

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA EXTERNA A LA IPS DE  
LA RED PRESTADORA ARS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR-  
CAJASAN**

**MAYERLY QUEZADA URREGO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA**

**2008**

**IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA EXTERNA A LA IPS DE  
LA RED PRESTADORA ARS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR-  
CAJASAN**

**MAYERLY QUEZADA URREGO**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de  
Trabajadora Social**

**Directora del proyecto:**

**EDITH RUEDA PALOMINO**

**Trabajadora Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER**

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**BUCARAMANGA**

**2008**

## CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>1. REFERENTE TEÓRICO – CONCEPTUAL</b>	15
<b>1.1 FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD</b>	15
1.1.1 Evolución del concepto de salud desde el modelo Biomédico	15
<b>1.2 SALUD PÚBLICA</b>	22
<b>1.3 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	25
1.3.1 Enfoques de la Calidad	28
1.3.2 La Evaluación de la Calidad en los Servicios de Salud	30
1.3.3 Atributos de la Calidad de la Atención en Salud	34
1.3.4 Garantía de Calidad en Salud	35
<b>1.4 AUDITORIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b>	37
<b>2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA</b>	41
<b>2.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA</b>	44
<b>2.2 SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD</b>	54
<b>3. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN</b>	63
<b>3.1. PLATAFORMA ESTRATEGICA INSTITUCIONAL</b>	67
3.1.1 Misión	67
3.1.2 Visión	67
3.1.3 Valores Corporativos	67
3.1.4 Servicios que ofrece	68
3.1.5 Población Beneficiada	68
<b>3.2 ADMINISTRADORA DE REGIMEN SUBSIDIADO ARS – CAJASAN</b>	69

<b>3.3 LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL</b>	82
<b>4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA</b>	88
<b>4.1 ANÁLISIS SITUACIONAL</b>	98
<b>4.2 ANÁLISIS DEL PROCESO</b>	110
<b>5. EVALUACIÓN DEL PROCESO GENERAL DE PRÁCTICA</b>	116
<b>6. RECOMENDACIONES</b>	119
<b>7. CONCLUSIONES</b>	121
<b>8. PROPUESTA</b>	123
<b>8.1 JUSTIFICACIÓN</b>	123
<b>8.2 OBJETIVO GENERAL</b>	124
<b>8.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	124
<b>8.4 PLAN OPERATIVO</b>	125
<b>8.5 RECURSOS</b>	129
<b>8.6 CRONOGRAMA</b>	130
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	131
<b>ANEXOS</b>	

## LISTA DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Evolución del concepto de Salud.	15
Figura 2. Factores determinantes de la Salud.	19
Figura 3. Dimensiones de la Calidad en Salud.	27
Figura 4. Calidad en Salud.	30
Figura 5. Componentes de un Sistema de Garantía de Calidad.	36
Figura 6. Estructura Organizacional de la Caja de Compensación Familiar de Santander – CAJASAN.	66
Figura 7. Estructura Organizacional de la ARS - Caja de Compensación Familiar de Santander–CAJASAN.	71
Figura 8. Área de cobertura geográfica de la población beneficiaria a la ARS - CAJASAN.	74
Figura 9. Modelo de Operación del Programa ARS- Caja de Compensación Familiar de Santander –CAJASAN.	77
Figura 10. Macroproceso de Aseguramiento y Prestación de Servicios.	79
Figura 11. Macroproceso de Atención al Afiliado.	80
Figura 12. Macroproceso de Gestión de Calidad.	81
Figura 13. Mapa del municipio de Bucaramanga por Comunas.	83

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.	53
Cuadro 2. Población Beneficiaria a la ARS-CAJASAN.	75
Cuadro 3. Instituciones Prestadoras de Servicio.	76
Cuadro 4. Macroproceso de Gestión de Calidad.	95
Cuadro 5. Matriz DOFA del Programa ARS-CAJASAN.	100
Cuadro 6. Cruce de variables.	101
Cuadro 7. Plan Operativo.	103

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
ANEXO 1. FORMATO ACTA DE VISITA.	135
ANEXO 2. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ASPECTOS LEGALES.	136
ANEXO 3. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO.	137
ANEXO 4 FORMATO ACTA DE HALLAZGOS.	138
ANEXO 5. FORMATO ACTA DE ACUERDOS.	139
ANEXO 6. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA HABILITACIÓN.	140
ANEXO 7. ACTA DE VISITA.	141
ANEXO 8. FORMATO EVALUACION DE HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTROL PRENATAL.	142
ANEXO 9. FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR.	144
ANEXO 10. FORMATO DE AUDITORIA DE ASIGANACIÓN DE CITAS.	146
ANEXO 11. HISTORIA CLINICA CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO.	147
ANEXO 12 HISTORIA CLINICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR.	150
ANEXO 13. FORMATO CONTRATOS.	152

## **GLOSARIO**

ARS: Administradora del Régimen Subsidiado.

CAJASAN: Caja de Compensación Familiar de Santander.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

EPS: Entidades Promotora de Salud.

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías.

IPS: Institución Prestadoras de Servicios de Salud.

PAB: Plan de Atención Básica.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

POS-C: Plan Obligatorio de Salud Contributivo.

SIAU: Sistema de Información y Atención al Usuario.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en salud.

SOGSC: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud.

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales.

UPC: Unidad de Pago por capitación.

## RESUMEN

**TÍTULO:** IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE AUDITORIA EXTERNA A LA IPS DE LA RED PRESTADORA ARS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJASAN\*

**AUTORA:** MAYERLY QUEZADA URREGO\*\*

### **PALABRAS CLAVES:**

Sistema de Seguridad Social en Salud, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, Auditoria Externa, Calidad en Salud.

### **DESCRIPCIÓN:**

El siguiente documento, describe el proceso metodológico derivado de la experiencia académica de la formación profesional desarrollada por la autora, durante el primer semestre del 2007 en la implementación del proceso de Auditoria Externa a la IPS de la red prestadora ARS Caja de Compensación Familiar Cajasan de Bucaramanga.

En las temáticas incluidas en el referente teórico conceptual se encuentra la Evolución del concepto de salud desde el modelo biomédico, el concepto de salud pública, la calidad en los servicios de salud, Enfoques de la Calidad, la Evaluación de la Calidad en los servicios de salud, los Atributos de la Calidad, la Auditoria en Salud; el referente legal en salud a nivel internacional y nacional, estructura del Sistema de salud en Colombia ,el Sistema obligatorio de Garantía en Salud; la caracterización institucional y de la experiencia en la que se desarrollo el diagnostico y la planeación estratégica, la ejecución de las actividades y posteriormente la evaluación del proceso a nivel personal, institucional; las conclusiones finales del proceso de intervención profesional desarrollado y las recomendaciones dirigidas a las instituciones ( ARS Caja de Compensación Familias Cajasan, Universidad Industrial de Santander) hasta llegar a la propuesta de intervención : Modelo Básico de Auditoria de la Calidad en la Atención de Primer Nivel - Cajasan Bucaramanga.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora. Edith Rueda Palomino. Trabajadora Social.

## SUMMARY

**TITLE:** IMPLEMENTATION OF THE PROCESS OF EXTERNAL AUDITING TO THE IPS ON THE PROVIDING NET ARS "CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJASAN" \*

**AUTHOR:** MAYERLY QUEZADA URREGO\*\*

### KEY WORDS:

Health Security System, Mandatory System of Suality Guaranties in health, External Auditing, Quality on Health Services.

### DESCRIPTION:

The next document, describes the methodological process derived from the academic experience of the professional formation developed by the author, during the first semester of 2007 on the implementation of the external auditing process of the IPS on the providing net ARS (insurance company that administers professional risks) "Caja de Compensación Familiar Cajasan of Bucaramanga".

On the themes included, in the theoretical and conceptual referent we can find the evolution of the health concept from the biomedical model perspective, the public health concept, the quality of the health services, Focuses of the Quality, the Evaluation of the Quality in the services of health, the Attributes of the Quality, the health services audit; the national and international legal health referents; it structures of the System of health in Colombia, the obligatory System of Guarantee in Health; the institutional characterization and the experience in which the diagnose and the strategic planning was made, the execution of the activities and the post evaluation of the process; the final conclusions of the professional intervention process that was develop, and the recommendations directed to the institutions ( ARS, Caja de Compensación Familiar Cajasan, Universidad Industrial de Santander) until it gets to the intervention proposal : Basic Model of Quality Audit on the First Level Attention – Cajasan Bucaramanga.

---

\* Graduation Work

\*\* Human Sciences Faculty. Social Work School. Director. Edith Rueda Palomino. Social Worker.

## INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 permitió dar un giro a la salud pública, con la creación y la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En todos sus aspectos, este marco jurídico plantea no solo una nueva visión de aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, si no el importante reto de las instituciones de salud llevar a la práctica las directrices y los principios que allí se exponen. Entre todos los tópicos que hace referencia la Ley 100 de 1993 en el campo específico de la salud, uno en particular de interés para este trabajo es el tema de calidad en el servicio de salud.

Sin ninguna duda la calidad se ha convertido en uno de los ejes de desarrollo social y económico de cualquier país. Así como en la más grande herramienta para la gestión empresarial de las entidades que quieren competir con éxito en un mundo en que los mercados son cada vez más complejos.

Las instituciones de la salud no escapan a esta realidad, pues no solamente es importante el trabajo en la generación de ventajas competitivas que apunten a satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los clientes, sino que es obligatorio la implementación de un Sistema de Garantía de la Calidad de la atención en salud, según las disposiciones del Decreto 1011 de 2006.

La práctica profesional se desarrollo en la ARS Cajasan de Bucaramanga, institución encargada de administrar los recursos del Régimen Subsidiado, quien contrata Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para que presten directa o indirectamente los servicios de salud contenidos en el Plan de Salud Obligatorio Subsidiado (POS-S). Este proceso evidencia la necesidad de la realización de Auditoria Externa a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) conforme lo estipula la ley; motivo por el cual vincula una estudiante de Trabajo Social en

periodo de práctica, quien tiene la responsabilidad de auditar ciertos procedimientos ya estipulados con anterioridad por dicha institución.

El público lector, hallará como contenido en el primer capítulo un referente teórico conceptual que explica la evolución del concepto de Salud desde el modelo biomédico, seguido de los conceptos de salud Pública, calidad en los servicios de salud desde la teoría propuesta por Abedis Donabedian, la evaluación de la calidad en los servicios de salud, la Garantía de calidad en salud; este marco sirvió de base a la experiencia y guió el proceso de planeación y ejecución.

El segundo capítulo presenta la contextualización de la experiencia, la cual hace referencia al marco legal que define las acciones legislativas en el área de la salud a nivel internacional y nacional.

Las temáticas del tercer capítulo responden a la caracterización institucional donde se desarrollo la experiencia, partiendo de su reseña histórica seguida de el direccionamiento estratégico, estructura organizacional, su cobertura geográfica, la población beneficiaria y el modelo de operación; de igual forma describe los programas y servicios que ofrece a los afiliados.

El cuarto capítulo, profundiza la caracterización de la experiencia, define el contexto específico de la práctica profesional, muestra el proceso de intervención profesional iniciando con el análisis situacional presentado en la matriz DOFA, basado en la metodología de diagnóstico estratégico, y posteriormente detalla el proceso de planeación y ejecución.

Los capítulos quinto y sexto de acuerdo a la labor desempeñada en la práctica profesional y como fase final del proceso de dicha experiencia, expone tanto los logros alcanzados como las dificultades respecto al proceso, a la institución y a

nivel personal. Luego se enuncian las conclusiones y recomendaciones suscitadas durante el proceso de la práctica.

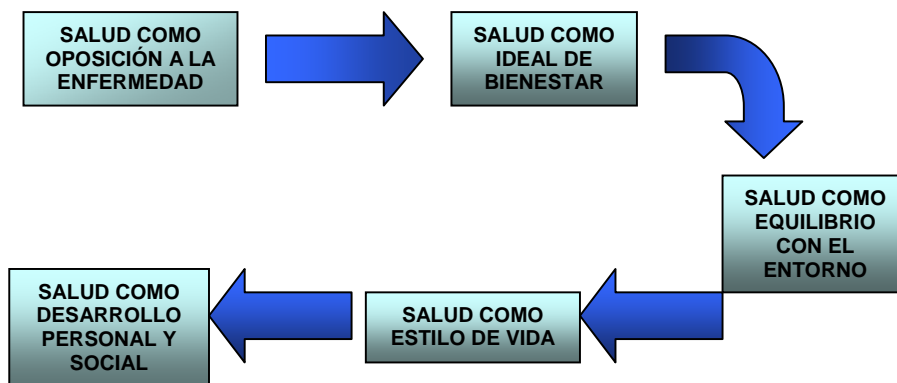
Finalmente, se presenta la propuesta de intervención Modelo Básico de Auditoria de la Calidad en la atención de primer nivel.

## 1. REFERENTE TEÓRICO – CONCEPTUAL

### 1.1 FUNDAMENTOS DEL CONCEPTO DE SALUD

**1.1.1 Evolución del concepto de salud desde el modelo Biomédico.** El concepto de salud es dinámico, amplio e histórico, el cual cambia de acuerdo a la época, la cultura y a las condiciones de vida de la población<sup>1</sup>. Quizás por ser la salud un término ambiguo se han elaborado diversos modelos y construidas diferentes definiciones y posturas; dicho concepto desde el modelo biomédico ha evolucionado con el paso de los años de la siguiente manera: (ver figura 1)

**Figura 1. Evolución del Concepto de Salud**



**Fuente: Elaborado por la autora del proyecto**

<sup>1</sup> GAVIDIA, Catalan, Valentin. Salud, Educación y Calidad de Vida. Bogotá. Magisterio P.24

Según el modelo Biomédico el concepto de Salud ha sido considerado como<sup>2</sup>:

- **La salud como oposición a la enfermedad.** En esta concepción se entiende la salud como la condición natural o “normal” que forma parte de la propia vida de los seres humanos, con la cual se vive y no se cuestiona; lo que altera esta situación es la enfermedad que interrumpe el devenir “normal” del tiempo que hace cumplir el ciclo de la vida de las personas, es decir la salud es la ausencia de las enfermedades e invalideces.
  
- **La salud como ideal de bienestar.** Hasta la década del 40 del presente siglo se consideraba la salud como la ausencia de enfermedad y por ende el hombre sano era el que no presentaba signos o síntomas.

En 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) esboza un nuevo concepto de salud que pretende ser más completo e integral, lo cual constituyó un progreso en la conceptualización del fenómeno de la salud, donde se plantea que la salud es” el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad”<sup>3</sup>.

Este concepto lleva a definir la salud como algo positivo, más allá de estar enfermo y como una condición de bienestar mental y social, además de físico; también sirvió para ampliar la visión de los profesionales del sector de la salud y para reclamar una concepción más integral del ser humano.

La experiencia rápidamente llevo a cuestionar este concepto, pues algunos lo controvirtieron por conferir a la salud un carácter estático, otros lo criticaron como

---

<sup>2</sup> Ibid., Págs. 29-42

idealista al plantear que un completo estado de bienestar en las tres esferas no existe como realidad si no que es más bien algo deseable pero inalcanzable.

Algunos autores han propuesto no modificar sustancialmente la definición sino hacer ajustes incorporándole aspectos como la capacidad de funcionar y el aspecto subjetivo de sentirse bien como elementos fundamentales en su aplicación práctica. Otros han planteado que la salud no es un solo estado, sino un estar continuo, es decir, que se extiende sin interrupción.

Sin embargo esta concepción de la OMS ha significado un gran aporte, pues permite contemplar, analizar y desarrollar las actividades de enseñanza - aprendizaje de la salud, teniendo en cuenta estas tres dimensiones: física, mental y social, con lo que resulta especialmente operativa.

➤ **La Salud como equilibrio con el entorno.** Desde esta perspectiva el microbiólogo Estadunidense René Dubos<sup>4</sup> indica que existen otros factores que influyen de manera directa en la salud de las personas, por esta razón, define la salud como el estado puntual de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio, es decir la salud es el equilibrio que existe entre el individuo y su entorno, de forma tal que cuando este se altera, se rompe y se produce la enfermedad.

En razón de lo anterior el ser humano para lograr un equilibrio en su dimensión física, mental y social debe adaptarse al medio que lo rodea, pues dicho medio esta en constante cambio y al poseer la capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones que continuamente va creando, puede vivir, funcionar y desarrollarse en ellas; lo que es necesario para una vida sana, equilibrada y completa.

➤ **La salud como estilo de vida.** En esta concepción las enfermedades aparecen como causas de factores que no son estrictamente biológicos sino

---

<sup>4</sup> Ibid., p. 30.

conductuales y sitúa al individuo como protagonista de su propia salud, por cuanto lo hace responsable de las acciones que pueden quebrantar o mejorar su estado de salud; sin embargo, también entiende la salud con una dimensión social, por lo que solicita la solidaridad de todos para la construcción de la salud ambiental, la cual redundará en beneficio de la individual.

Desde este punto surgen algunas posturas, donde se resalta la del doctor Joseph Matarazzo<sup>5</sup> quien fue pionero de la Psicología en Salud, quien introduce el término de “salud conductual” con el fin de proporcionar la importancia de la persona en su propia salud, estimulando la responsabilidad individual hacia la adopción de ciertas conductas que prevengan la enfermedad y mantengan la salud. Pero detrás de este concepto Polaino Lorente<sup>6</sup>, señala que la salud se define en función de la conducta; es decir que la prevención de la salud no puede basarse hoy únicamente en la investigación microbiológica sino en la identificación de las conductas que incrementan la frecuencia e intensidad de los factores de riesgo de contraer enfermedades, es decir que los hábitos personales y el peculiar estilo de vida de cada uno constituyen el principal fundamento de los factores de riesgo.

También hace referencia a la construcción de nuevos conceptos complementarios, en primer lugar a la Patogenia Conductual en donde explica que las conductas influyen en la pérdida de salud y poseen un alto índice de riesgo al facilitar que se puedan contraer ciertas enfermedades, pues de repetirse en el tiempo pueden ser responsables del origen de ciertas disfunciones; en segundo lugar la Inmunogénesis Comportamental, que es el conjunto de estrategias y mecanismos de la conducta que tienen las personas en su diario vivir que ayudan a proteger la salud; y por último las Creencias sobre salud que es el modo en que el sujeto atribuye su salud a determinados factores, es decir la forma de percibir y atribuir mayor o menor susceptibilidad a ciertas enfermedades.

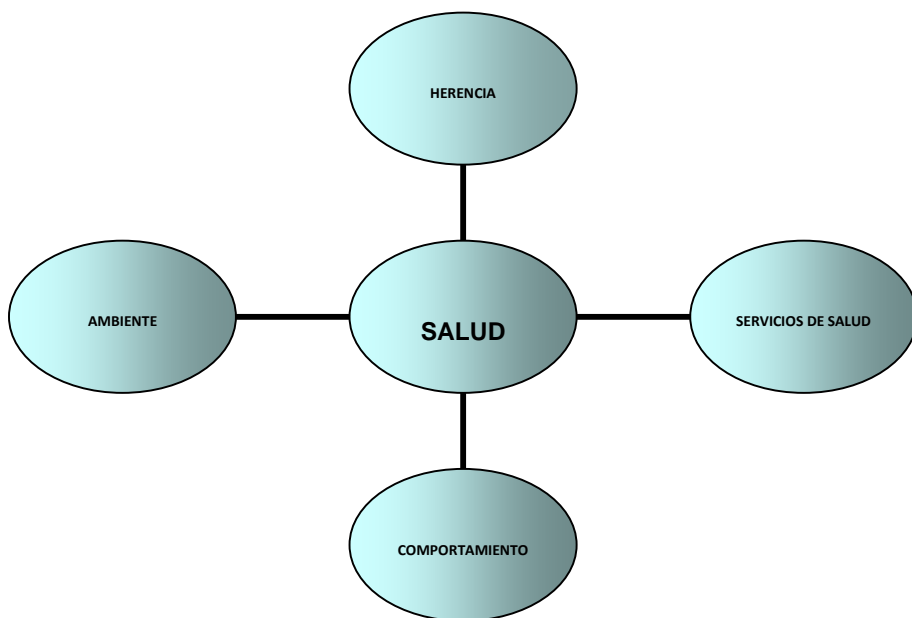
---

<sup>5</sup> Ibid., p.36.

