que El Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta presenta una gran deficiencia en la parte administrativa, que está afectando considerablemente el funcionamiento de el dispensario y por lo tanto con el cumplimiento de los objetivos establecidos.

- Se identifica la necesidad de establecer un plan de trabajo para elaborar una planificación de las actividades que respondan a la responsabilidad del dispensario frente a los trabajos de Promoción y Prevención que deben estar dirigidos a los habitantes del sector de Piedecuesta que se tiene como área de influencia. Para el desarrollo del mismo recomendamos se designe un recurso interno (voluntario) o se establezca un acuerdo de cooperación con alguna institución educativa. Este trabajo permitirá que el dispensario dirija todos los recursos que están a su alcance y así mismo evite, el estar involucrado dentro de responsabilidades o trabajos en que deban prestar otras instituciones del sector salud.
- Los acuerdos verbales establecidos entre el dispensario y algunas instituciones académicas para la prestación de servicios con estudiantes en práctica, deben formalizarse para poder tener garantía sobre las gestiones que se quieran hacer para el largo plazo. Así mismo al existir convenios formales con estas instituciones se podrán exigir resultados a todos y cada uno de los practicantes que allí laboren. La forma en como recomendamos se mida es estableciendo unos índices de gestión que respondan a los objetivos que se quiera plantear el dispensario.
- Consideramos que el dispensario debe adelantar un estudio juicioso y detallado para conocer como se encuentra frente a la reglamentación

establecida para el desarrollo de actividades dentro del marco legal. Así mismo tener en claro que en este momento no estén expuestos a sanciones o cierres futuros por el no cumplimiento o no claridad sobre las responsabilidades de un dispensario dentro de un sistema integrado de seguridad social.

- La identificación de los principales problemas, permitió establecer estrategias encaminadas a fortalecer la prestación de los servicios de salud ofrecidos en el Dispensario y realizables con los recursos con los que dispone el dispensario.

## RECOMENDACIONES

Es conveniente que las directivas de la Asociación Dispensario Pastoral de La Salud Parroquias de Piedecuesta analicen la posibilidad de continuar con la labor que se viene desarrollado hasta el momento, para que de acuerdo a ese análisis, se realicen acciones encaminadas a mejorar y garantizar la continuidad de los servicios.

El Dispensario deberá aprovechar los recursos con los que cuenta para definir con claridad los servicios a ofrecer y por lo tanto el talento humano que requieren para su prestación; gestionando las alianzas con diferentes instituciones de salud para formalizar la asistencia de los profesionales.

Es fundamental que El dispensario Pastoral Salud parroquias de Piedecuesta, gestione en la mayor brevedad la formalización de su entidad ante el ente Gubernamental y que se acoja a la normatividad vigente, para que pueda seguir desarrollando su actividad sin riesgo de ser prescindida.

En vista de que el servicio mas utilizado por los usuarios es el de farmacia, se recomienda buscar asesoría para aprovechar mejor el stock de medicamentos con que cuenta la institución y darle un mejor uso a estos para evitar la pérdida por vencimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Dispensario pastoral Salud parroquias de Piedecuesta. Documentos de conformación y estatutarios.
- Decreto 2309 de 2002
- Gómez, Carlos A. La Planeación en Salud,. Modulo de Administración de Servicios de salud. 2004
- Ley 715 del 25 de febrero de 2001.
- Resolución 4252 de 1997.
- Resolución 412 del 2000.
- Revista Vía Salud; Gestión, calidad y logros. Numero 27
- Ruiz, Miriam. Metodología de la Investigación Orientada a los servicios de Salud. Modulo Especialización de Servicios de Salud 2003.
- Secretaría De Salud De Piedecuesta. POT
- Secretaria De Salud Departamental, Oficina Sistemas de Información en Salud.
- Suárez, Jorge E. Diagnóstico Técnico Administrativo de Servicios de Salud. Modulo de Administración de Servicios de salud. 2004
- [www.dane.com](http://www.dane.com)
- [www.saludsantander.gov.co](http://www.saludsantander.gov.co)

## **Anexo 1. ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS DEL DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUETA**

OBJETIVO: Conocer las principales barreras de acceso a los servicios ofrecidos en las instituciones de salud de el municipio de piedecuesta que motivan a los pacientes a acceder a los servicios en el Dispensario Pastoral Salud Parroquias de Piedecuesta.

Encierre en un circulo la/ las opción que considere conveniente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

1. *Se encuentra afiliado al Sistema General de seguridad Social en Salud como:*

- A.** Régimen Contributivo                      **B.** Régimen Subsidiado  
**C.** Vinculado                                      **D.** Ninguno

2. *En dónde recibe usted los servicios de salud:*

- A.** Entidad Pública                              **B.** Entidad Privada  
**C.** Consultorio Particular                      **D.** Ninguno de los anteriores

3. *Por qué acude usted a los servicios que presta el dispensario:*

- A.** Facilidad en el acceso                      **B.** Menor costo  
**C.** Por rapidez                                      **D.** No tiene mas opción

4. *Cual es el servicio mas usado por usted en el dispensario:*

- A.** Consulta medica                              **B.** Consulta odontológica  
**C.** Consulta Psicológica                      **D.** Terapia Física / Respiratoria  
**E.** Farmacia – Inyectología                      **F.** Citología

5. *Con relación a la respuesta anterior con qué frecuencia asiste al servicio:*

- A.** Cada mes      **B.** cada 3 meses      **C.** Cada 6 meses      **D.** Cada año

6. *En general cómo califica la atención en los servicios recibidos en el dispensario:*

- A.** Excelente      **B.** Bueno      **C.** Regular      **D.** Deficiente

**Anexo 2. FORMULACIÓN DE PREGUNTAS PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA.**

DIRIGIDA A LOS EL PERSONA QUE PARTICIPA ACTIVAMENTE EN EL FUNCIONAMIENTO DE EL DISPENSARIO PASTORAL SALUD PARROQUIAS DE PIEDECUESTA.

OBJETIVO: Determinar el conocimiento acerca de la plataforma estratégica que tienen los colaboradores de el dispensario.

Encierre en un circulo la/ las opción que considere conveniente.

Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cargo: administrativo\_\_\_\_\_ Asistencial\_\_\_\_\_ Voluntariado\_\_\_\_\_

1) Conoce usted la misión (razón de ser de el Dispensario)?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ CONFUSIÓN\_\_\_\_\_

2) Conoce usted la Visión (Futuro deseado) de el Dispensario?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ CONFUSIÓN\_\_\_\_\_

3) Sabe usted cual es el Objetivo corporativo de el Dispensario?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ CONFUSIÓN\_\_\_\_\_

4) Sabe como está organizada Administrativamente la institución?

SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ CONFUSIÓN\_\_\_\_\_

**Anexo 3. BALANCE GENERAL A DICIEMBRE 31 DE 2004.**

CUENTA		
CAJA		
Caja General	578.780,00	
BANCOS		
Banco COLPATRIA	5'737.365,86	
ACTIVOS FIJOS		
Dotación Sede	1'296.400,00	
	<hr/>	
TOTAL ACTIVOS	7'612.545,86	
PATRIMONIO		
Capital Social		7'829.607,08
PERDIDA DEL EJERCICIO		(217.061,22)
		<hr/> <hr/>
SUMAS IGUALES		7'612.545,86

Revisor fiscal

#### Anexo 4. ESTADO DE PERDIDAS Y GANANCIAS A DICIEMBRE 31 DE 2004

##### CUENTA

Ingresos		4'746.667,22
Ingresos Medicamentos	3'457.500,00	
Reintegro gastos Brigada	40.000,00	
Donaciones Terapias	52.750,00	
Reintegro de gastos de Servicios	475.000,00	
Campaña Osteoporosis	24.000,00	
Psicología	20.000,00	
Donaciones	68.000,00	
Ingresos Brigadas de Salud	439.300,00	
Consultas Medicas	75.000,00	
Ingresos Financieros (Intereses)	94.517,22	

Gastos de Administración		4'963.728,44
Retefuente	6.616,13	
Honorarios	1'800.000,00	
Gastos Convivencia	170.00,00	
Servicio Agua	217.329,00	
Servicio Luz	157.251,00	
Servicio Gas	48.730,00	
Servicio Telefónico	219.000,00	
Medicamentos	23.297,00	
Cafetería y útiles de aseo	313.490,00	
Papelería	86.750,00	
copias	73.883,00	
Transporte	167.800,00	
Alarma	451.164,00	
Impuesto Predial	295.000,00	
Mantenimiento Sede	424.100,00	
Impresiones y Digitaciones	96.150,00	
Insumos Médicos	186.744,00	
Empaques	4.300,00	
Reuniones y Eventos	108.800,00	
Fotografías	113.110,00	

PERDIDA DEL EJERCICIO

(217.061,22)

Revisor fiscal

Anexo 5 . **REQUISITOS ESENCIALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Resolución 4252 de 1997 del Minsalud**

**Requisitos Generales**

<b>INFRAESTRUCTURA FÍSICA</b>
Cumplir con las condiciones sanitarias exigidas en las normas vigentes sobre la materia.
Contar con un área física definida para la prestación de los servicios que ofrezca. Si se trata de unidades móviles o servicios de salud extramurales deberá contarse con un domicilio y la programación preestablecida de los servicios, que permita la ubicación por parte de los usuarios, las entidades de vigilancia, y las demás personas naturales o jurídicas con las que se relacione.
<b>RECURSO HUMANO</b>
Independiente de la modalidad de vinculación, todo prestador de servicios de salud, debe cumplir con los requisitos establecidos por la ley para el desarrollo de su actividad.
El personal especializado, además del requisito anterior, debe verificarse el título de postgrado o especialista otorgado por una Institución de educación superior reconocida por el estado. En caso de estudios realizados en el exterior debe contarse con la homologación del título expedido por el Ministerio de Educación.