<sup>6</sup> Ibid., p.36- 37.

➤ **La salud como desarrollo personal y social.** En esta concepción Henrick Blum<sup>7</sup> quien fuera profesor emérito en administración y planeación de la salud para el año 1971 en su teoría planteó que la salud es la resultante de un gran número de fuerzas o variables, que él agrupa en cuatro categorías de factores que influyen en la salud individual y determinan el estado de la salud de la población. (Ver figura 2)

**Figura 2. Factores Determinantes de la Salud**



**Fuente: MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1997. P.3**

Los Factores determinantes de la salud son<sup>8</sup> :

---

<sup>7</sup> MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1997. p. 2.

<sup>8</sup> Ibid., p.3.

a. La Herencia (genética): Es el factor que determina el aspecto anatómico y fisiológico sobre el cual ocurre el fenómeno de la salud, debido a que en gran parte la capacidad de reacción del organismo, su fortaleza o debilidad, su resistencia o susceptibilidad ante el ambiente se establecen genéticamente.

b. El Ambiente: son las circunstancias en las que vive el hombre y a las que deben adaptarse del mejor modo posible para estar sano. El ambiente se puede concebir en varios componentes actuando simultáneamente: sociales (estructuras de la sociedad, su organización, sus instituciones), físicos (temperatura, humedad, radiaciones, contaminación, etc.), biológicos (humano, animal y vegetal) y nutricionales; exigen de este un proceso de adaptación que supone una situación de equilibrio.

El comportamiento social del hombre, como parte del ambiente global que circunda a una persona o grupo, presenta ciertas circunstancias que conduce a problemas de estrés, ansiedad, depresión y frustración, que pueden llevar a la enfermedad mental y a los padecimientos psicosomáticos.

Según David Bersh, dichas circunstancias son:

- Aislamiento: Es la expresión de una interacción mínima con otros seres humanos.
- Densidad: Valorada por el número de personas por kilómetros cuadrados (Km<sup>2</sup>), actúan como un determinante del grado de interacción.
- Hacinamiento: Su valoración se hace por el número de personas por cuarto (habitación).
- Competencia: Refleja un tipo de interacción, caracterizada por la oposición o rivalidad en alguna de las deferentes actividades como: trabajo, el consumo, la recreación etc.
- Seguridad: Tiene que ver con todo tipo de riesgos emanados del ambiente social, incluye por lo tanto lo económico, lo físico etc.
- Comodidad: Determinada por factores sociales, que no actúen sobre las otras circunstancias pero capaces de generar incomodidad en las personas.
- Ajuste e Integración Social y Cultural: Determinada por aquellos factores o hechos sociales, que pueden producir desintegración social y cultural en cualquier nivel de la organización social y del complejo cultural<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> BERSH, David. El Fenómeno de la Salud. Bogotá. Andes 1970.p. 52.

c. El Comportamiento (estilo de vida): Abarca un conjunto de directrices que moldean la conducta, como las tradiciones, creencias, valores y pautas de conducta que se desarrollan y reestructuran durante el proceso de socialización, estas depende mucho de las motivaciones y de la personalidad del sujeto, de los estilos de vida y de las conductas de los grupos sociales a los que se pertenece y se integra; por esta razón elegir un estilo de vida saludable no sólo depende de la voluntad (querer), sino también del conocimiento (saber) y de la accesibilidad al mismo (poder).

d. Los Servicios de Salud: Inciden en la salud del ser humano dependiendo de la disponibilidad, calidad, oportunidad y capacidad de respuesta ante las necesidades de los usuarios.

Para la construcción del concepto de salud, todas las ideas anteriores han sido importantes para modelar la representación que tenemos en la actualidad.

Una de ellas es la definición de La Oficina Regional de Europa de la OMS que expresa “La salud es la capacidad de realizar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente” <sup>10</sup>. Entonces se considera la salud como un recurso para la vida, pero no como el objeto de la misma, por ello la salud consiste en el equilibrio del ser humano consigo mismo y con el medio que lo rodea; equilibrio que le debe permitir funcionar lo mejor posible de acuerdo con sus capacidades para lo que debe procurar convertir el entorno en lo más familiar y humano posible.

A manera de conclusión se puede decir que definir un concepto único de salud no es tarea fácil, sin embargo se puede extraer algunos elementos que nos ayudaran

---

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas para el cuatrienio 1991-1994. Resolución No. 13 de la XXIII Conferencia Panamericana OPS/OSP (23/14), 1990.

en cada época y sociedad a ir perfeccionando la definición. Hoy aceptamos que la salud<sup>11</sup>:

- No es un estado si no un proceso.
- No es una utopía si no una realidad cambiante.
- No está directamente relacionada con un concepto de normalidad.
- Está intrínsecamente unida a la enfermedad, no siendo posible diferenciar claramente cuándo se pasa de la una a la otra.
- Supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir, el hombre integral.

## **1.2 SALUD PÚBLICA**

Cuando se habla de Salud Pública se hace referencia a la salud de los colectivos, por ella se entiende según la Organización Mundial de la Salud<sup>12</sup> salud pública es la “ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la vida”.

Esta definición destaca que la salud pública es una ciencia y un arte, ciencia porque aplica conocimientos de las ciencias básicas expresados en leyes y relaciones necesarias constantes entre fenómenos naturales y sociales; arte en cuanto muchas de sus actividades dependen de la habilidad personal, la capacidad de integración y el interés de quien aplica los conocimientos.

El concepto de salud pública incorpora una importante actividad gubernamental y social multidisciplinaria que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad;

---

<sup>11</sup> MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1997. P. 2.

<sup>12</sup> *Ibíd.*, p. 5.

le corresponde entonces al Estado en el desarrollo de sus propias capacidades, la organización, dirección y reglamentación de los servicios de salud tanto públicos como privados, disponiendo de las leyes y normas que permitan el acceso de todos los ciudadanos en todos los niveles de atención, pero las acciones de salud pública no son sólo responsabilidad del Estado sino de toda la sociedad civil organizada, lo cual implica que los entes privados tienen igualmente importantes responsabilidades y actividades que cumplir en este ámbito.

Existen varias funciones que corresponden a la salud pública, algunas de las cuales deben realizar con esfuerzos propios y otras se enmarcan en el trabajo intersectorial que cobra vital importancia para el logro de sus objetivos. Las funciones de la salud pública son<sup>13</sup>:

1. Funciones de Protección de la salud. Es el Saneamiento o control de factores ambientales relacionados con la salud, muchas de estas labores se realizan hoy en compañía de otros organismos del Estado (secretarías de medio ambiente, obras públicas, etc.) entre estas se cuentan:

- Control de la calidad de agua, aire y alimentos.
- Control de desechos sólidos y líquidos.
- Control de vectores.
- Control de radiaciones.
- Prevención y control de enfermedades transmisibles, con énfasis en aquellas con altas externalidades (tuberculosis, malaria, sida, lepra, entre otras).

2. Funciones de fomento de la salud:

- Educación sanitaria para toda la población.
- Programas de salud física, mental y social.
- Salud ocupacional.

---

<sup>13</sup> *Ibíd.*, p.6.

3. Funciones de reparación de la salud:

- Atención oportuna de los enfermos en infraestructura hospitalaria y ambulatoria de buena calidad y accesible.
- Programas para la tercera edad y las personas discapacitadas.
- Programas de rehabilitación integral.

4. Funciones de apoyo:

- Gerencia de las organizaciones de salud.
- Sistemas de información oportunos para toma de decisiones.
- Desarrollo de la normatividad legal del sistema de salud.
- Investigación para la generación o validación de conocimientos que permitan impactar los problemas prevalentes en la comunidad.
- Planificación estratégica de todo el sistema y de sus organizaciones.

5. Funciones de coordinación. Hace referencia al liderazgo que la salud pública debe tener para lograr coordinación intersectorial, con miras a conseguir intervenciones de otros sectores que sean costo-eficaces en la solución de problemas de salud y en la mejoría de la calidad de vida.

Es importante en este sentido, que el Estado incorpore en los planes de desarrollo Nacional, Departamental y Local, planes de salud equitativos, universales y de calidad tendientes al desarrollo de acciones de promoción, prevención vigilancia y control con base a las necesidades de la población.

### 1.3 LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

¿En qué consiste la calidad?

Cuando se habla de calidad<sup>14</sup> se cree que se trata de algo costoso, lujoso, novedoso o sofisticado, se piensa en magníficas instalaciones hospitalarias con equipos de diagnóstico y tratamiento de última generación, ese es un concepto erróneo, pues la calidad excelente se logra cuando se tiene en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del cliente. Por lo tanto, se puede decir que la percepción del cliente es la que determina la excelencia del servicio.

En este sentido la calidad se puede definir como “la satisfacción de las necesidades del cliente y sus expectativas razonables”<sup>15</sup>

Muchos expertos se han esforzado en establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud; sin embargo, quien más a trabajado este concepto es el Dr. Abedis Donabedian, quien a finales de los 60's y hasta la fecha se ha convertido en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. El define la calidad en salud así: “La calidad en salud es la obtención de mayores beneficios con los menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes”<sup>16</sup>.

Para una conceptualización mas completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. El Doctor Donabedian<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> BRAULIO, Mejía García. Auditoría médica para la Garantía de Calidad en Salud. Ediciones Ecoe. Bogotá D.C. 1998. p5

<sup>15</sup> BERRY, Thomas. Cómo Gerenciar la Transformación Hacia la Calidad Total. Mc Graw Hill. Bogotá, 1996. p. 22.

<sup>16</sup> MALAGÓN, LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. p.485.

<sup>17</sup> Ibid., p 486

especifica al respecto que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos; el primero, como la atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo como la relación interpersonal es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente”.

En este sentido, entonces, la calidad en salud puede ser cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad, sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

En conclusión la Calidad de la atención de Salud, se entiende como el proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El Dr. Donabedian expone un esquema en la cual la calidad se ve expresada en el máximo nivel de la salud (ver figura 3) en donde los pilares que la sostienen son<sup>18</sup>:

---

<sup>18</sup> SOÑOL, R. Bañares, J. Origen y Evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Texto académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad, Universidad de Antioquia. 1998. p. 10

**Figura 3. Dimensiones de la Calidad en Salud**



Fuente: SOÑOL. R. Bañares, J. Origen y Evolución y características de los programas de la gestión de la calidad en los servicios de salud. En: Evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Texto académico. Documento Diplomado Garantía de Calidad, Universidad de Antioquia.1998. p. 10.

- **La calidad técnica:** Requiere de la aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología, a nivel de los procedimientos y equipos disponibles a favor del paciente; consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional los riesgos.
- **Servicio:** Es necesario considerar la oportunidad, y continuidad con que se presta la atención, siendo importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio deben reflejar respeto, permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular. Lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención puesto que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente, por ello en la naturaleza, el éxito de la atención y en los beneficios de la misma.

- **Seguridad:** Mide el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que esta se aplique; con ello se busca que al tratar un paciente que consiga el mayor beneficio y el menor riesgo posible, por lo que en las medidas de calidad se debe ponderar el grado en el que se logro el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no debe lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.
- **Costo racional de la atención:** Entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ellos. Mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también el uso innecesario o inadecuado de servicios genera aumentos sin acrecentar la calidad, desperdiciando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad.
- **Disposición del equipo humano:** Constituye este la carta de presentación de la institución; ya que se debe contar con profesionales idóneos y eficaces en la prestación del servicio, puesto que ellos son los que tienen contacto directo con los usuarios.

**1.3.1 Enfoques de la Calidad.** El Doctor Abedis Donabedian propone los siguientes enfoques de la calidad<sup>19</sup>:

1. El enfoque teórico científico: Enuncia el ofrecimiento al paciente de lo óptimo dentro del estado de los conocimientos y de la última tecnología. Este enfoque puede tener los siguientes problemas:
  - a. Dificilmente financiable para cualquier Estado.
  - b. Se corre el riesgo de reducir la atención a un catalogo de normas científico-técnicas y al equipo profesional a un grupo de tecnólogos, que miren al paciente

---

<sup>19</sup> Op.cit, p.487.

como a una suma de parámetros biomédicos, desprovisto de sus componentes psicosociales y humanos.

c. Su aplicación literal puede conducir a la enfermedad tanto física como mental.

2. El enfoque lógico: Relaciona la calidad con eficiencia en la utilización de la información para la toma de decisiones, dicha información debe ser suficiente, sin duplicaciones innecesarias y no excesivas para no sobrepasar las posibilidades de su manejo. La mala calidad de la información puede llevar a :

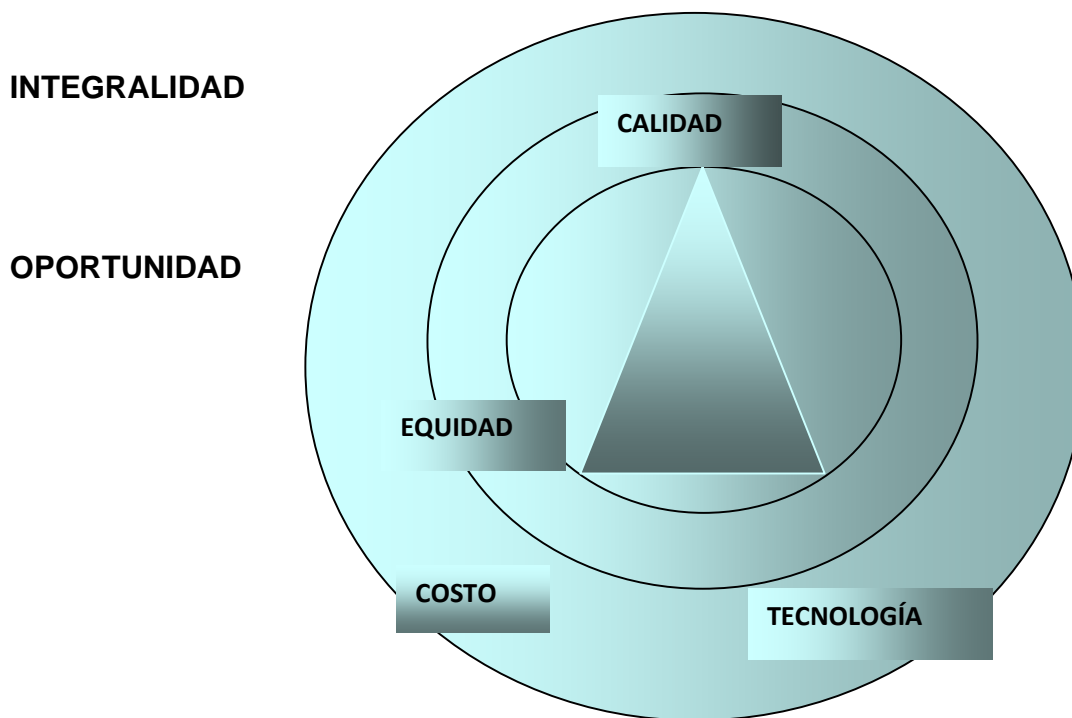
- a. Aumento innecesario de costos
- b. Establecimiento de criterios irrelevantes
- c. Inducción de errores en las decisiones médicas
- d. Interferencias en su utilización, por exceso de datos.

3. El enfoque óptimo: por ultimo, se relaciona con la respuesta a una serie de alternativas, tales como:

- a. El equilibrio entre la prevención y la curación
- b. Las prioridades entre los servicios ambulatorios y hospitalarios
- c. Las alternativas entre la prestación de algunos servicios por personal profesional o auxiliar
- d. Las alternativas de calidad en términos de efectividad y eficiencia

Dentro de estas consideraciones, el servicio de mejor calidad en salud será aquél que alcance los objetivos al menor costo posible. Con los conocimientos y la tecnología adecuados (optimización). Esto requiere de la formulación de una política y unas estrategias de salud para toda la población, dentro de los términos de oportunidad, integralidad y equidad. (Ver Figura 4).

**Figura 4. Calidad en Salud**



**Fuente: MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. p.488.**

**1.3.2 La Evaluación de la Calidad en los Servicios de Salud.** En las instituciones que prestan servicios de salud, la organización debe garantizar la estructura indispensable para la prestación de sus servicios y el cumplimiento de su objetivo social, de igual forma se debe propender por que las acciones y programas de garantía de calidad se desarrollen en varios ámbitos del sistema de salud, desde el servicio clínico individual hasta la red nacional de establecimientos y servicios. Se hace entonces indispensables desarrollar mecanismos permanentes para medir y evaluar tanto cuantitativa como cualitativamente y desde el punto de vista de los observadores, prestadores y usuarios del sistema.

Para esto se deben establecer estándares que permitan comparar permanentemente el sistema y la percepción que de él tienen los usuarios, con el fin de establecer procesos de mejoramiento continuo que eleven la calidad dentro del sistema y hacia los usuarios del mismo.

Específicamente, la Evaluación de la Calidad en Atención en Salud, “es la medición, análisis comparativo y valoración de las características de la atención en salud que se presta, así como los efectos alcanzados por esa atención, para adoptar las medidas que permitan corregir las desviaciones”<sup>20</sup>. Otro concepto menos explícito lo da la Organización Mundial de la Salud <sup>21</sup> la Evaluación de la Calidad en Atención de la Salud “Es la observancia de las actividades, recursos y procedimientos orgánicos a la atención en salud de acuerdo a las normas pertinentes”.

Las dos definiciones permiten concluir que la evaluación de la calidad en la atención en salud es un proceso integral, que no solo mira los resultados, sino también la estructura del servicio, los recursos o insumos que se utilizan en él y los procesos en su desarrollo.

Para poder evaluar la calidad de la atención se deben definir los criterios, indicadores y estándares para los procesos, ya que estos deben adaptarse y formularse de acuerdo a la situación particular que se va a evaluar y los objetivos que se persiguen porque el gran reto de los sistemas de salud para establecer una metodología de evaluación apropiada y adaptada a las necesidades y oportunidades de diversas áreas radica en establecer criterios unificados acerca de lo que consiste la atención en salud.

---

<sup>20</sup> BUSTOS M, Alvaro E. Auditoría Clínica. Módulo 21.Universidad Industrial de Santander.Bucaramanga.p.5

<sup>21</sup> Organización Mundial de la Salud, Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los sistemas de Atención en Salud (S.M.D). p.455

Las metodologías documentadas por el Dr. Avedeis Donabedian, en gran parte dirigen su enfoque ante todo al conocimiento de los aspectos que determinan la evaluación de la calidad y toman en cuenta tres elementos de aproximación fundamentales:

1. Estructuras: (atributos de los sitios en que se prestan la atención) La evaluación de la estructura tiene como objeto el análisis sobre las características de las instituciones, equipos, tecnología, recurso humano (técnico y auxiliar), recursos financieros y sistema de información (interna y externa). La ventaja de esta evaluación reside en la posibilidad de alcanzar información objetiva, de gran validez y confiabilidad. Estos criterios involucran los recursos con los que cuenta los proveedores de la salud.
2. Procesos: La evaluación de los procesos reúne información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los profesionales de la institución y sobre el grado de coordinación e integración entre las distintas dependencias encargadas del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y del soporte administrativo financiero. En este enfoque, donde se trata de averiguar si se sigue el procedimiento correcto en lo relacionado con la atención ofrecida a los usuarios, tiene gran importancia la existencia y aplicación de las guías y protocolos de manejo diagnóstico y terapéutico. De igual forma es indispensable la existencia de mecanismos de seguimiento de la atención tendientes a garantizar la calidad del servicio como lo son los comités, las juntas médicas entre otros. Este criterio incluye el objeto primario de la evaluación, ya que comprenden las actividades que se llevarán a cabo entre profesionales y pacientes.
3. Resultados: Se relaciona con la preocupación de si la prestación del servicio ha reportado beneficio para el usuario. El resultado se evalúa mediante indicadores que miden la conservación o mejoría en el estado de salud del paciente, la presencia o ausencia de complicaciones, la muerte o la invalidez en distinto grado. Se evalúa igualmente la satisfacción obtenida por el proveedor y el usuario de los servicios. Las ventajas de esta evaluación son la efectividad del cuidado en la salud, al medir los resultados como facilitadores del impacto. Este criterio se incorpora el cambio del estado actual y futuro de la salud del paciente.<sup>22</sup>

Para desarrollar el proceso de evaluación de la calidad se pueden considerar las siguientes fases básicas<sup>23</sup>:

➤ Diagnóstico de la Organización y Servicio: El diagnóstico debe ir dirigido a establecer la situación de la entidad o servicio e identificar problemas que requieran de solución.

---

<sup>22</sup> MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. p.489-490

<sup>23</sup>BUSTOS M, Alvaro E. Auditoría Clínica. Módulo 21. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. p.43-52

- Definición de Prioridades: Prioridades en cuanto a los usuarios servicios y diagnósticos.
- Formulación de Hipótesis de relación Causa y Efecto: Consiste en la exploración de eventuales y probables relaciones causales entre varios hechos, situaciones, datos, etc.
- Definición de Aspectos Metodológicos: Implica la determinación de un universo, una muestra, una unidad de análisis y fuentes de información y consecutivamente el diseño, selección y adaptación de los criterios de calidad, los patrones de la misma y los indicadores de evaluación.
- Medición de Desempeño: Es la etapa de ejecución de la evaluación. Comprende el diseño de formatos de registro, la prueba de los mismos, la realización de los ajustes requeridos, el diseño del trabajo de campo, la recolección de la información y su procesamiento.
- Comparación: Es la fase orientada a establecer las diferencias reales entre lo medido y los patrones, entre lo alcanzado y lo esperado, entre los resultados y los objetivos. Es importante porque permite identificar los principales problemas y la orientación del análisis.
- Análisis de los Resultados: Es el estudio de las razones y causas que explican las diferencias entre lo esperado y lo alcanzado, o entre los patrones y medidas. Con lleva la búsqueda de relaciones de causa y efecto con una alta objetividad y teniendo en cuenta un pleno conocimiento del esquema organizacional. Es la base de la toma de correctivos.
- Formulación de Correctivos Recomendados: Es la fase que da sentido al proceso de evaluación, Implica la búsqueda de alternativas de solución, la selección y presentación de alternativas viables, y la recomendación de la mejor de ellas. Por lo general, el evaluador no debe comprometerse con la aplicación de los correctivos, salvo en casos especiales.

➤ **Publicación y Difusión de los Resultados:** Esta fase responde al propósito de la evaluación de la calidad; mejorar la calidad de la atención, ayuda al proceso de capacitación del recurso humano y al mejoramiento de los mecanismos de control.

**1.3.3 Atributos de la Calidad de la Atención en Salud.** En general se acepta una serie de atributos que deben tener los servicios de salud como son<sup>24</sup>:

➤ **Accesibilidad:** Corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario.

➤ **Oportunidad:** Capacidad de satisfacer las necesidades de salud del usuario en el momento que requiere el servicio. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

➤ **Continuidad:** Es la atención continua del usuario, a través de una serie de acciones del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

➤ **Suficiencia e integridad:** Es la satisfacción oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma adecuada a su estado de salud y de manera integral, entendidas las acciones de promoción, prevención curación y rehabilitación, mediante un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

➤ **Racionalidad lógico – científica:** El conocimiento médico y la tecnología se reúne para atender un problema de salud, con criterios de lógica y optimización de los recursos.

---

<sup>24</sup> MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud. Elde Ediciones. Bogotá D.C. 1998. p.7-8.

- Efectividad: Se refiere al grado máximo de mejoramiento de salud con la mejor atención disponible.
- Eficiencia: Implica que la atención brindada debe ser efectiva pero a unos costos razonables.
- Eficacia: Indica la aplicación de un saber o tecnología cuya utilidad ha sido previamente demostrada.
- Satisfacción del usuario: Es la complacencia del usuario con la atención recibida.
- Atención humanizada: Consiste en tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida, que mantengan en alto la dignidad del ser enfermo.
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**1.3.4 Garantía de Calidad en Salud.** Para el Doctor Donabedian,<sup>25</sup> la garantía de la calidad significa todo lo que la sociedad hace para generar, mantener y aumentar la calidad, es así como expresa que: La garantía de la calidad se compone de dos elementos: diseño del sistema y monitorización; la monitorización es conseguir información sobre el funcionamiento del sistema, interpretar la información y tomar las acciones adecuadas. Por tal motivo para este autor la garantía de la calidad implica la capacidad de responder por un servicio de calidad otorgado al paciente, con el fin a que se le proteja su integridad contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios.

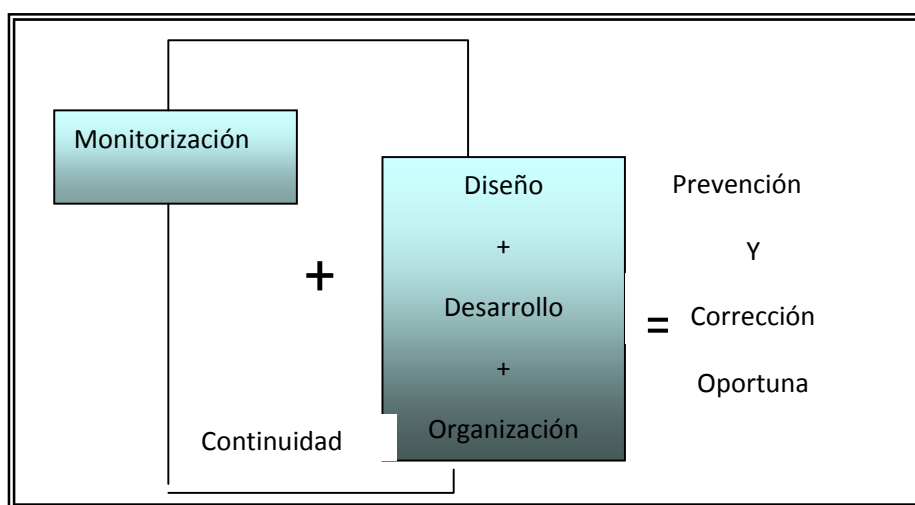
Pero años más tarde el Doctor Enrique Ruelas propone una definición operacional de garantía de la calidad que recoge en forma integral y práctica la conceptualización anterior así:

---

<sup>25</sup> TORO RESTREPO, Ernesto Julio. Hospital & Empresa. Medellín: Hospital Universitarios San Vicente de Paúl 2000. En: Gerencia Integral por Calidad. p.437

“La Garantía de Calidad en Salud, es el conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementan los riesgos a los pacientes a través de: monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambios organizacionales”<sup>26</sup>. (Ver figura 5)

**Figura 5: Componentes de un Sistema de Garantía de Calidad**



**Fuente: RUELAS Enrique. “Confusiones y definiciones”. En: Revista Calidad de Atención a la Salud. México, Vol.2. Febrero 1995.p.6**

Los componentes de un sistema de Garantía de Calidad son<sup>27</sup>:

➤ **Monitoria:** Es la medición de los indicadores de los resultados (atributos del servicio en su dimensión técnico-científica y su dimensión de servicio), de los

<sup>26</sup> Ibid.,438

<sup>27</sup> Ibid.,p.437

indicadores de funcionamiento de los procesos (monitoria del proceso) y de los insumos (monitoria de la infraestructura).

- Evaluación: Implica comparar lo observado con lo esperado y analizar las posibles causas de la desviación para proceder a las siguientes etapas.
- Diseño: Se refiere a la forma como se establece en una determinada área de servicio los niveles de autoridad, las responsabilidades, los mecanismos de coordinación, de comunicación y control, los estándares e insumos para que dicha área funcione de forma adecuada.
- Desarrollo Organizacional: Se refiere a una estrategia de tipo educativo, que tiene como finalidad producir un adecuado clima organizacional, para facilitar así el cumplimiento de los objetivos.
- Cambio: Se refiere a la modificación que debe introducirse a unas determinadas circunstancias.

En razón a lo anterior se puede afirmar que las actividades de Garantía de Calidad tiene dos propósitos fundamentales: Controlar los costos eliminando los servicios que no son necesarios y prevenir su sobreutilización, pero también asegurar una atención de alta calidad garantizando que se cumplan los criterios que definen la atención adecuada, suficiente, necesaria, oportuna y conveniente en cada caso.

#### **1.4 AUDITORIA EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

La auditoria <sup>28</sup>es el proceso de investigación que tiene por objeto el examen y evaluación de la planeación, la organización, la dirección y el control de gestión de las operaciones por áreas funcionales o por procesos operativos en las organizaciones; su base son los criterios de economía, eficiencia, efectividad y

---

<sup>28</sup> PINILLA FORERO, José Dagoberto. Auditoría Operacional. Factor de productividad en las organizaciones. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas.p.111.

equidad; su finalidad, emitir una opinión independiente a la alta dirección, acerca de la validez del sistema de control integral en las entidades auditadas.

La auditoría en salud <sup>29</sup>representa un esquema de vigilancia permanente de las normas de todas las áreas de las instituciones, pero además previene fallas, alerta sobre debilidades, vigila el manejo de recursos, hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y como organismo asesor permanente mira todos los aspectos y los componentes destinados a la meta única del programa que es la *satisfacción del cliente*.

En la actualidad este organismo hace presencia, como parte fundamental del programas de toda institución que presta los servicios de salud, que se extiende hasta la comunidad de usuarios para medir el impacto que produce el servicio y establecer el grado de satisfacción.

La auditoría en salud relaciona respecto al entorno institucional los siguientes contenidos<sup>30</sup>:

- La investigación epidemiológica.
- La planeación.
- Aspectos de adquisición, mantenimiento, reposición de maquinaria y equipos.
- Aspectos generales del ambiente externo y el ambiente interno.
- Lo pertinente a bioseguridad.
- La ética en los comportamientos de todo el personal.
- Los aspectos relacionados con el bienestar social de los clientes interno y externo.
- La forma con que se articula la institución con el Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>29</sup> MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. p. 29.

<sup>30</sup> Ibid.,p.30

Los temas que se destacan en la auditoria para la prestación del servicio son<sup>31</sup>:

- El aseguramiento de la calidad.
- La mejora de la calidad.
- Los manuales de calidad.
- La garantía de la calidad.
- La auditoria institucional por niveles de atención.
- La auditoria de las historias clínicas.
- La auditoria de los resultados.

La auditoria se define entonces, como un componente del mejoramiento continuo que implica<sup>32</sup>:

- Su accionar se orienta a la obtención de resultados centrados en el cliente.
- Correlación entre estructura – procesos – resultados.
- Evaluaciones con enfoque hacia el proceso de atención como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización.
- Promoción de la auto-evaluación en el profesional y el autocontrol..
- La optimización en la utilización de los recursos (eficiencia clínica y administrativa).
- La mejora del impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica).

La auditoria opera en dos niveles que son<sup>33</sup>:

1. *Auditoria Interna*: Es la evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma institución, desde una instancia externa al proceso que se audita.

---

<sup>31</sup> Ibid., p.30

<sup>32</sup> Ibid.,p. 31

<sup>33</sup> Ibid.,p32

2. *Auditoria Externa*: Es la evaluación sistemática realizada por un ente externo a la institución.

## **2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA**

El Estado es el ente regulador y responsable absoluto de garantizar un servicio de salud público esencial que busca dar cumplimiento a los derechos de los ciudadanos, mediante la proclamación de leyes, decretos, resoluciones y normas que reglamentan una serie de funciones, y procedimientos de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deben seguir los diferentes niveles estatales del sector, sus instituciones y los funcionarios de los mismos, con el fin de responder al cumplimiento de las regulaciones que permiten a los actores del sistema ejercer actividades de beneficio social con exigencias técnicas, científicas, administrativas y patrimoniales, con el objeto de garantizar estándares mínimos de calidad a los usuarios de los servicios asistenciales.

En el escenario de la seguridad social en salud, actúan diferentes organismos tanto internacionales como nacionales con roles especiales. A continuación se hará referencia a las diferentes disposiciones legales que hacen alusión a Salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo internacional del sistema de las Naciones Unidas responsable del sector salud. Los expertos de la OMS elaboran directrices y normas sanitarias que ayudan a los países a abordar las cuestiones de salud pública que facilitan afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.

La OMS ha establecido las orientaciones generales para su labor como principal organismo internacional especializado en la salud, en el Undécimo Programa General de Trabajo, vinculado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que abarca el período entre 2006 y 2015. En este Programa la salud es analizada en

un contexto mundial en transformación donde se la percibe cada vez más como un aspecto fundamental de la seguridad humana.

El programa de acción de salud mundial de la OMS <sup>34</sup>plantea que sólo con políticas integrales será posible reducir en el futuro las desigualdades en materia de salud, por lo que se requiere definir la contribución de cada grupo poblacional a las tasas de mortalidad y morbilidad generales, y adoptar medidas intersectoriales en distintos niveles (personal, comunitario, nacional, regional y mundial) para conseguir avances significativos en el logro del mejoramiento de la calidad de vida de la población.

El Programa propone un marco mundial para una estrategia de promoción de la salud que permita abordar algunos de los factores determinantes de la salud, dirigido a todas las partes interesadas, y no solo a la OMS, en donde se destacan siete prioridades<sup>35</sup>:

1. Invertir en salud para reducir la pobreza;
2. Crear seguridad sanitaria individual y mundial;
3. Promover una cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud;
4. Afrontar los factores determinantes de la salud;
5. Reforzar los sistemas de salud y promover el acceso equitativo a la atención de salud;
6. Aprovechar los conocimientos, la ciencia y la tecnología;
7. Fortalecer la gobernabilidad, el liderazgo y la rendición de cuentas.

En el ámbito regional de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) formuló su Plan Estratégico 2004-2008 en el que define como misión de

---

<sup>34</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia de Cooperación en Colombia. 2006-2010.21 de Noviembre de 2006.p.28

<sup>35</sup> Ibid., p.32

OPS: “liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas”<sup>36</sup>.

En este Plan se establecen seis funciones básicas de la Organización<sup>37</sup>:

- Proporcionar la visión estratégica para el desarrollo sanitario en las Américas; Generar y compartir información para vigilar la situación, los riesgos y las disparidades en materia de salud de la población y el ambiente; informar, promover y educar acerca de los temas de salud regionales; producir conocimientos y encontrar soluciones innovadoras;
- Movilizar recursos y fomentar alianzas en los planos nacional, regional e internacional, para aumentar la cooperación en la búsqueda de soluciones comunes;
- Construir la capacidad nacional y regional;
- Adaptar soluciones técnicas integrales e innovadoras para alcanzar los objetivos de salud nacionales y comunitarios;
- Formular normas y procedimientos para proteger la salud y conseguir la seguridad.

Complementariamente la OPS ha definido diez Desafíos Estratégicos en Salud en las Américas, relacionados con el impacto diferencial que tienen diferentes factores sobre los problemas de salud, dentro de los cuales se incluyen la pobreza y la exclusión social; los factores políticos de gobierno; los cambios producidos por la globalización; los desastres naturales y la calidad del entorno físico; ciencia, tecnología, investigación e información; los sistemas de salud y el acceso

---

<sup>36</sup> Ibid.,p.34

<sup>37</sup> Ibid.,p.36

universal a servicios de salud; los recursos humanos y financieros en salud; y la cooperación internacional en salud.

Los países de la región se encuentran preparando la Agenda Estratégica de Salud para las Américas 2007-2018, la cual constituirá el marco de acción para la próxima década. En su versión preliminar actual, esta agenda ha definido las siguientes áreas de acción: fortalecimiento de la autoridad sanitaria; abordaje de los determinantes de la salud; aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología; fortalecimiento de la solidaridad y seguridad sanitaria; disminución de las inequidades en salud entre los países y al interior de los mismos; reducción de los riesgos y la carga de la enfermedad; aumento de la protección social y acceso a los servicios de salud de calidad; y fortalecimiento de la gestión y desarrollo de las personas que trabajan por la salud.

## **2.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

A partir de la expedición de la ley 100 se ha generado una gran transformación del sector de la salud, pues con esta ley se transformó el viejo sistema Nacional de Salud de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social basado en el aseguramiento, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desfavorecidos. Entonces se constituyó el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, basado en los lineamientos contenidos en la Constitución Política de Colombia la cual determina en el artículo 49:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la Salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir, y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. A sí mismo, establecer las

competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad<sup>38</sup>.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud permite organizar y controlar los recursos necesarios para alcanzar el desarrollo de los procesos y metas trazadas a través de unos objetivos los cuales se enunciarán a continuación<sup>39</sup>:

- Regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.
- Afianzar y garantizar que toda la población esté cubierta y pueda acceder a los servicios de salud, a través del mecanismo de solidaridad que exige comprensión y compromiso entre sectores sociales, generaciones, regiones y comunidades.

Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política de Colombia son reglas del servicio público de salud, rectores del Sistema General de Seguridad en Salud los siguientes<sup>40</sup>:

1. Equidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

---

<sup>38</sup> CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA. Titulo II de los Derechos, Garantías y Deberes, Capitulo II de los Derechos sociales, Económicos y Culturales. P. 16

<sup>39</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Titulo I Disposiciones Generales. Bogotá: Unión Ltda. 2008. p.100

<sup>40</sup> Ibid., págs.101-102

2. **Obligatoriedad:** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. **Protección integral:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

4. **Libre escogencia:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios.

5. **Autonomía de instituciones:** Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente Ley.

6. **Descentralización administrativa:** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

7. Participación social: El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

8. Concertación: El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.

9. Calidad: El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) está integrado por<sup>41</sup>:

1. Organismos de Dirección, Vigilancia y Control:

- a) Los Ministerios de Salud y Trabajo;
- b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;
- c) La Superintendencia Nacional en Salud.

2. Los Organismos de Administración y Financiación:

- a) Las Entidades Promotoras de Salud (EPS); Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS); Instituciones Prestadoras de Salud (IPS);

---

<sup>41</sup> Ibid.,p.104

- b) Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud;
- c) El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

3. Las institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicas mixtas o privadas.

En este sistema se adoptó como eje organizacional y funcional el modelo de aseguramiento en salud, se introdujo un factor nuevo, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) o entes aseguradores se orientaron los recursos y servicios de salud bajo el esquema de subsidios a la demanda y la afiliación de la población Administradoras de Régimen Subsidiado de Salud (ARS).

En razón al propósito de la Ley 100 de 1993 la cual pretende dar un cubrimiento total de la atención en salud a la población colombiana con miras a mejorar la calidad de vida, fue necesaria la implementación de los siguientes regímenes de salud:

- **Régimen Contributivo:** es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Las entidades encargadas de garantizar los servicios de salud a los afiliados(as) a este régimen son las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

- **Régimen Subsidiado :** es un 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 del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

Las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) son las entidades aseguradoras de la población afiliada al régimen subsidiado y garantizan la prestación de los servicios de la salud mediante la contratación de IPS públicas o privadas<sup>42</sup>.