## PROCEDIMIENTOS TÉCNICO ADMINISTRATIVOS

statutos o normas equivalentes que establezcan el tipo de Organización, sus diferentes Niveles, Funciones, y responsabilidades. (Organigramas, Manuales).

Tener constituidos y funcionando los comités establecidos por las normas vigentes y los estatutos de la institución.

Los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con los procesos administrativos que garanticen la disponibilidad, calidad y suficiencia de los insumos necesarios para la prestación de los servicios

Independiente del tipo de Institución, todo prestador debe tener un responsable de la organización y manejo administrativo del personal. Debe verificarse que los funcionarios cumplan con los requisitos de formación establecidos en las normas vigentes tanto de profesionales, técnicos y auxiliares.

Todos los prestadores de Servicios de Salud deben contar con un Sistema de Facturación.

Definir e implementar los procedimientos de custodia y conservación integral de las historias clínicas.

Definir los procedimientos que garanticen la información a los usuarios sobre los procedimientos diagnósticos, tratamientos médicos o quirúrgicos, los beneficios y riesgos, la orientación sobre la ubicación de los servicios que preste y la recepción de los reclamos o quejas de la atención prestada.

Los prestadores de Servicios de Salud deben disponer de Registros contables y presupuestales, en concordancia con los principios generales aceptados en los procesos financieros de las Empresas. Las entidades públicas deben ceñirse a las normas legales específicas establecidas para la presupuestación.

### **REGISTROS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN**

Los Prestadores de Servicios de Salud deben llevar registros veraces, confiables, oportunos, ordenados, legibles y actualizados de todas las actividades que se realicen para la atención del usuario.

Los prestadores de Servicios de Salud no podrán, a través de medios publicitarios ofrecer servicios que no cumplan con los requisitos esenciales establecidos en las normas vigentes. Para los servicios que no se hayan definido requisitos esenciales específicos, se tendrán en cuenta las normas de carácter general que le sean aplicables

Realizar los reportes estadísticos con las copias necesarias de los mismos, para todos aquellos requerimientos de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en especial de las enfermedades de notificación obligatoria

Llevar un registro actualizado y ordenado de los procedimientos realizados a los pacientes.

### **TRANSPORTE Y COMUNICACIONES**

Los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con los medios de comunicación y transporte necesarios.

### **AUDITORIA DE SERVICIOS**

Los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con un Sistema de Auditoría Médica y de Servicios .

## **Anexo 6. SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Decreto 2309 del Minprotección social**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

### **CÓMO Y DONDE HABILITARSE**

Se hace mediante el diligenciamiento del formato de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. (Original y copia).

Diríjase a la Secretaria Departamental de Salud con un disquete o CD y reclame el formulario de inscripción y copia de la Resolución 1439 de 2002 o consulte en la Página WEB de la SDS.

Revise el contenido de la Resolución remitiéndose al Manual de Estándares correspondiente a los servicios de salud que presta y oferta.

Verifique si los servicios cumplen con los estándares de condiciones tecnológicas y científicas, para lo cual puede utilizar los instrumentos de verificación diseñados por el Ministerio de Salud.

Ejecute las actividades identificadas para dar cumplimiento a todos los estándares de requisitos esenciales antes de presentar la declaración.

Si usted es una IPS verifique además que cumpla con las condiciones técnico - administrativas y de suficiencia patrimonial

Diligencie el Formulario de Inscripción de la sede principal y cada una de las sedes en original y copia y anexe los soportes obligatorios:

- Fotocopia del acto de creación, o certificado de inscripción en Cámara de Comercio, o fotocopia de la resolución de personería jurídica según sea su naturaleza jurídica;
- Certificado del revisor fiscal o del contador de la institución que respalde lo declarado en las condiciones de suficiencia patrimonial para la habilitación.
- Fotocopia del número de identificación tributaria de la institución
- Copia del certificado de revisión técnico - mecánico de la ambulancia, realizado en una serviteca autorizada.

Una vez compruebe el cumplimiento de los requisitos, deben Inscribirse ante la Secretaría de Salud, registrando todo los servicios de salud que ofrece.