De igual forma las Cajas de Compensación Familiar podrán administrar directamente los recursos del régimen subsidiado, el caso de ARS CAJASAN; según el Decreto 1895 de agosto de 1994 en el artículo 20 y 23 reglamenta el Régimen Subsidiado y establece para las Cajas de Compensación familiar los siguientes requisitos especiales<sup>43</sup>:

- Las Cajas de Compensación Familiar, podrán administrar directamente los recursos del Régimen Subsidiado, caso en el cual deberán crear un programa especial para su administración.
- Constituir una cuenta independiente del resto de sus rentas y bienes y reportar la ejecución correspondiente al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- La entidad debe organizar a la comunidad de usuarios para que participe en la gestión de la salud y el control de la prestación de los servicios; así como en el desarrollo de un proceso de recuperación y generación de conocimientos y prácticas que fundamenten la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Ofrecer el Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POS-S) con atención integral dirigido a La familia y garantizar la prestación de servicios por parte de equipos interdisciplinarios ligados a la actividad comunitaria.
- Contratar Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) para que presten los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios.

---

<sup>42</sup>Ibid., 2008.p. 138

<sup>43</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.10

La clasificación de la población afiliada al régimen subsidiado se realiza a través del Sistema de Selección de Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN), la cual constituye una herramienta que facilita la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios para programas sociales, de acuerdo a su condición socioeconómica particular de grupos específicos en los Distritos y Municipios del País para focalizar el gasto social.

Las personas que tienen particular importancia para ser afiliados al régimen Subsidiado son las mujeres en estado de embarazo, parto- posparto y periodo de lactancia, mujeres cabeza de familia, madres comunitarias, niños menores de un (1) año, menores en situación irregular, población con discapacidad, población de la tercera edad, población en condiciones de desplazamiento forzado y demás personas sin capacidad de pago.

EL SGSSS siguiendo sus principios se reorganizaron las actividades propias de los servicios de salud en los siguientes planes de beneficios:

- Plan Obligatorio de Salud como eje del sistema de Seguridad Social es el conjunto de servicios de Salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la Promoción de la Salud, la Prevención de la Enfermedad, la curación de ésta en caso de presentarse y la rehabilitación de la misma. Para los usuarios(as) del régimen contributivo corresponde el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C) el cual permite la protección integral de las familias a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definen, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

En relación a la cobertura familiar, los beneficiarios al sistema: el cónyuge o compañero permanente del afiliado, cuya unión sea superior a dos años, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste, los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge o compañero permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste. Los beneficiarios del cotizante gozan de los beneficios del POS-C pero en su financiación éstos deben concurrir con pagos moderadores y copagos.

- El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) se incluye servicios de salud en el primer nivel de atención, los cuales se determinaran según estándares establecidos por las autoridades competentes en relación con la unidad de pago por capitación (UPC) del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporaran progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

Los servicios de salud incluidos en estos planes serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

- Plan de Atención Básica (PAB): Contempla las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Este plan esta constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externabilidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactiva, la complementación nutricional y planificación familiar, el control de vectores y las campañas nutricionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis y la lepra y enfermedades tropicales como malaria.

La prestación del Plan de Atención Básica será gratuita y obligatoria, su financiación será garantizada por los recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con los recursos de los entes territoriales.

- Planes Adicionales de Salud.(P.A.S): son de carácter opcional y voluntario, es decir, el afiliado al Sistema General de Seguridad Social no está obligado a contratar dichos planes, los cuales no se financian con las sumas recibidas a título de cotizaciones obligatorias de la seguridad social, sino con los recursos propios del afiliado. Pueden ser ofrecidos, por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las Compañías de Medicina Prepagada y las Aseguradoras<sup>44</sup>

Es importante mencionar, el desarrollo logrado en los últimos años en la ampliación de cobertura de afiliación de usuarios a los diferentes Regímenes del Sistema General de Seguridad Social de Salud en Colombia.

La cobertura del aseguramiento en salud entre 1992 y 2005 presentó una expansión notable, pasando de 9 millones a 32 millones de afiliados (ver cuadro 1). La ampliación de los beneficios al grupo familiar del cotizante y la implantación del régimen subsidiado fueron los factores determinantes del incremento en la afiliación.

En términos de equidad, Para 2003 el 49,5% de la población se encontraba afiliada al sistema de seguridad social en salud, de estos, el 78% se encontraba afiliado al régimen subsidiado, el restante 22% al contributivo. De otra parte, el 20% de la población mas pobre amplió su cobertura del 4,2 al 43,1%.

En el área de la salud pública el país ha logrado reducir la mortalidad materna e infantil. La mortalidad materna pasó de una tasa de 104,9 en el 2000 a 83,3 en el 2003. La mortalidad

---

<sup>44</sup> MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Op.cit., págs.112-116

materna presenta notorias diferencias entre regiones y grupos de población. Dentro de los grupos más vulnerables se destacan las mujeres con mayor fecundidad, mayor índice de pobreza, bajo nivel educativo, baja prevalencia de uso anticonceptivo, las menores de 15 y mayores de 40 años, las víctimas del desplazamiento forzado. La mortalidad infantil (menores de 1 año) presentó una tasa de 21% en el 2000 y en el 2005 disminuyó al 19%. Desde la perspectiva regional y por nivel educativo de la madre, la mortalidad infantil se concentra en las regiones más pobres y en las mujeres con menor nivel educativo, respectivamente<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006. Hacia un Estado Comunitario. [Base de datos en línea] [Citado 4 de Abril 2007] Disponible en Internet <<http://www.presidencia.gov.co>

**Cuadro 1. Población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia**

	Millones de personas							
NACIONAL	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Total población</b>	40,8	41,5	42,3	43,0	43,8	44,5	45,3	46,5
<b>Régimen Contributivo</b>	16,1	14,5	14,4	13,1	12,6	13,8	14,4	15,2
<b>Régimen Subsidiado</b>	8,5	9,3	9,5	11,1	11,4	11,8	13,7	16,5
<b>Total afiliados</b>	24,6	23,8	23,9	24,1	24,1	25,6	28,1	31,7
<b>Proporción no afiliada (%)</b>	39,6	42,7	43,5	43,9	45,0	42,4	40,5	31,2

VARIACIONES	1999/98	2000/99	2001/00	2002/01	2003/02	2004/03	2005/04
<b>Población total (%)</b>	1,4	1,9	1,8	1,7	1,7	1,7	1,6
<b>Régimen Subsidiado</b>	8,9	2,4	16,3	3,4	3,5	16,0	20,4
<b>Régimen Contributivo</b>	-9,7	-0,9	-9,2	-3,3	9,2	4,8	5,6

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario” En: Capítulo 3: Promoción de la Equidad p. 121

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 “Hacia un Estado Comunitario” tiene como meta la universalización del aseguramiento, en condiciones de sostenibilidad fiscal y financiera, de equidad y eficiencia. Las estrategias serán universalización del régimen subsidiado para la población Sisbén 1 y 2 en el año 2010 y la implementación de subsidios parciales a la cotización del régimen subsidiado o contributivo para la población en transición. (Ver cuadro) El incremento de la afiliación al régimen contributivo y la actualización del plan de beneficios en relación con los cambios demográficos, perfil epidemiológico e intervenciones costo-efectivas.

El Gobierno Nacional para lograr la cobertura universal adelanta una serie de acciones encaminadas a consolidar y garantizar la sostenibilidad de la estructura de financiamiento, el mejoramiento de la focalización de los subsidios, el desarrollo de la política de prestación de servicios y la transformación de la oferta pública bajo esquemas de participación privada.

## **2.2 SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD**

El gobierno Nacional por mandato constitucional, al declarar la salud como un servicio público de obligatoria prestación, debe garantizar la calidad de la prestación del servicio, por lo tanto reglamenta una serie de parámetros legales que deben implementar las diferentes entidades que administran y prestan los servicios de salud.

En razón de lo anterior el Ministerio de Protección Social de Salud mediante el Decreto 1011 de 2006 en Colombia se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud es el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados

y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”<sup>46</sup>.

Las acciones que desarrolla el SOGCS se orientan a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud para su funcionamiento y cumplimiento se rige y orienta su labor bajo los siguientes componentes<sup>47</sup>:

1. El Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y 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, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

2. El Sistema único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, procedimientos de autoevaluación, 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, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

---

<sup>46</sup> Decreto 1011 de 2006 “Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud” [En línea], Disponible En: [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co), recuperado el 17 de Abril de 2008.p.3

<sup>47</sup> Ibid., p.3.

3. El Sistema de Información para la Calidad: El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un Sistema de Información para la Calidad con el objeto de estimular 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 (IPS) y de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

4. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Para el cumplimiento de la Auditoria se desarrollaron una serie de pautas indicativas como un instrumento técnico para aplicar el modelo, con una guía metodológica y herramientas que faciliten a los entes territoriales el diseño e implementación de acciones para divulgar, capacitar a las organizaciones en materia de los niveles de calidad en la atención de la población, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y les provea en forma práctica a los otros actores herramientas para el diseño e implantación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. A continuación se hará referencia a las pautas indicativas.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica<sup>48</sup>:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

---

<sup>48</sup> *Ibíd.*, p.11.

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 y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la ejecución de las siguientes acciones:

1. *Acciones Preventivas.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. *Acciones de Seguimiento.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. *Acciones Coyunturales.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia<sup>49</sup>

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles<sup>50</sup>:

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

---

<sup>49</sup> *Ibíd.*, p.11.

<sup>50</sup> *Ibíd.*, p.12.

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 adquiriera 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 este 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. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

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 y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se describen a continuación<sup>51</sup>:

1. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB): Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se aplicaran acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

---

<sup>51</sup> Ibid., págs.12-13.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud: La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC).
- Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

2. Los procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud: Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de *Auditoría Externa* que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador.

3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS): Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las 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.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- Autoevaluación 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 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC).
- Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

4. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud: Estas entidades deberán asesorar a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación.

Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes.

En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

Existen en Colombia otras normas en torno a la calidad de la prestación del servicio de salud, las cuales reglamentan una serie de disposiciones legales que deben implementar las instituciones del sector salud. A continuación se expresan las normas que orientan la Garantía de la Calidad en salud<sup>52</sup>:

1. Normatividad de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC): En la Circular 0076 de 2007 se reglamenta la modificación y adopción de formularios de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para los que inicien la prestación de servicios y de reporte de novedades al Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En la Resolución 3763 de 2007 se dictan las normas científicas, y administrativas que regulan la calidad de los servicios de la salud, se ajustan de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. De igual

---

<sup>52</sup> “Sistema General de Seguridad Social en Salud” [En línea], Disponible En: [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co), recuperado el 20 de Abril de 2008.

forma se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Anexo Técnico 1 Manual de Estándares de Calidad y de Verificación; Anexo Técnico 2 Manual de Procedimientos.

2. Normatividad del Sistema de Información para la Calidad: La Resolución 1446 del 2006 se define el Sistema de Información para la calidad e indicadores de monitorización.

La Circular 30 de 2006 de la Superintendencia Nacional de Salud, reglamenta las Instrucciones en materia de indicadores de calidad en salud.

3. Normatividad de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGC): En la Resolución 1445 de 2006 se definen las funciones de la Entidad Acreditadora.

En la Resolución 412 de 2000 se establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés de salud pública.

### **3. CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN**

En 1957 surgieron las principales Cajas de Compensación del país, el 10 de septiembre de ese mismo año, en Santander nació la primera Caja del Departamento, como un acto de unión y de fe de gremios y empresas. Con su origen CAJASAN dio inicio a una gestión social basada en la filosofía de compensar la obligación económica de los trabajadores afiliados y sus familias, otorgando un subsidio mensual en dinero por cada una de las personas a cargo del trabajador afiliado, en procura del mejoramiento de su calidad de vida.

Desde entonces, como pionera en el Departamento CAJASAN ha sido una importante opción para la empresa Santandereana, que ha encontrado en esta institución, alternativas reales para satisfacer las necesidades de empleadores y empleados a través de los servicios que ofrece, contribuyendo de esta manera al desarrollo equilibrado de las organizaciones, los trabajadores y sus familias.

La Caja como persona jurídica de derecho privado sin ánimo de lucro, tiene como objeto social de conformidad con la LEY 21 de 1982 la realización de las siguientes funciones:<sup>53</sup>

- Recaudar, distribuir y pagar los aportes destinados al subsidio familiar y los otros recursos que el Estado le encomiende.
- Organizar y administrar las obras y programas que se establezcan para el pago del subsidio familiar en especie o en servicios.

---

<sup>53</sup> Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS. Programa De Ars Modelo De Atención Y Prestación De Servicios. Res. 581 de 2004 Junio de 2005.p 2.

➤ Ejecutar con otras Cajas o mediante vinculación con organismos y entidades públicas o privadas que desarrollen actividades de seguridad social, programas de servicios, dentro del orden de prioridades consagrado en la ley.

Adicionalmente y de conformidad con lo establecido por la LEY 789 de 2002, realizará las siguientes funciones en desarrollo de su objeto social<sup>54</sup>:

➤ Realizar alianzas estratégicas con otras Cajas de Compensación o a través de entidades especializadas públicas o privadas para ejecutar las actividades relacionadas con sus servicios, la protección y la seguridad social, que puede realizar directamente.

➤ Invertir en los regímenes de salud, riesgos profesionales y pensiones, conforme a las reglas y términos del Estatuto Orgánico del Sector Financiero y demás disposiciones que regulen las materias.

➤ Realizar aseguramiento y prestación de servicios de salud y, en general para desarrollar actividades relacionadas con este campo conforme a las disposiciones legales vigentes.

➤ Participar, asociarse e invertir en el sistema financiero a través de bancos, cooperativas financieras, compañías de financiamiento comercial y organizaciones no gubernamentales cuya actividad principal sea la operación de microcrédito, conforme a las normas del Estatuto Orgánico del Sector Financiero y demás normas especiales conforme la clase de entidad.

➤ Asociarse, invertir o constituir personas jurídicas para la realización de cualquier actividad, que desarrolle su objeto social, en las cuales también podrán vincularse los trabajadores afiliados.

➤ Administrar, a través de los programas que a la Caja corresponda, las actividades de subsidio en dinero; recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; créditos, jardines sociales o programas de atención integral para

---

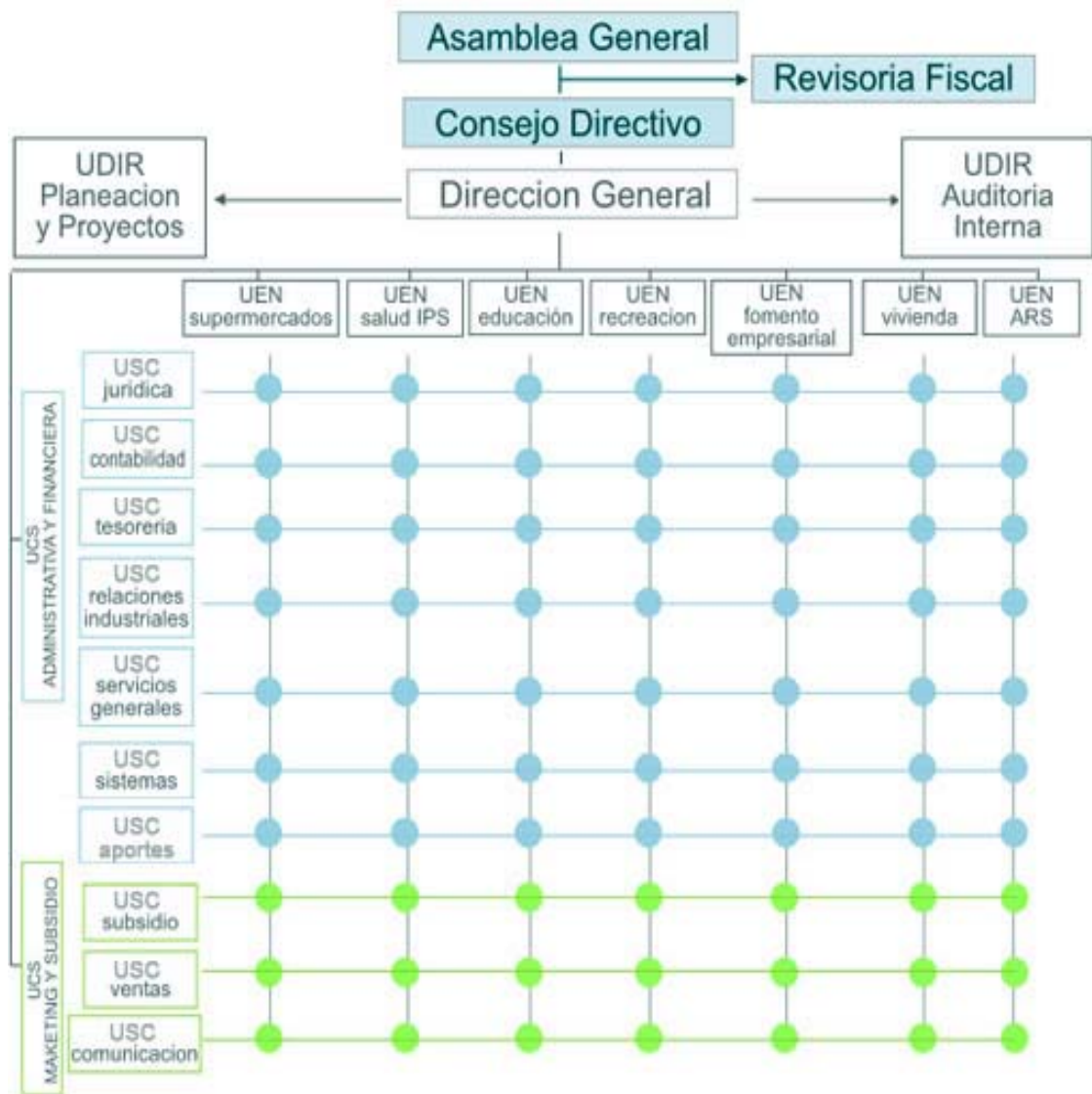
<sup>54</sup> Ibid.,p3

niños y niñas de 0 a 6 años; programas de jornada escolar complementaria; educación y capacitación; atención de la tercera edad y programas de nutrición materno-infantil y, en general los programas que estén autorizados por Ley, para lo cual puede continuar operando con el sistema de subsidio a la oferta.

- Administrar jardines sociales de atención integral a niñas y niños de 0 a 6 años a que se refiere el numeral anterior, propiedad de entidades territoriales públicas o privadas, pudiendo atender niños cuyas familias no estén afiliadas a la Caja.
- Administrar directamente o a través de convenios o alianzas estratégicas el programa de microcrédito para la pequeña y mediana empresa y la microempresa, con cargo a los recursos que se prevén en la Ley.
- Realizar actividades de mercadeo, incluyendo la administración de farmacias.
- Invertir en fondos de capital de riesgo, así como cualquier otro instrumento financiero para el emprendimiento de microcrédito, con recursos y bajo la regulación del Gobierno Nacional.

La Caja de Compensación Familiar -CAJASAN para garantizar el cumplimiento de su objetivo social, ésta estructurada en áreas funcionales según se describe en la figura 6.

**Figura 6: Estructura Organizacional de la Caja de Compensación Familiar CAJASAN**



Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS. Programa De Modelo De Atención Y Prestación De Servicios. Res. 581 de 2004 Junio de 2005.p 2.

### 3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL

A continuación se plasman los lineamientos del direccionamiento estratégico de la Caja de Compensación Familiar de Santander<sup>55</sup>:

**3.1.1 Misión:** Construir soluciones para mejorar la Calidad de Vida de la familia como núcleo básico de la sociedad.

**3.1.2 Visión:** Cajasan será una organización que invierte y desarrolla organizaciones sociales generadoras de calidad de vida.

3.1.3 Valores Corporativos:

- **Satisfacción:** Cajasan trabajan para lograr que los clientes y otros grupos de interés perciban siempre una sensación de complacencia por haber encontrado cumplimiento pleno a sus expectativas en todas las relaciones que sostengamos.
- **Sostenibilidad:** Cajasan Asume la responsabilidad de mantenerse activos, rentables, compitiendo y produciendo en el mercado, generando nuevas oportunidades de empleo y relaciones gratificantes para la comunidad, los trabajadores, los empresarios, los proveedores y el Estado, de manera que puedan proyectarnos en el tiempo.
- **Responsabilidad Social:** Cajasan forma parte activa en la construcción de soluciones a las necesidades de las familias, buscando impactar en el desarrollo social y generando calidad de vida con mentalidad abierta al intercambio, a la participación y a la gestión.
- **Generación de Valor:** Todas las partes interesadas con las cuales establecen relaciones, los reconocen como una organización que siempre procura contribuir significativamente con soluciones superiores a sus necesidades de mejoramiento de calidad de vida.

---

<sup>55</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.6

- **Desarrollo Humano:** Cajasan Propende por el crecimiento integral en las diferentes dimensiones de nuestros colaboradores procurando que su actividad tenga sentido de vida para todos.
- **Transparencia y Confiabilidad:** Las relaciones con los grupos de interés se basan en la credibilidad, coherencia, la seguridad y la certeza de que todas nuestras acciones responden consistentemente a nuestras promesas de servicio.

**3.1.4 Servicios que ofrece.** Los Servicios esenciales que ofrece la Caja de Compensación Familiar de Santander CAJASAN encaminados a mejorar el nivel de vida de las familias, se encuentran representados en:

- Salud,
- Educación,
- Vivienda,
- Crédito,
- Turismo social,
- Recreación y deporte,
- Programas especiales,
- Supermercados y droguerías,
- Subsidio monetario.

**3.1.5 Población Beneficiada.** La población beneficiaria de los servicios que ofrece la Caja de Compensación Familiar de Santander CAJASAN son<sup>56</sup>:

- *Clientes Externos:* Son los clientes ubicados fuera de la Caja de Compensación Familiar, es decir los afiliados quienes adquieren sus productos y/o servicios, para satisfacer sus necesidades de bienestar y seguridad social.
- *Clientes Internos:* Son cada uno de los empleados y beneficiarios que hacen parte de la Caja de Compensación Familiar.

---

<sup>56</sup> Ibid.,P.9

La Caja de Compensación Familiar de Santander CAJASAN hace presencia en los diferentes municipios del Departamento de Santander: en la provincia de Soto, Mares Comunera, García Rovira y Vélez, donde permanecen como factor dinámico, generando desarrollo y contribuyendo al bienestar de la comunidad.

### **3. 2 ADMINISTRADORA DE RÉGIMEN SUBSIDIADO ARS – CAJASAN**

Mediante Resolución 0155 de 23 de Febrero de 1996 recibió autorización del Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, para manejar los recursos del Régimen Subsidiado a través de La Caja de Compensación Familiar, dando origen a la ARS- CAJASAN.

El programa de la ARS CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER - CAJASAN - Tiene como objetivo <sup>57</sup> Administrar los recursos del subsidio Familiar destinados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el aseguramiento y la prestación de servicios de salud de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud reglamentado para el Régimen Subsidiado POS-S, a un importante sector de la población más pobre y vulnerable del País.

Tiene como funciones básicas y legales<sup>58</sup>:

- Fomentar y Promover la afiliación al Sistema de Garantía de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la población beneficiaria del régimen subsidiado en el área geográfica de cobertura.
- Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado -POS-S.
- Administrar el riesgo en salud de los afiliados.

---

<sup>57</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.6

<sup>58</sup> Ibid., p7

- Efectuar los pagos por servicios de salud a los prestadores que conforman la red.
- Educar e informar a los afiliados sobre los derechos y deberes que el Sistema General de Seguridad Social en Salud les brinda a todas las personas que sean beneficiarias del SISBEN, para que de esta manera se den respuesta a las inquietudes y problemas relacionados con la prestación de servicios de salud.
- Informar a sus afiliados sobre el POS-S, la red de servicios de salud, deberes y derechos.
- Establecer el sistema de promoción y prevención.
- Vigilar, promocionar y controlar la calidad de los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) públicas y privadas.
- Establecer el sistema de información al Afiliado.

La misión del programa ARS- CAJASAN es<sup>59</sup>: Prestar en forma integral los servicios correspondientes al régimen subsidiado; según las atribuciones legales y las áreas de su competencia; diseñando, administrando y operando programas de aseguramiento y modelos de atención en salud, a través de un conjunto armónico de instituciones de reconocida idoneidad y de un equipo humano competente y comprometido con la calidad de la atención para la mayor cobertura y satisfacción de la población amparada.

La Visión de la ARS-CAJASAN<sup>60</sup>: Ser en la región la mejor opción para el aseguramiento y la prestación de los servicios inherentes al régimen subsidiado en salud, manteniéndonos como una organización con un alto grado de efectividad en sus intervenciones medico asistenciales y con solidez financiera, que genere un gran impacto en el estado de salud de la población afiliada y de la

---

<sup>59</sup> *Ibíd.*, p.8

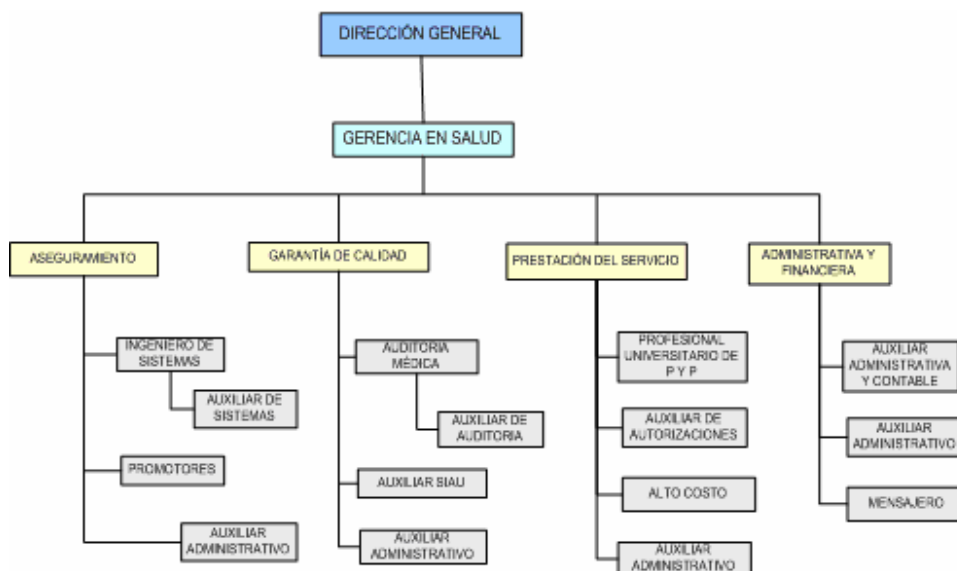
<sup>60</sup> *Ibíd.*, p8

caja, a través de la optimización y racionalización en el uso de los recursos disponibles para el programa de ARS.

La estructura orgánica del Programa de la ARS de la Caja de Compensación Familiar DE SANTANDER -CAJASAN-, esta integrada por unidades estratégicas derivadas del objeto y funciones generadas de su que hacer como Administradora de Régimen Subsidiado y por niveles de responsabilidad desde la unidad de políticas y de procesos hasta los niveles de operación responsables de la gestión y resultados.

La ARS CAJASAN para dar cumplimiento a sus objetivos ésta estructurada de la siguiente manera:

**Figura 7: Estructura Organizacional de la ARS - Caja de Compensación Familiar de Santander**



**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.23**

La ARS CAJASAN acreditada en el primer lugar en la región y cuarta en el país en materia de Salud; el Ministerio de la Protección Social evaluó a las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS a nivel nacional, con el único propósito de encontrar excelente calidad y servicio. Esta mención se debe a la cobertura de familias de estratos uno y dos que se benefician permanentemente con excelentes programas de<sup>61</sup>:

### **1. Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad**

- Atención a la gestante y atención del parto.
- Atención al adulto.
- Atención en salud oral.
- Crecimiento y desarrollo.
- Atención del joven.
- Planificación familiar.
- Vacunación.
- Prevención del cáncer de seno y cérvix.
- Atención del recién nacido.

### **2. Atención de recuperación de la salud que se dividen es 4 niveles de complejidad.**

a. Acciones 1er nivel de complejidad, atención de:

- Atención Hospitalaria de menor complejidad.
- Consulta médica general y despacho de medicamentos.
- Consulta odontológica general y despacho de medicamentos.
- Laboratorio clínico de 1er nivel.
- Imagenología de 1er nivel.

---

<sup>61</sup> *Ibíd.*, p. 15

b. Acciones de 2° y 3er nivel de complejidad, atención de:

- Ginecoobstetricia y pediatría en menores de 1 año.
- Consulta de Oftalmología y optometría (menores de 20 años y mayores de 60).
- Suministro de lentes y monturas.
- Cirugía oftalmológica (estrabismo <5 años, cataratas).
- Atención integral en Traumatología y Ortopedia.
- Atención en Fisiatría y terapia física para casos de Traumatología y Ortopedia.
- Patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.
- El menor de un año en cualquier patología.
- Apendectomía, Colectomía, Histerectomía, Herniografía inguinal  
Herniorrafia crural y Herniorrafia umbilical.

c. Acciones de 4° nivel de complejidad, atención de :

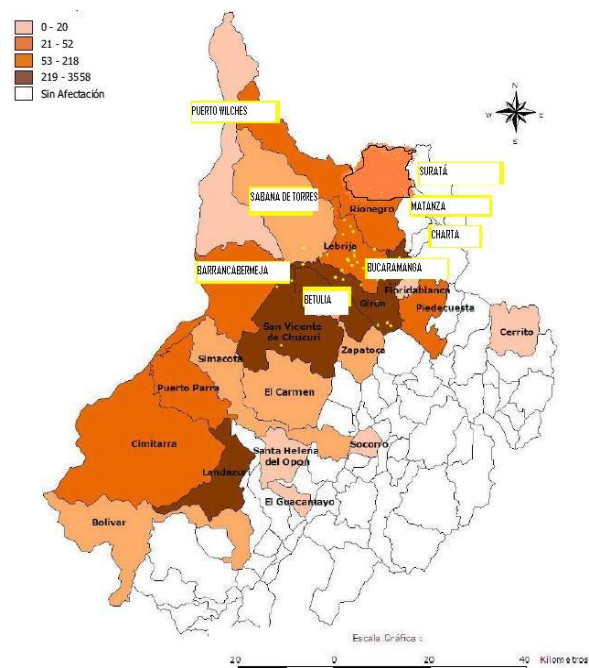
- Cáncer.
- Patologías del sistema nervioso central.
- Insuficiencia renal.
- Gran quemado.
- Infección por VIH.
- Patologías cardiacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales.
- Reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla.
- Cuidados intensivos.

La ARS CAJASAN, cuenta con un total aproximado de 78 mil familias afiliadas, ubicados en ocho municipios del Departamento de Santander (ver figura 8) los cuales aprovechan completos paquetes en salud, con recursos propios y aportes del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), dentro de la concepción básica de la Ley de Protección Social, conforme a garantizar el derecho de las personas y la comunidad en general que buscan obtener una mejor calidad de vida. (Ver cuadro 2)

El programa ARS-CAJASAN, para dar cumplimiento a su objetivo tiene contratadas instituciones Prestadoras de Servicios en los diferentes municipios del departamento de Santander, las cuales prestan los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros de la ley 100 de 1993.(ver cuadro 3)

**Figura 8. Área de Cobertura Geográfica de la Población Beneficiaria a la ARS Caja de Compensación Familiar de Santander –Cajasan**

**Departamento de Santander**



**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.18.**

**Cuadro 2. Población Beneficiaria a la ARS Caja De Compensación Familiar de Santander –Cajasan**

<b>MUNICIPIO</b>	<b>NUMERO DE AFILIADOS</b>
Bucaramanga	32.030
Barrancabermeja	17.509
Sabana de Torres	7.195
Puerto Wilches	17.065
Matanza	1.494
Suratá	1.481
Charta	1.105
Betulia	8.51

**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Contratos de Aseguramiento correspondientes al 31 de Mayo del 2007.**

**Cuadro 3. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud**

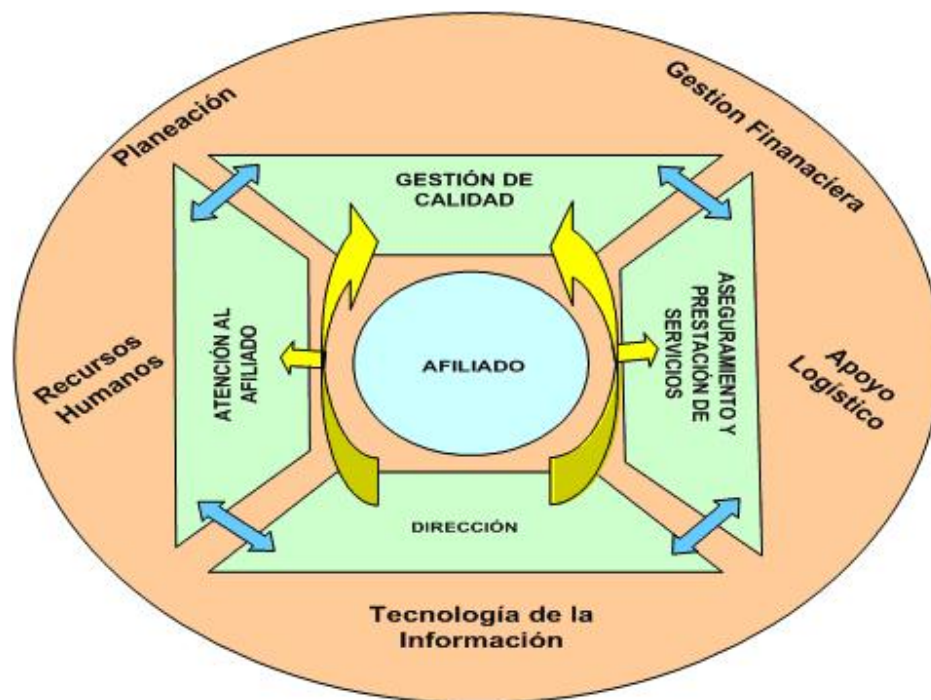
<b>MUNICIPIO</b>	<b>IPS</b>	<b>NUMERO DE AFILIADOS</b>
Barrancabermeja	IPS Cajasán Barrancabermeja	6.008
	Hospital San Rafael	6.501
	UH Primero de Mayo	5.000
Bucaramanga	ESE-ISABU	20.766
	IPS Cajasán	7.017
	ESE-Francisco de Paula	4.247
Betulia	Hospital San Juan de Dios de Betulia.	851
Charta	Centro de Salud Ucatá	1.105
Matanza	Hospital San Rafael de Matanza	1.494
Puesto Wilches	Hospital Integrado Pto Wilches	9.969
	IPS Vivasalud	7.096
Sabana de Torres	Hospital Integrado de Sabana	4.195
	IPS Saludemos	3.000
Surata	IPS San Sebastián	1.481

**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Contratos de Prestación de Servicios correspondientes al 31 de Mayo del 2007.**

El programa ARS- CAJASAN<sup>62</sup> cuenta con un Modelo de Operación que basado en la cadena de valor inherente al desarrollo de su razón social y en las relaciones con los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Se definieron tres (3) macroprocesos o agrupación de procesos que se ejecutan para alcanzar un resultado común, que interactúan entre si buscando satisfacer las necesidades y expectativas de los afiliados mediante la generación de valor (ver figura 9).

**Figura 9. Modelo De Operación Del Programa ARS- Caja de Compensación Familiar de Santander -CAJASAN**



Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.52

<sup>62</sup> Ibid., p.53.

A continuación se hará referencia a cada uno de los macroprocesos del modelo de operación de la ARS-CAJASAN.

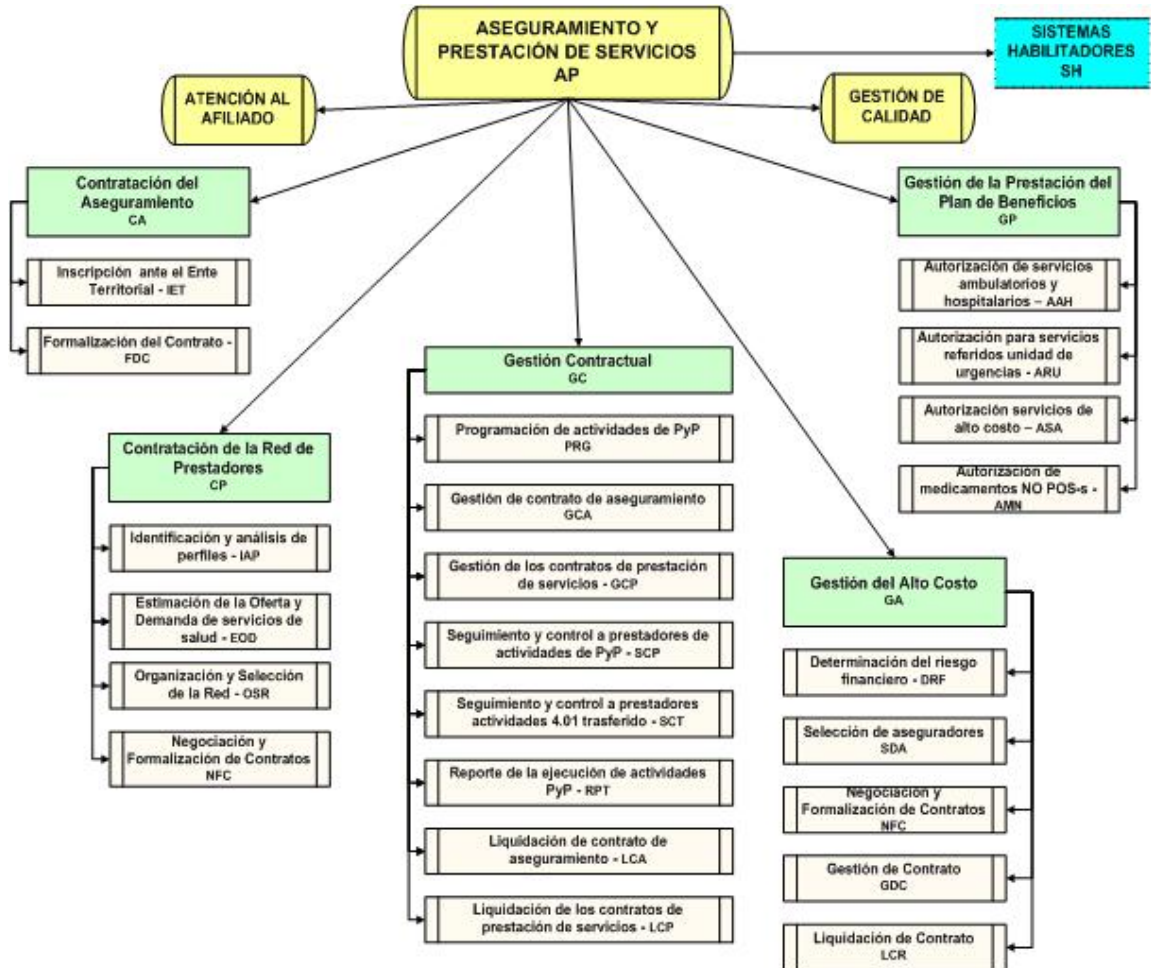
**1. Macroproceso de Aseguramiento y Prestación de Servicios.** El macroproceso de Aseguramiento y Prestación de servicios tiene las siguientes funciones<sup>63</sup>:

- Gestionar la contratación con los entes territoriales.
- Garantizar la definición, negociación y contratación con profesionales e instituciones prestadoras de servicios que permitan la prestación oportuna, accesibilidad y continuidad de los servicios exigidos por la ley para el Régimen Subsidiado en todos sus niveles de atención, estableciendo los mecanismos adecuados para administrar y controlar la ejecución de los contratos en los términos convenidos, hasta su finalización y liquidación.
- Asegurar la prestación de los servicios de salud a los afiliados según sus necesidades en todos los niveles de atención, acorde con el modelo de prestación de servicios; establece mecanismos para autorización y sistema de referencia y contra referencia; elabora la programación de actividades de promoción y prevención y realiza el seguimiento y reportes a los entes de control.
- Garantizar la gestión con las entidades aseguradoras del alto costo, para asegurar la prestación de servicios de alto costo.
- Desarrollar los mecanismos para garantizar el acceso a los servicios que establece la ley y hacer la gestión necesaria para identificar, cubrir y asegurar los riesgos en salud a que están expuestos, manteniendo una comunicación permanente, actualizada y oportuna a disposición de ellos.