Es importante que:

- Previo al diligenciamiento del formulario se debe verificar el cumplimiento de los estándares exigidos para los diferentes servicios que declara.
- Diligencie en el formulario consignando, todos los servicios que oferta de manera permanente con su respectivo código y señale el grado de complejidad en el que se presta.
- Los servicios que se ofertan esporádicamente no deben declararse y debe informarse de este hecho a la Secretaría de Salud para que se le practique una visita de verificación.
- Si no puede cumplir con las condiciones para habilitarse no debe prestar el o los servicios que oferta.

- El formulario de inscripción debe estar firmado por el representante legal o en caso de ser profesional independiente la firma del profesional independiente que presta directamente el servicio y su respectivo número de identificación
- Una vez reciba el formulario de inscripción radicado por la Secretaría de Salud, publíquelo en un lugar visible a los usuarios y prepárese para recibir la visita en la que se le otorgará la certificación de habilitación.
- Cuando se presente modificación de las condiciones de habilitación, como supresión o apertura de servicios, cambio de domicilio, cambio de razón social etc. informar a la Secretaría Distrital de Salud empleando el formulario de novedades definido por el Ministerio de Salud.
- Hacer seguimiento para que siempre que se presten los servicios de salud se cumpla con los estándares.

## **ANEXO 7. PROCESOS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD. Decreto 2309 de 2002**

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

### **NIVELES DE OPERACION DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.**

1. *Autocontrol.* Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. *Auditoría Interna.* Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este

nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. *Auditoría Externa.* Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

ENFASIS DE LA AUDITORIA SEGUN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

PROCESOS DE AUDITORIA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

1. Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el Artículo 6 del presente Decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la Ley, previo agotamiento del debido proceso y el respeto del principio de la doble instancia.

## **Anexo 8. SISTEMA UNICO DE ACREDITACION. Decreto 2309 de 2002**

Conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Para iniciar el proceso, la institución debe en primer lugar manifestar por escrito su voluntad de autoevaluarse y comprometerse con los principios del sistema, que incluyen la confidencialidad, eficiencia y gradualidad; es claro que primero deben haber cumplido con el requisito de habilitación y haber sido verificado por el ente territorial correspondiente.

Actualmente el ICONTEC ofrece la posibilidad de realizar una visita de preevaluación, con la cual evaluará en forma preliminar las posibilidades de la institución de ser acreditadas. Una vez se tome la decisión, ICONTEC propone el equipo evaluador y se fijan las fechas para la visita de evaluación.

Los pasos principales incluyen:

- Auto evaluación: Reconocimiento propio de la institución sobre el cumplimiento de los estándares, con base en el manual Básico de acreditación.
- Solicitud de acreditación: Una vez la institución supere la etapa de auto evaluación, se presenta el caso ante el organismo acreditador, el cual establecerá la fecha de revisión y de acuerdo a está se otorgará o negará el certificado.
- En caso de ser acreditada debe realizarse un seguimiento cada dos años, por lo que se convierte en un proceso cíclico.



## **Anexo 10. DEMANDA INDUCIDA Acuerdo 117/98 CNSSS, Resolución 412/2000 MinSalud, Resolución 3384/2000 MinSalud**

Organizar, incentivar y orientar a la población hacia a utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control de enfermedades de interés en salud pública.

### **ATENCION DE ENFERMEDADES DE INTERES EN SALUD PUBLICA**

- Bajo peso al nacer
- Alteraciones asociadas a la nutrición
- Infección Respiratoria Aguda (Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis, Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía)
- Enfermedad Diarréica Aguda / Cólera
- Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar
- Meningitis Meningocócica
- Asma Bronquial
- Síndrome convulsivo
- Fiebre Reumática
- Vicios de Refracción , Estrabismo y Cataratas
- Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH)
- Hipertensión Arterial
- Hipertensión Arterial y Hemorragias asociadas al Embarazo
- Menor y Mujer Maltratados
- Diabetes Juvenil y del Adulto
- Lesiones preneoplásicas de cuello uterino
- Lepra
- Malaria
- Dengue
- Leishmaniasis cutánea y visceral
- Fiebre Amarilla

### **PROTECCION ESPECÍFICA**

Aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

- Vacunación según esquema del PAI
- Atención preventiva en Salud Bucal
- Atención del Parto
- Atención al recién nacido
- Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres

## **DETECCION TEMPRANA**

Procedimientos que identifican oportuna y efectivamente la enfermedad reduciendo su duración y evitando secuelas, incapacidad y muerte.

- Alteraciones del crecimiento y desarrollo
- Alteraciones del desarrollo del joven
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones en el adulto (>45 años)
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer seno
- Alteraciones de la agudeza visual