---

<sup>63</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.53.

Figura 10. Macroproceso de Aseguramiento Y Prestación De Servicios

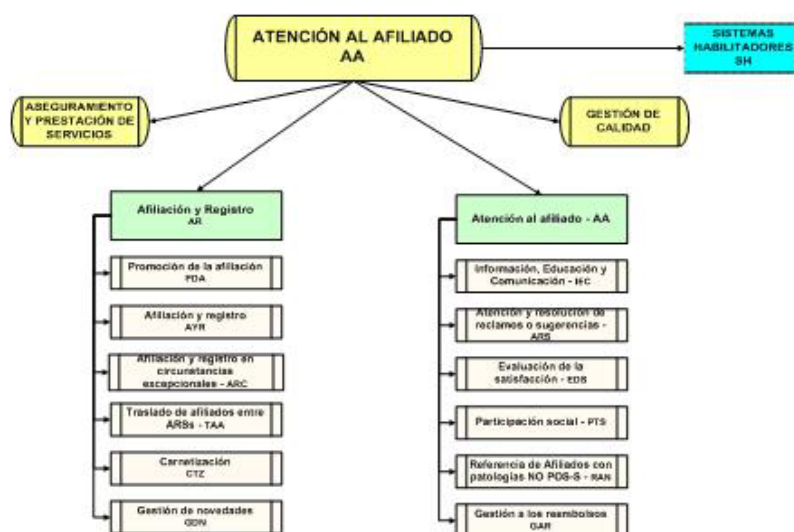


Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.53.

**2. Macroproceso de Atención al Afiliado.** El macroproceso de Atención al Afiliado tiene las siguientes funciones<sup>64</sup>:

- Promover al la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar el proceso de inscripción de los afiliados al Sistema en el Régimen Subsidiado, la actualización de su información y la expedición del carné que lo acredita como afiliado.
- Facilitar la participación activa del afiliado en los procesos de aseguramiento y de prestación de servicios, mediante la entrega de información y capacitación en el ejercicio de sus deberes y derechos y en el acceso y uso adecuado de los servicios de salud a los cuales tiene derecho.

**Figura 11: Macroproceso de Atención Al Afiliado**



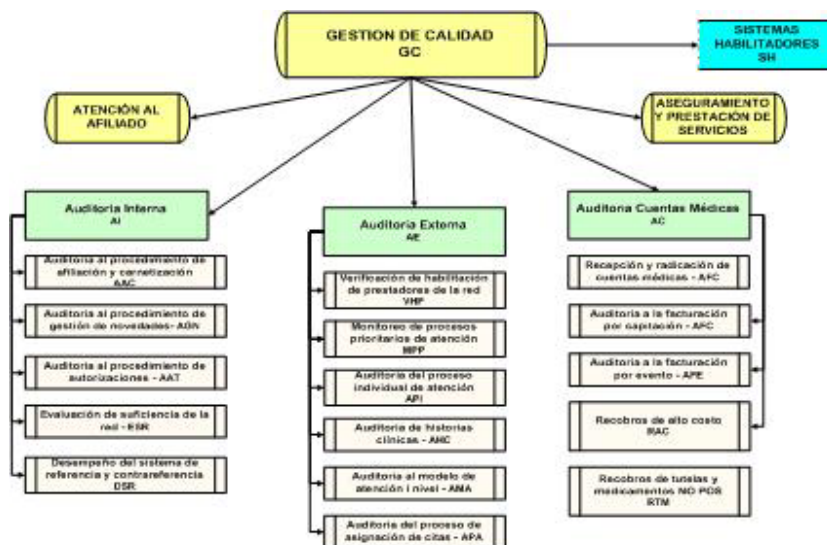
**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.54.**

<sup>64</sup> Ibid., p.54

**3. Macroproceso de Gestión de Calidad.** El macroproceso de Gestión de Calidad tiene las siguientes funciones<sup>65</sup>:

- Garantiza la prestación de los servicios con calidad, oportunidad y demás características de la calidad.
- Evalúa el desarrollo del proceso y procedimientos de toda la entidad, identifica y analiza las no conformidades y oportunidades de mejora en la prestación del servicio, busca soluciones para prevenir su recurrencia, implementa y evalúa el resultado de las acciones tomadas.
- Aporta a una correcta y eficiente administración de los recursos del Régimen Subsidiado, que indudablemente se traducirá en rentabilidad social y financiera.

**Figura 12. Macroproceso de Gestión De Calidad**



**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.P.54.**

<sup>65</sup> *Ibíd.*, p.54.

### 3.3. LAS PERSONAS EN EL CONTEXTO LOCAL

Es importante mencionar que el proceso de Auditoria Externa se llevo a cabo en la Institución Prestadora de Servicios (IPS) Cajasan ubicada en la Diagonal 16 # 59-56 Ciudadela Real de Minas en la ciudad de Bucaramanga; por esta razón se describirá la población que se beneficia de los servicios que ofrece la IPS Cajasan y son administrados por la ARS Cajasan.

Bucaramanga esta ubicada en el departamento de Santander, limita por el Norte con el municipio de Ríonegro; por el Oriente con los municipios de Matanza, Charta y Toná; por el Sur con el municipio de Floridablanca y por el Occidente con el municipio de Girón.<sup>66</sup>

Bucaramanga esta organizada en términos administrativos en 17 comunas: Comuna 1 Norte, Comuna 2 Nororiental, Comuna 3 San Francisco, Comuna 4 Occidental, Comuna 4 García Rovira, Comuna 6 La Concordia, Comuna 7 La Ciudadela, Comuna 8 Sur Occidente, Comuna 9 La Pedregosa, Comuna 10 Provenza, Comuna 11 Sur, Comuna 12, Cabecera del Llano Comuna 13 Oriental, Comuna 14 Morrónico, Comuna 15 Centro, Comuna 16 Lagos del Cacique, Comuna 17 Mutis y 3 corregimientos. (Ver figura 13).

Según el censo de 1993- 2005, la zona metropolitana de Bucaramanga tiene 804.618 habitantes distribuidos de la siguiente forma<sup>67</sup>:

Bucaramanga: 464.583 habitantes.

Floridablanca: 200.862 habitantes.

---

<sup>66</sup> Alcaldía de Bucaramanga. (2008) "Bucaramanga Ciudad de Parques". [En línea], Disponible [En: www.bucaramanga.gov.co](http://www.bucaramanga.gov.co). recuperado el 8 de Junio

<sup>67</sup> Departamento Administrativo de Planeación. (2008) "Población" [En línea], Disponible [En: www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co). Recuperado el 8 de Junio.

Girón: 75.155 habitantes.

**Figura 13. Mapa del municipio de Bucaramanga por comunas**



**Fuente: Alcaldía de Bucaramanga. Plan de Ordenamiento Territorial. Planeación. 2008. P. 35.**

Un alto porcentaje de la población que atiende la IPS Cajasan en los servicios de salud de primer nivel de atención, afiliada al régimen subsidiado residen en las comunas I y II de la ciudad de Bucaramanga.

La Comuna I según el Plan de Ordenamiento Territorial cuenta con 24 barrios: Colseguros Norte, Kennedy, Las Hamacas, Café Madrid, El Rosal, Los Colorados, Miramar, Altos de Kennedy, Miradores de Kennedy, 13 de Julio, Barrio Nuevo, Minuto de Dios, Altos de Villa María, Villa Rosa I II y III, Tejar I y II, María Paz, Las

Olas, Altos de Progreso, Omega I. De los barrios 14 son estrato 1, y 10 corresponden al estrato 2. Esta comuna es una de las mayores áreas receptoras de población desplazada, donde existen asentamientos como Café Madrid, Corrales 1 y 2, La Unión y otros asentamientos no registrados. La comuna tiene una población aproximadamente de 37.800 habitantes.

La Comuna II esta conformada por 23 barrios: Los Ángeles, Villa Helena I y II, José María Córdoba, Esperanza I, II y III, Lizcano I y II, Regadero Norte, San Cristóbal, La Juventud, Transición I, II, III, IV y V, La Independencia, Villa Mercedes, Bosque Norte. De los barrios 12 son estrato 2 y 11 corresponde a estrato 1. La Comuna tiene una población aproximadamente de 70.200 habitantes.

A continuación se hará referencia a los aspectos socioculturales de la población y del territorio donde se desenvuelven, según estudio realizado por la Alcaldía de Bucaramanga en el Plan de Desarrollo Participativo 2004-2007.

➤ Educación y Cultura: En cuanto a oferta al nivel de educación preescolar primaria, la comuna I presenta baja cobertura, además de hacinamiento en las instituciones educativas, se carece de condiciones que faciliten la cualificación del trabajo y el mejoramiento del nivel educativo de la población adulta como programas de alfabetización y formación técnica. El déficit de infraestructura escolar y falta de docentes en áreas como la educación física, artes e informática, inciden en la calidad de la educación en la comuna. En la comuna II no hay oferta de educación tecnológica y superior que satisfaga las necesidades de formación técnica y superior de la población en edad de formación laboral, en cuanto a oferta al nivel de educación preescolar y primaria, la comuna 2 presenta una adecuada cobertura. Sin embargo se presenta baja calidad de educación por carencia de recursos didácticos, tecnológicos y docentes en áreas como arte, educación física e informática. En el aspecto cultural en las dos comunas no se evidencian

acciones encaminadas a la realización de expresiones artísticas y culturales de la comunidad.

➤ Salud: En las Comunas I y II la cobertura en el servicio de atención en salud es baja, así como la limitada oferta de consultas (16 fichas ò consultas por día) y horarios de atención al público en el Centro de Salud y del Hospital del Norte. Los servicios de atención médica prestados por el Centro de Salud son costosos para el nivel socioeconómico de la población de la comuna; en las Comunas se presentan enfermedades que se generan por la contaminación del sector como el dengue hemorrágico, erupciones en la piel, también se indica que se presenta la propagación del SIDA, la tuberculosis y enfermedades infectocontagiosas del sistema respiratorio.

➤ Productividad y Trabajo: La expresión más contundente en este aspecto es la falta de oportunidades de empleo y el alto índice de desempleo. En las Comunas I y II se presenta las actividades de economía informal y el rebusque, tales como, ventas ambulantes, reciclaje y otros.

➤ Medio Ambiente: La contaminación producida por los ríos Suratá y el río de Oro por vertimiento de aguas negras y contaminación producida por las industrias como la Cemento y el procesamiento de concentrados para animales, deterioran la calidad de vida y salud de los habitantes del sector. A estas condiciones se suman la pérdida de las zonas verdes y la contaminación por los desechos de caninos. La contaminación producida por los desechos industriales vertidos en los cuerpos de agua y polución eólica, se han convertido en elementos que perjudican el ambiente y vectores de enfermedades para la población. La disposición de canales abiertos y caños de aguas residuales que atraviesan el 90 % de la comuna, son fuentes de contaminación permanente. Además se presenta un inadecuado manejo de desechos sólidos y residuos de la población canina.

➤ Participación Ciudadana: El poco Interés y desunión entre las Organizaciones Sociales, la, cultura del liderazgo individual, desarraigo por el sentido de

pertenencia, caracterizan a la Comuna I, que frente a las decisiones colectivas se fragmentan, reduciendo la eficacia en la solución de problemas comunes. Las distancias entre los distintos sectores de la comuna (sector del barrio Kennedy, Café Madrid y Los Colorados), la ausencia de mecanismos eficientes de comunicación al interior de la comuna y la recepción de población desplazada dificulta la concertación de propósitos de interés comunal.

En la Comuna II existe poca cohesión entre las organizaciones sociales, se suma la dificultad para trabajar en equipo y concertar propósitos comunes siendo obstáculos para concretar acciones encaminadas a fortalecer la participación ciudadana en el desarrollo de la comuna.

➤ Niñez y Familia: Las precarias condiciones económicas de las familias, la falta de opciones laborales para sus habitantes y el deterioro de las condiciones del núcleo familiar, inciden en las Comunas I y II para que se presente maltrato, Abuso sexual de menores, drogadicción, embarazos no deseados, explotación infantil que se relacionan con la delincuencia juvenil, el expendio de drogas y debilitamiento del tejido social.

➤ Deporte y Recreación: En la Comuna I los espacios que promuevan la integración de la comunidad a través del deporte y la recreación son escasos y no logran cubrir a la población. Además las escuelas deportivas que hay en la actualidad son insuficientes frente a la demanda de estos programas en la comuna y los escenarios deportivos se encuentran deteriorados. Se evidencia en la Comuna II, la carencia de escenarios deportivos para satisfacer la demanda de espacios donde se socialicen las prácticas recreo deportivas. Además la ausencia de escuelas de formación deportiva dificulta la promoción de talentos deportivos presentes en la comuna. Los escenarios deportivos han perdido su identidad como espacios de expresión de una cultura de cuerpo y mente sano y se han transformado en espacios de encuentro de pandillas y sitios para el consumo de alucinógenos.

➤ Servicios Públicos: el deterioro del alcantarillado y acueducto han incidido en la destrucción de terrenos por humedad, presentándose daños en la malla vial y peatonal. Existe deficiencia en el sistema de alumbrado público que incide en la seguridad de los habitantes de las Comunas I y II.

#### 4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La reforma a los Sistemas de Salud <sup>68</sup>constituye hoy un fenómeno generalizado en casi todos los países del mundo. Impulsada por mayores anhelos de equidad y de universalidad, pero también por el afán, de racionalizar y optimizar el gasto público y privado en el consumo de los servicios de salud, la reforma ha llegado a cuestionar los modelos de gestión y prestación de servicios actualmente existentes. En este escenario, aparece el aseguramiento de la calidad como una alternativa de competitividad y crecimiento capaz de permitir tanto la racionalidad en el gasto como la satisfacción de necesidades de la población y el progreso de la medicina y de la institución hospitalaria.

Uno de los cambios que la ley 100 de 1993 ha producido es el aumento del nivel de exigencias de los usuarios(as), pues hoy en día el usuario(a) de los servicios de la salud es una persona más informada, consciente de sus derechos y por ende exige una atención oportuna, personalizada, eficiente, y sobre todo con calidad.

Por esta razón las instituciones de Salud tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer herramientas que generen la evaluación de la atención de los servicios de la salud, respondiendo efectivamente a las metas, al reto de la competitividad y a la satisfacción de necesidades de los usuarios(as). Esta circunstancia sin duda ha acelerado el sistema de transformación de las instituciones las cuales deben preocuparse por la calidad de los servicios que ofrece, dichas instituciones han empezado a ejercer los procesos de Auditoría a los diversos procedimientos asistenciales y administrativos, obligando a las instituciones de salud a mejorar la oferta y hacerlos compatibles con las expectativas de los usuarios(as).

---

<sup>68</sup> TORO RESTREPO, Ernesto Julio. Hospital & Empresa. Medellín: Hospital Universitarios San Vicente de Paúl 2000. En: Gerencia Integral por Calidad. p.413.

Estos cambios legislativos y sociales han provocado un cambio en la gestión de Trabajo Social, consolidando su ejercicio profesional mediante una serie de funciones y responsabilidades que constituyen un trabajo interdisciplinario y multidisciplinario en el área de la salud, en función a las competencias y atribuciones que contribuyen directa o indirectamente al beneficio de la población mediante el desarrollo de actividades tendientes a mejorar la calidad del servicio.

Para el Trabajador(a) Social en su desempeño en el área de la salud<sup>69</sup> debe cumplir con la función administrativa que implica programar, organizar, coordinar, dirigir y evaluar los diferentes procesos donde genere acciones individuales y colectivas tendientes a la movilización social; de igual forma tiene gran importancia su liderazgo en la alta gerencia y su compromiso con la calidad de los servicios, debido a que su acción profesional facilita la toma de decisiones y contribuyen a la gestión de los procesos, la motivación y el reconocimiento para la búsqueda de la excelencia, para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población.

La Trabajadora Social Uva Falla Ramírez <sup>70</sup> plantea que los profesionales en el área de la salud deben concentrar sus funciones y responsabilidades en cuanto a:

- Investigar, diagnosticar y tratar aspectos socioeconómicos y culturales de la población beneficiaria de la prestación de los servicios de la salud.
- Informar, motivar y orientar al recurso humano en función del componente de participación de la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos socioeconómicos y culturales de salud.
- Contribuir con los servicios para atender mejor a la población usuaria con énfasis en los grupos materno infantil y orientar la demanda hacia la atención en salud.

---

<sup>69</sup> Revista Colombiana de Trabajo Social- CONTES 2006.En: Perfil Profesional del Trabajador Social que se desempeña en el área de la Salud.p.87

<sup>70</sup> Ibid.,p.82

- Determinar la capacidad de la población para aportar económicamente el sector salud, de acuerdo con sus ingresos y con el tipo de servicio recibido.
- El Trabajador(a) Social participa en la identificación de los factores sociales de salud – enfermedad y promueve la gestión comunitaria y social para el desarrollo de la salud, por lo tanto, su competencia va encaminada a promover e incentivar la promoción de la salud, educación para la salud y fomento de la participación social y comunitaria teniendo en cuenta los derechos en el Sistema de Salud.

El Programa de la ARS de la Caja de Compensación Familiar de Santander - CAJASAN en cumplimiento de su política: “La Calidad Compromiso de Todos”, desarrolla el Sistema de Gestión de Calidad, con un enfoque basado en procesos que implica la identificación de los procesos de la organización y su interacción entre si para dar respuesta adecuada a las necesidades y expectativas de sus afiliados. El Sistema busca la mejora permanente de su desempeño considerando las expectativas e intereses cambiantes de los afiliados, para lograr su satisfacción y fidelidad.

El Sistema de Gestión de Calidad del Programa del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar de Santander – CAJASAN - <sup>71</sup>es el conjunto de normas, responsabilidades, mecanismos, procesos, procedimientos y recursos que se integran para mantener y mejorar la calidad de los servicios y la atención de salud a los afiliados.

El sistema desarrolla acciones planificadas y sistemáticas para que los servicios prestados a los afiliados en las áreas asistenciales logren el mayor beneficio con el mínimo riesgo, dados los recursos de las instituciones.

---

<sup>71</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Junio de 2005.P.21

Con el propósito de orientar la organización hacia una mejora en su desempeño, se han definido siete principios fundamentales de un Sistema de Gestión de Calidad<sup>72</sup> que se explican, de manera breve, a continuación:

- **Enfoque al Cliente:** Conocer las necesidades y expectativas del afiliado y transformarlas en requisitos operacionales.
- **Liderazgo:** Dentro de cada unidad de trabajo existe un líder que orienta al grupo. Busca crear y mantener un ambiente interno que permita que el personal se comprometa en el logro de los objetivos de la organización.
- **Participación del Personal:** Todo el recurso humano se compromete con la entidad y dispone sus habilidades y conocimientos para beneficio de la organización y de la calidad.
- **Enfoque de Sistema para la Gestión:** Si todos los procesos interrelacionados se identifican, comprenden y gestionan como un sistema, se contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- **Mejora Continua:** Es una filosofía gerencial de mejora de los procesos para alcanzar mejores resultados para los afiliados. La meta es alcanzar las necesidades de los afiliados y agregar valor a los servicios.
- **Enfoque Basado en Hechos Para la Toma de Decisiones:** Mediante el análisis de los datos y la información se cuenta con las bases para la toma de decisiones eficaces.
- **Relaciones Mutuamente Beneficiosas con los Prestadores:** Los prestadores son parte esencial dentro de la organización pues son los directamente responsables de la prestación del servicio. Las relaciones deben representar beneficios tanto para el afiliado como para ambas instituciones.

Como la calidad implica la presencia de características o atributos en la atención que son necesarios para lograr los resultados esperados; el proceso de evaluación se orienta a identificar, medir y comparar en qué grado están

---

<sup>72</sup> Ibid.,P.20

presentes los atributos definidos y qué juicio de calidad se puede hacer frente a los estándares establecidos para mejorar la calidad.

El Sistema de Gestión de Calidad, aplica los atributos de la calidad estipulados en el Decreto 1106 de 2006. A continuación se hará referencia a los atributos que permiten la medición de la calidad de los servicios de la salud<sup>73</sup>:

- Accesibilidad: Es la posibilidad, la facilidad o la probabilidad para cualquier usuario de obtener un servicio que solicita y al cual tiene derecho, sin trabas y de manera ágil.
- Oportunidad : Es la posibilidad que tiene el cliente de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud
- Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Dentro de la estructura orgánica de la ARS Caja de Compensación Familiar se dispone de una coordinación de Garantía de Calidad, que debe ser liderada por un coordinador, quien es el principal responsable del control de calidad encargado de manejar el Sistema de Gestión de Calidad, siendo el

---

<sup>73</sup> Decreto 1011 de 2006 "Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud" [En línea], Disponible En: [www.minprotecciónsocial.gov.co](http://www.minprotecciónsocial.gov.co), recuperado el 17 de Abril de 2008.p.3

enlace con los responsables de prestar atención directa a los afiliados, como personal del SIAU, promotores de cada municipio, para su orientación y apoyo técnico. De igual forma es el encargado de promover una gestión por la calidad de manera integral para toda la organización, con énfasis en los procesos de aseguramiento, prestación de servicios y atención al afiliado. El coordinador depende jerárquica y funcionalmente de la gerencia quien desarrolla un papel fundamental en el Sistema de Calidad como tomadora de decisiones pero, es responsabilidad del o los funcionarios del coordinador de calidad, y los promotores de salud, seguir los parámetros, cumplir las normas y pautas establecidas en el Sistema de Calidad.

Cabe resaltar que al iniciar la práctica profesional, la ARS –CAJASAN no contaba con un Coordinador del área de calidad, ni mucho menos con el personal para la realización de las Auditorias externas por lo tanto no se tuvo el apoyo técnico ni la orientación al respecto. Sin embargo la Trabajadora Social hizo entrega del material bibliográfico (folletos, manuales) lo cual permitió conocer el desempeño de esta área.

Ajustado a las políticas de calidad y al direccionamiento estratégico de la organización, a los procesos y a la reglamentación vigente, el Sistema de Gestión de Calidad del Programa de la ARS de la Caja de Compensación Familiar de Santander CAJASAN, desarrolla 3 componentes básicos que cumplen un papel importante para mejorar la calidad de manera permanente, estos son<sup>74</sup>:

➤ La Habilitación: El Sistema de Gestión de Calidad vela por el cumplimiento de los requisitos y condiciones de habilitación normados por el Ministerio de la Protección Social en la resolución 3763 de 2007 así como de

---

<sup>74</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Junio de 2005.P.30

los estándares y criterios de capacidad técnico administrativa y de capacidad tecnológica y científica de habilitación.

- La Acreditación: El Programa de la ARS de la Caja de Compensación Familiar de Santander - CAJASAN - en su interés por el mejoramiento permanente de la calidad, promueve la incorporación de los Estándares de Acreditación a los procesos existentes para ajustarlos y mejorar el desempeño de la organización.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Este componente promueve la evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos de atención al usuario (asistencial y administrativo), definidos como prioritarios.

En principio todos los procesos de la organización, de producción y entrega del servicio son considerados para efectos de evaluación y mejoramiento. Sin embargo, la auditoría y evaluación debe centrarse en aquellos que se consideran clave en la atención al usuario y los que producen un impacto importante en la organización. Por estas razones se aplican los siguientes criterios de selección de procesos prioritarios<sup>75</sup>:

- Los considerados críticos para el Programa del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar, desde la perspectiva de generación de mayores costos.
- Enfoque de riesgo desde la perspectiva del afiliado.
- Los que están más cerca del afiliado.
- Los de mayor causa de atención (datos históricos, perfil epidemiológico).

Los que se definan como críticos en los prestadores, seleccionados de manera conjunta con el Programa del Régimen Subsidiado de la Caja de Compensación Familiar de Santander – CAJASAN.

---

<sup>75</sup> CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Junio de 2005.P.12

Teniendo en cuenta los criterios de selección establecidos, el programa ARS define los siguientes procesos prioritarios<sup>76</sup>:

- Atención Inicial de Urgencias.
- Consulta y Control prenatal.
- Riesgo Cardiovascular.
- Atención de Alto Costo.
- Atención del menor de un año.

En base de lo anteriormente dicho el programa ARS –Cajasan define los siguientes procedimientos de Auditoria Externa.

#### **Cuadro 4. Macroproceso de Gestión de Calidad**

<b>AUDITORIA EXTERNA</b>
Verificación de Habilitación de Prestadores de la Red de Servicios.
Monitoreo de procesos prioritarios de atención.
Auditoria al Modelo de Atención.
Auditoria al Proceso de Asignación de Citas.
Auditoria al suministro de medicamentos.
Auditoria de Historias Clínicas.

**Fuente: CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Junio de 2005.P.14**

---

<sup>76</sup> Ibid.,P.18

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud dirigida a los prestadores que conforman la red de servicios de la ARS CAJASAN aplica dos modalidades:

- a. Control de segundo orden, implica auditar lo auditado, para verificar la realización de los procesos de autocontrol y auditoria interna efectuada por los prestadores, sus resultados e implementación de correctivos y mejoramientos.
  
- b. Auditoria externa mediante trabajo de campo en las sedes de los prestadores a los procesos de atención definidos como prioritarios.

En razón de lo anterior , el desarrollo de la práctica profesional de Trabajo Social se ubico en el área de la salud, tuvo lugar en el programa ARS-CAJASAN, específicamente en el Macroproceso de Gestión de Calidad en la cual hace parte el proceso de Auditoria Externa que se realiza a las Instituciones Prestadoras de Salud que han sido contratadas por la ARS, con el objeto de evaluar el desarrollo de sus procesos y procedimientos en la prestación del servicio, con el fin de facilitar la aplicación de medidas correctivas por parte de la institución, que permitan la búsqueda de soluciones oportunas tendientes a prevenir o resolver situaciones que puedan afectar de manera negativa el sistema y así contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio que estas ofrecen.

La Auditoria Externa se realizo en la Institución Prestadora de Servicios IPS Cajasan, ubicada en la Diagonal 16 # 59-56 Ciudadela Real de Minas que ofrece los servicios de<sup>77</sup>:

---

<sup>77</sup> Caja de Compensación Familiar de Santander. [En línea], Disponible En: [www.cajasan.gov.co](http://www.cajasan.gov.co), recuperado el 19 de Abril.

### 1. Servicios Asistenciales:

- Consultas de Medicina General y Especializada.
- Odontología General y Especializada.
- Consultas Para clínicas (nutrición, optometría, psicología, etc.
- Procedimientos Médicos.
- Servicios de Enfermería.
- Terapias (ocupacional, física, del lenguaje y respiratoria).
- Ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, rayos x y ecografías, tomografías, resonancias, etc.).
- Otras ayudas diagnósticas en todas las especialidades.

### 2. Salud Ocupacional PYP (Promoción y Prevención):

- Medicina del Trabajo: Exámenes laborales.
- Higiene Industrial: Mediciones.
- Seguridad Industrial: Panoramas de riesgos. COPASOS.
- PYP: Atención para todos los grupos de edad con programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### 3 .Programas Especiales:

- Vacunación Infantil y para Adultos.
- Alimentación Complementaria.
- Salud Integral para la Infancia.
- Programa Empresa Sana – Empresa Productiva.
- Medicina Alternativa.
- Estética Facial y Corporal.
- Acondicionamiento Cardiovascular.

### 4. Servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad:

- Crecimiento y Desarrollo Salud Integral para el Adolescente.

- Programa Adulto Sano.
- Programa de Atención Integral para la Gestante.
- Vacunación PAI.
- Programa Salud Oral.
- Programa Planificación Familiar.
- Programa Prevención Cáncer de Seno y Cerviz.

La Auditoria Externa estuvo dirigida a los siguientes procedimientos, los cuales fueron establecidos inicialmente por los directivos de la ARS-CAJASAN:

- Verificación de Habilitación de Prestadores de la Red de Servicios.
- Auditoria de Historias Clínicas de los procesos prioritarios de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular en cuanto a su forma y registro.
- Auditoria al Proceso de Asignación de Citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.

#### **4.1 ANÁLISIS SITUACIONAL**

Para efectos del presente trabajo, se llevará a cabo el diagnóstico estratégico que servirá de marco de referencia para el análisis de la situación actual de la ARS-CAJASAN tanto interna como externamente; mediante la realización de la matriz DOFA (ver cuadro 5) en donde se identificarán:

- Debilidades: Actividades o atributos internos de la organización que inhiben o dificultan el éxito de la misma.
- Oportunidades: Eventos, hechos o tendencias en el entorno de la organización que podrían facilitar o beneficiar el desarrollo de esta.

- Fortalezas: Actividades y atributos internos de una organización que contribuyen y apoyan el logro de los objetivos de una institución.
- Amenazas: Eventos, hechos o tendencias en el entorno de una organización que inhiben, limitan o dificultan su desarrollo operativo.

Este diagnóstico estratégico permitirá definir una serie de estrategias que contribuirán al cumplimiento de los objetivos propuestos para el desarrollo de la práctica profesional.

**Cuadro 5. Matriz DOFA ARS –CAJASAN**

FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El interés de la organización por implementar el proceso de Auditoria Externa a las IPS de la red prestadora ARS –CAJASAN.</li> <li>➤ Cobertura geográfica que permite prestar los servicios de la ARS-CAJASAN a varios municipios a nivel regional.</li> <li>➤ Número significativo de afiliados a la ARS-CAJASAN</li> <li>➤ La Reestructuración organizacional que se presenta en este momento con el objeto de mejorar los servicios y dar cumplimiento a las metas propuestas.</li> <li>➤ El Reconocimiento de Caja la de Compensación Familiar de Santander como pionera del Departamento que satisface las necesidades de los afiliados y sus familias a través de sus servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La Competencia existente en el mercado con otras instituciones que administran los servicios de salud.</li> <li>➤ Los constantes cambios de la Normatividad respecto al Sistema de Calidad en Salud.</li> <li>➤ El Incremento de las Acciones de Tutelas y Derecho de Peticiones por parte de los afiliados a la ARS Cajasan debido a las inconformidades con el servicio prestado por las IPS de la red prestadora.</li> <li>➤ La no renovación del contrato por parte del Estado con la ARS- Cajasan.</li> <li>➤ Desvinculación de los afiliados de la ARS -Cajasan.</li> <li>➤ Incrementos en los costos de los eventos adversos a la salud, lo cual genera pérdidas financieras.</li> </ul>
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La ARS Cajasan no realiza Auditorias Externas a las IPS de la red prestadora.</li> <li>➤ Las IPS de la red prestadora no son auditadas según lo estipulado en la Norma.</li> <li>➤ Falta de recursos financieros para la realización de las Auditorias Externas a las IPS de la red prestadora.</li> <li>➤ La ARS no está llevando a cabo un control a las IPS de la red prestadora en los procesos prioritarios de atención (Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular)</li> <li>➤ Los formatos de Auditoria Externa no están actualizados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El interés del Gobierno Nacional por mejorar el servicio de la salud.</li> <li>➤ Las políticas y lineamientos Nacionales que reglamentan el Sistema general Obligatorio de Calidad en Salud (SGGCS).</li> <li>➤ La preocupación del Estado por contribuir al Régimen Subsidiado con el fin de asegurar a la población más vulnerable al servicio de la Salud.</li> <li>➤ Asignación de recursos financieros por parte de los organismos nacionales y departamentales.</li> </ul>

**Fuente: La Autora del proyecto**

Luego de realizar la Matriz DOFA se deriva el cruce de variables, para obtener una serie de estrategias que muestran caminos alternos para plasmar las acciones que permitirán en el corto, mediano y largo plazo disponer de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros de la institución para el logro de las metas. (Ver cuadro 6).

**Cuadro 6: Cruce de Variables**

<b>FORTALEZAS- OPORTUNIDADES</b> <b>FO</b>	<b>FORTALEZAS Y AMENAZAS</b> <b>FA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar el proceso de Auditorias Externas a las IPS de la red prestadora</li> <li>➤ Diseño y desarrollo de actividades orientadas a evaluar los procesos prioritarios de atención establecidos por la ARS- Cajasan.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Implementar el Sistema de Gestión de Calidad diseñado por el programa ARS-Cajasan.</li> </ul>
<b>DEBILIDADES- OPORTUNIDADES</b> <b>DO</b>	<b>DEBILIDADES-AMENAZAS</b> <b>DA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realización del proceso de Auditoria Externa a las IPS de la red prestadora ARS Cajasan.</li> <li>➤ Evaluar los procesos prioritarios de atención (Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular) establecidos por la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ejecución del proceso de Auditoria Externa bajo las políticas y lineamientos Nacionales que reglamentan el Sistema general Obligatorio de Calidad en Salud (SGGCS).</li> <li>➤ Diseñar los formatos de Auditoria Externa de acuerdo a la Normatividad de Calidad vigente.</li> </ul>

**Fuente: La Autora del proyecto**

A continuación se presenta el Plan Operativo, que congrega una serie de estrategias dirigidas hacia el avance institucional (ver cuadro 6)

Luego de establecido el Plan Operativo, el proceso siguiente corresponde a la ejecución del conjunto de actividades allí expuestas.

**Cuadro 7: Plan Operativo de Intervención**

<b>OBJETIVO ESTRATÉGICO:</b> Implementar la Auditoria Externa a la IPS Cajasan del municipio de Bucaramanga de la red prestadora ARS-Caja de Compensación Familiar CAJASAN mediante la evaluación sistemática y directa de los procedimientos establecidos por la institución, a partir de los estándares y criterios determinados para facilitar la aplicación de medidas correctivas.					
<b>ESTRATEGIA:</b> Realización de la Auditoria Externa a la IPS –CAJASAN					
OBJETIVO	ACCIONES ESTRATEGICAS	METAS	INDICADORES DE LOGROS	INDICADORES DE GESTION	AVANCES DEL PROCESO Y PROPOSITO
Comprobar el cumplimiento de las condiciones de habilitación y verificación en el primer nivel de atención a la IPS Cajasan Bucaramanga de la red prestadora ARS Cajasan.	Revisar los contratos de aseguramiento y prestación de servicios de la IPS Cajasan para determinar el número de afiliados y los servicios contratados por la ARS CAJASAN.	A partir del mes de abril de 2007 se contara con el formato de datos sobre los afiliados y los servicios contratados por la ARS Cajasan.	Formato con los datos de los afiliados y servicios de primer nivel contratados por la ARS Cajasan.	Número de contratos de aseguramiento y contratos de prestación de servicios de la IPS Cajasan / Número de contratos revisados.  $2/2 * 100 = 100\%$	Se elaboró el formato con los datos de los afiliados los servicios de primer nivel contratados por la ARS Cajasan.(ver anexo 13)
	Solicitar y revisar los formatos de autoevaluación que realizó el prestador para obtener la habilitación.	Para la segunda semana del mes de Mayo de 2007 se habrá revisado los formatos de autoevaluación.	Formatos de autoevaluación revisados.	Número de formatos de autoevaluación / Número de formatos de autoevaluación revisados.  $1/1 * 100 = 100\%$	Se revisaron los formatos de autoevaluación.

<p>Solicitar y revisar los documentos de los soportes legales de la habilitación de la IPS Cajasan correspondientes al I Nivel de atención.</p>	<p>Para la segunda semana del mes de mayo de 2007 se habrá revisado los soportes legales de la habilitación de la IPS Cajasan.</p>	<p>Documentos de los soportes legales revisados.</p>	<p>Número de documentos legales requeridos para la habilitación / Número de documentos legales requeridos para la habilitación revisados.</p> <p>16/2*100= 8%</p>	<p>Se solicito los 16 documentos de los soportes legales y solo se presentaron 2 documentos lo que constituye un 8% del total de documentos revisados.</p>
<p>Diligenciar acta de visita según modelo F-AE-VHP-01. (ver anexo1 )</p> <p>Diligenciar formato de verificación de aspectos legales F-AE-VAL-01 (ver anexo2)</p> <p>Diligenciar formato de verificación de contratos de aseguramiento F-AE-VCA-01(ver anexo 3)</p> <p>Diligenciar acta de hallazgos F-AE-VHP-02. En caso de haberse encontrado en la verificación. (ver anexo 4 )</p>	<p>Para la segunda semana del mes de Junio se habrán diligenciado los formatos y las actas correspondientes a la verificación de la habilitación.</p>	<p>Acta de visita F-AE-VHP-01 suscrita.</p> <p>Formato de verificación de aspectos legales F-AE-VAL-01 diligenciado</p> <p>formato de verificación de contratos de aseguramiento F-AE-VCA-01 diligenciado</p> <p>Acta de hallazgos F-AE-VHP-02 diligenciada</p> <p>Acta de acuerdos F-AE-MPP-02 diligenciada.</p> <p>Formato de verificación de Aspectos legales F- AE-VAL-01 diligenciado.</p> <p>Formato de verificación de documentos F-AE-VD-01 diligenciado.</p>	<p>Numero de actas y formatos auditoria de verificación de la habilitación / Número de formatos de auditoria de verificación de la habilitación diligenciados y calificados.</p> <p>5/5 * 100= 60%</p>	<p>Se diligenciaron las 3 actas y los 2 formatos correspondientes a la auditoria de verificación de habilitación.</p>

	<p>Diligenciar acta de acuerdos según modelo F-AE-MPP-02 en caso de implementar correctivos.(ver anexo 5)</p> <p>Diligenciar formato de verificación de documentos F-AE-VD-01 (ver anexo 6 )</p>				
	<p>Elaborar y entregar el informe de Auditoria de verificación de habilitación.</p>	<p>Para la cuarta semana de Junio se entregó al Gerente de la ARS Cajasan el informe de Auditoria de verificación de habilitación</p>	<p>Informe de Auditoria de verificación de habilitación impreso, con sus actas anexas.</p>	<p>Número de Informes de Auditoria de verificación de habilitación realizado/ Número de Informes de Auditoria de verificación de habilitación entregados.</p> <p>1/1*100=100%</p>	<p>Se elaboro y entrego el informe de Auditoria Externa al Gerente de la ARS-Cajasan.</p>
<p>Evaluar la calidad del diligenciamiento de las historias clínicas de los controles prenatales y riesgos cardiovasculares</p>	<p>Definir una muestra estadística representativa de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular atendidos durante el primer</p>	<p>Para la Cuarta semana de Mayo de 2007 se tendrá definida la muestra del número de pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.</p>	<p>Número de historias clínicas de los pacientes de control Prenatal y Riesgo Cardiovascular atendidos en el primer trimestre del año 2007.</p>	<p>Número de historias clínicas de los pacientes de control Prenatal (65) y Riesgo Cardiovascular (80) atendidos en el primer trimestre del año 2007.</p>	<p>Se definió la muestra representativa de las historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular atendidos durante el primer trimestre del año 2007.</p>

en cuanto a la forma y registro de los datos.	trimestre del año 2007.				
	Seleccionar aleatoriamente las historias clínicas correspondiente al número de pacientes elegidos.	Para la segunda semana de Junio se tendrán seleccionadas las historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.	Historias clínicas objeto de auditoria.	Número de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal (32) y Riesgo Cardiovascular (40) atendidos en el primer trimestre del año 2007 seleccionadas para auditar.	Se selecciono el 50% de las historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular atendidos durante el primer trimestre del año 2007.
	Solicitar y evaluar en forma completa cada una las historias clínicas de los pacientes seleccionados.	Para la tercera semana de Junio de 2007 se habrán evaluado las historias clínicas de los Controles Prenatales y Riesgos Cardiovasculares a la IPS Cajasan de la red prestadora de la ARS Cajasan.	Historias clínicas evaluadas.	Número de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular / Número de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular evaluadas.  $72/72*100= 100\%$	Se evaluó la calidad del diligenciamiento del 50% de las historias clínicas de los procesos prioritarios de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular en cuanto a su forma y registro
Consignar los datos de las variables a evaluar y la escala de calificación en el formato F-AE-HCL-CP-01. (ver anexo 48) F-AE-HCL-RC-01. (ver	Para la tercera semana de Junio de 2007 se habrán diligenciado los formatos de Auditoria de las historias clínicas de Control Prenatal y	Formato de auditoria F-AE-HCL-CP-01, F-AE-HCL-RC-01, adecuadamente diligenciado y calificado.	Número de formatos de auditoria de historias clínicas de Control Prenatal (32) y Riesgo Cardiovascular (40) /Número de formatos de auditoria de historias clínicas diligenciados y calificados.	Diligenciamiento y calificación de los formatos de auditoria correspondientes a la evaluación de historias clínicas de Control, Prenatal y Riesgo Cardiovascular.	

	anexo 9)	Riesgo Cardiovascular.		$72/72*100= 100\%$	
	Elaborar y entregar el informe de Auditoria de historia clínica de control prenatal y riesgo cardiovascular.	Para la cuarta semana de Junio se habrá entregado al Gerente de la ARS Cajasan el informe de Auditoria de historias clínicas.	Informe de Auditoria de historias clínicas impreso con sus actas anexas.	Número de informes de Auditoria de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular/Número de informes de Auditoria de historias clínicas de los pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular entregados.	Se elaboro y entrego el informe de Auditoria de historias clínicas al Gerente de la ARS - Cajasan
				$1/1*100= 100\%$	
Evaluar oportunidad, accesibilidad y continuidad de la asignación de citas para las(os) pacientes de control prenatal y riesgos cardiovascular.	Desarrollar trabajo de campo en la IPS Cajasan del municipio de Bucaramanga que pertenecen a la Red Prestadora de la ARS CAJASAN.	Para la segunda semana de Junio de 2007 se habrá desarrollado trabajo de campo en la IPS Cajasan donde se realizara la Auditoria de asignación de citas para las (os) pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.	Visitas a la IPS Cajasan	Número de visitas realizadas a la IPS Cajasan.	Se desarrollo trabajo de campo en la IPS Cajasan, con el fin de evaluar los atributos de la calidad respecto al proceso de asignación de citas para las(os) pacientes de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.
	Registrar los horarios de atención para las citas de Control	Para la segunda semana de Junio de 2007 se habrá registrado	Registros de los horarios de atención para las citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.	Número de registros de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.	Se hizo el registro de los horarios de las citas de Control Prenatal y

	Prenatal y Riesgo Cardiovascular en la IPS Cajasan.	los horarios de atención para las citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular en la IPS Cajasan.			Riesgo Cardiovascular.
	<p>Observar si se registran todos los datos del afiliado en la agenda del profesional seleccionado, en la fecha y hora asignada.</p> <p>Determinar el tiempo de espera para la asignación de la cita.</p> <p>Determinar el tiempo de respuesta para la atención.</p>	Para la tercera semana de Junio de 2007 se habrá realizado la Auditoria al proceso de asignación de citas.	Evaluación de los atributos para el proceso de asignación de citas.	Numero de atributos evaluado.	Se realizo la evaluación a los atributos de oportunidad, accesibilidad y continuidad del proceso de asignación de citas para los pacientes de los procesos prioritarios de atención Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.
	Diligenciar el formato de auditoria F-AE-AC-01(ver anexo 10)	Para la tercera semana de Junio de 2007 se habrá diligenciado el formato de auditoria F-AE-AC-01.	Formato de auditoria F-AE-AC-01 debidamente diligenciado y calificado.	<p>Número de formatos de auditoria del proceso de asignación de citas /Número de formatos de auditoria del proceso de asignación de citas diligenciados y calificados.</p> <p><math>2/2*100=100\%</math></p>	Diligenciamiento y calificación de los formatos de auditoria correspondiente al proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.

	<p>Elaborar y entregar el informe de Auditoria del proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.</p>	<p>Para la cuarta semana de Junio se habrá elaborado y entregado al Gerente de la ARS Cajasan el informe de Auditoria del proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.</p>	<p>Informe de auditoria impreso con actas anexas.</p>	<p>Número de informes de Auditoria del proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular/Número de informes de Auditoria de proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular entregados.</p> <p>1/1*100= 100%</p>	<p>Se elaboro y entrego el informe de Auditoria del proceso de asignación de citas al Gerente de la ARS – Cajasan.</p>
--	--	---	---	--	--

## **4.2 ANALISIS DEL PROCESO**

A partir de la creación del Decreto 1011 del 2006, todas las entidades del sector salud, están en la obligación de implementar mecanismos que evalúen la prestación del servicio, con el fin de garantizar el mejoramiento y la calidad del mismo. Uno de estos mecanismos es la Auditoria Externa que se realiza mediante trabajo de campo en las sedes de los prestadores del servicio de salud.

De acuerdo a lo enunciado anteriormente la ARS –Cajasan determinó la realización de la auditoria externa a la IPS Cajasan prestadora de los servicios de la salud correspondientes al primer nivel de atención, mediante la evaluación de tres procedimientos. En primer lugar se evaluó la documentación requerida para la verificación de habilitación que establece, registra y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad técnico-administrativa de obligatorio cumplimiento para dar seguridad a los usuarios frente a los posibles riesgos asociados con la prestación de los servicios.

Para cumplir con el objetivo fue necesario revisar cada uno de los contratos de aseguramiento y prestación, para determinar el número de afiliados y los servicios que fueron contratados por la ARS, de igual forma fue requerida la información al ingeniero encargado de la base de datos y manifestó que la base de datos no estaba actualizada; posteriormente se solicitó la documentación para su revisión y diligenciamiento de los formatos de auditoría la cual no fue presentada para la revisión y evaluación pertinente, debido a que no se conoce la ubicación de estos documentos soporte para la habilitación, al mismo tiempo fueron encontrados los formularios de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud y la autoevaluación dispersos en diferentes oficinas de dicha institución, sin organización alguna. En consecuencia a esta situación no se realizó satisfactoriamente la evaluación de dicho proceso impidiendo el diligenciamiento

de los formatos de auditoría F-AE-VD-01 Y F-AE-VHP-02 obstaculizando la verificación de los documentos requeridos para la habilitación. La IPS Cajasan mediante el acta de acuerdos se comprometió a organizar la documentación de habilitación para luego ser presentada al gerente de la ARS Cajasan en el término de 15 días.

En segundo lugar fue realizada la Auditoría de las Historias clínicas de Control Prenatal y riesgo Cardiovascular en cuanto a su forma y registro de los datos, para el desarrollo de la auditoría, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

“La historia clínica es un elemento estructural que encierra la atención brindada, sus contenidos traducen los procesos de atención, es un instrumento que permite evaluar la garantía de calidad del servicio prestado al usuario”<sup>78</sup>.

Una historia clínica debe tener varias características<sup>79</sup>:

- Completa: Que contenga la totalidad de la información relevante al paciente, con la totalidad de anotaciones del personal médico y auxiliar.
- Coherente: Que tenga una correlación entre las diferentes anotaciones.
- Legible: La historia clínica debe ser legible que no de lugar a interpretaciones o errores; en lo posible no debe tener siglas que no puedan ser entendidas por otro personal (auxiliar o administrativo).

Una buena historia clínica debe registrar<sup>80</sup>:

- Cuál es el estado subjetivo del paciente y los hallazgos objetivos del médico.

---

<sup>78</sup> MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud. Elde Ediciones. Bogotá D.C. 1998. P. 60

<sup>79</sup> Ibid., P.61

<sup>80</sup> Ibid.,P.63

- Cuál fue el diagnóstico presuntivo que formuló el médico.
- Qué elementos de ayuda diagnóstica se solicitaron y cuáles sus resultados
- Cuál fue el tratamiento establecido.
- Cuál fue la evaluación del paciente.
- Tiempo de duración del proceso.
- Diagnostico definitivo.

Para Evaluar la calidad del diligenciamiento y verificar el estado de las historias clínicas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular se precisó una muestra estadística representativa de las (os) pacientes atendidos en el primer trimestre del año 2007 que correspondieron a 65 pacientes de Control Prenatal y 80 Pacientes de Riesgo Cardiovascular, con un total de 145 pacientes, por lo cual se tomo el 50% del número de pacientes atendidos, es decir 32 historias clínicas de Control Prenatal y 40 historias clínicas de Riesgo Cardiovascular.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la evaluación de la historias clínicas fueron la identificación de la historia clínica, Identificación de los registros y letras, Anamnesis,(información de los datos generales del paciente), Diagnóstico, Formulación de medicamentos y Ayudas diagnósticas.

El formato de evaluación de la historia clínica fue diseñado, en razón a que el existente estaba desactualizado según los parámetros de la historia clínica de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular que maneja la IPS Cajasan. (Ver anexo 11 y 12)

En tercer lugar fue evaluado el proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular, mediante los siguientes atributos de la calidad:

- *Accesibilidad:* Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- *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.
- *Continuidad:* Es el grado en que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico

Para la evaluación de los anteriores atributos fue necesario realizar una entrevista a la Enfermera Jefe responsable de los programas de Prevención y Promoción con el fin de conocer los horarios de atención y el protocolo que siguen para la asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular; de igual forma un trabajo de campo para la verificación de la agenda donde se registrarán los datos de los afiliados(as) correspondiente al nombre, fecha y hora de la cita, en forma presencial se comprobó el protocolo de la asignación de citas en el momento que el usuario(a) la solicitaba, observándose que estas citas son realizadas telefónicamente o en forma presencial una vez el paciente termina la consulta, en primera instancia la Enfermera Jefe solicita los datos personales, incluido el número del carnet de afiliación, registra en la planilla la hora y fecha le brinda al paciente la información correspondiente a la cita.

Es importante mencionar que en la revisión de las planillas de citas de mes a mes, habían algunos pacientes inscritos al programa de Riesgo Cardiovascular que no asisten a dicho control según lo establecido en el Programa de Promoción y Prevención deben asistir mensualmente al control médico donde son examinados y se les formulan los medicamentos, de igual forma pasa con las pacientes de control prenatal no asisten a todos los controles durante las etapas del embarazo, ante esta situación la IPS no realiza el seguimiento y monitoreo pertinente a la inasistencia de los usuarios, por esta razón se ha incrementado las enfermedades de alto costo generando así pérdidas financieras tanto a las IPS como a la ARS.

según información suministrada por la Enfermera Jefe y demás profesionales encargados de los programas de Promoción y Prevención una de las razones de la inasistencia de los usuarios (as) es la falta de recursos económicos para el traslado a la IPS, pues residen en barrios lejanos a esta; esta situación afecta directamente al usuario(a) puesto que no pueden acceder al servicio de la salud; según los resultados de la auditoria esta situación se debe a que la ARS para la asignación de la sede de atención no tiene en cuenta el lugar de residencia del afiliado(a).

Para el desarrollo de la Auditoria en el proceso de asignación de citas fue necesario revisar los contratos de prestación de servicios en donde se estipula la clausula que deben cumplir la Institución Prestadora de la Salud (IPS) en cuanto al atributo de la oportunidad para la asignación de citas de la siguiente forma:

<p><b>Proceso:</b> Admisión y registro de usuarios para la atención de los programas prioritarios de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular.</p>
--

<p><b>Estándar:</b> La institución garantiza el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizados de tiempos mínimos, de solicitar citas para el Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular requerida, dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p>
--

(Tiempo máximo 2 días)

cada 30 días

Con base a lo anteriormente dicho fue diseñado el formato de Auditoria Externa del proceso de asignación de citas de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular siguiendo los parámetros de los atributos. (Ver anexo 10)

Finalmente, fue elaborado el informe de Auditoria Externa correspondiente a los tres procedimientos anteriormente evaluados, que contribuye al programa ARS-Cajasan una serie de resultados que le permiten determinar acciones

correctivas para mejorar el servicio de la salud y la gestión de procesos que conlleven a la búsqueda de la excelencia, para dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población, encaminadas a prevenir la enfermedad y promover la salud.

De esta manera los avances del plan operativo son notorios, a pesar de todos los inconvenientes durante su desarrollo, fue necesario la realización de un ejercicio introspectivo en cuanto a seguridad, autonomía, coherencia y paciencia para aprender a sortear las dificultades que postergaron la ejecución de algunas actividades dada la espera de la firma del convenio de práctica, esperar la aprobación de propuestas, confirmación de recursos económicos para el desplazamiento a las otras IPS del Departamento de Santander, la poca colaboración por parte de los directivos y personal de la ARS y IPS Cajasan para facilitar la información requerida para el ejercicio de la práctica, estas situaciones develan que los procesos no son lineales y es allí donde factores como la recursividad, la investigación, la capacidad de análisis juegan un papel muy importante para afrontar dichos obstáculos.

## 5. EVALUACIÓN DEL PROCESO GENERAL DE PRÁCTICA

La evaluación es una forma de medir los resultados de la intervención en relación con el cumplimiento de los objetivos establecidos previamente que permite conocer la realidad estructural, para describir las perspectivas de acción, profundizar la problemática y analizar las repercusiones deseadas o no del proyecto facilitando la formulación de recomendaciones que garanticen la viabilidad de las actividades establecidas.

La evaluación fue desarrollada por medio de la identificación de los logros y dificultades presentados en el proceso de intervención.

### **Logros:**

- Realización de la auditoría externa a la IPS – Cajasan.
- Verificación de las condiciones de habilitación en el primer nivel de atención de la IPS- Cajasan.
- Evaluación de la calidad del diligenciamiento del 50% de las historias clínicas de los procesos prioritarios de Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular en cuanto a su forma y registro.
- Evaluación de los atributos de oportunidad, accesibilidad y continuidad del proceso de asignación de citas para los pacientes de los procesos prioritarios de atención (Control Prenatal y Riesgo Cardiovascular).
- Diseño e implementación de los formatos de auditoría externa.
- Diligenciamiento y calificación de los formatos correspondientes a la auditoría externa.
- Elaboración de informe de la auditoría externa.

- La realización de la auditoria externa a la IPS Cajasan que facilita a la institución la toma de decisiones en cuanto a las acciones correctivas para mejorar el servicio de la salud y por ende prevenir la enfermedad y promover la salud.

### **Dificultades**

- La reestructuración interna que presenta la ARS Cajasan, debido a los cambios del personal administrativo.
- El tramite de la firma del convenio de práctica universitaria por parte de Cajasan para dar inicio a la ejecución de las actividades programadas. De igual forma el cierre de la Universidad Industrial de Santander retraso los tramites para la firma del convenio.
- La tardanza de la firma del convenio, en razón a que se firmo el 6 de Junio obstaculizando la realización de las auditorias externas que fueron previamente programadas para las IPS que prestan sus servicio en el municipio de Bucaramanga.
- Falta de recursos económicos para realizar las auditorias externas en los municipios de cobertura del Departamento de Santander, pertenecientes a la red prestadora ARS Cajasan que inicialmente se habían acordado con el Gerente y planeado por las estudiantes en práctica.
- El no reconocimiento del trabajo realizado por las estudiantes en práctica antes de la firma del convenio.
- El personal de la ARS Cajasan no facilito la información requerida para elaborar el plan de trabajo.
- La ARS Cajasan no proporciono a las estudiantes en práctica los recursos materiales, equipos de oficina y espacios físicos necesarios para el desempeño y cumplimiento de la labor.
- Falta de tiempo para la ejecución de las actividades programadas en las diferentes IPS del municipio de Bucaramanga, debido a que el Gerente de la ARS obstaculizo el proceso por la firma del convenio; de tal forma que no permitió la

ejecución de las actividades hasta su firma y legalización, por esta misma razón solo fue realizada la auditoria externa a la IPS Cajasan.

➤ La poca colaboración del personal de la IPS Cajasan para facilitar la información y documentación para el desarrollo y ejecución de la auditoria externa.

## 6. RECOMENDACIONES

- El programa ARS Cajasan en cumplimiento a su estructura organizacional debe contratar el coordinador de Gestión de la Calidad, quien será el encargado y principal responsable del control de calidad; es importante su presencia debido a que actúa como enlace con los responsables de prestar atención directa a los afiliados, como personal del SIAU, los promotores de salud en cada municipio, para su orientación y apoyo técnico.
  
- Implementar el proceso de Auditoria Externa a todas las IPS que pertenecen a la red ARS Cajasan, debido a que no se lleva el control adecuado a los servicios contratados, además existen demandas, quejas y tutelas por el inadecuado servicio en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS); dicha situación puede conducir a la cancelación de los contratos de prestación de servicio y aseguramiento.
  
- La institución debe actualizar la documentación en cuanto a formatos de auditorias, modelo de atención y prestación de servicios, perfil epidemiológico, protocolos de atención entre otros de acuerdo a la normatividad vigente. De igual forma actualizar la información de la población afiliada a la ARS Cajasan y los servicios contratados a las Instituciones Prestadoras de Servicios en la base de datos.
  
- El personal encargado de la ARS Cajasan debe realizar la evaluación y seguimiento a los servicios que fueron contratados en cada una de las Instituciones Prestadoras de Servicios pertenecientes a la red y en especial a los procesos prioritarios de atención que fueron establecidos por el programa ARS – Cajasan.

- Es importante el desarrollo de trabajo interdisciplinario con los funcionarios de la ARS para facilitar la implementación de los procesos tendientes a evaluar la calidad el servicio.
  
- La institución que solicite estudiantes en práctica deben tener claro cual será la labor que van a desempeñar, y de igual forma garantizar las mínimas condiciones para el desarrollo de la práctica.
  
- Los convenios deben ser firmados y legalizados con un periodo de anterioridad para evitar inconvenientes; y de igual forma la Escuela de Trabajo Social debe cerciorarse de que las cláusulas allí expuestas se cumplan.
  
- En la formación académica de Trabajo Social se debe profundizar más en el área de salud, en cuanto al suministro de herramientas teórico-metodológicas que permitan a los (as) estudiantes el aprendizaje de los procesos, políticas, programas, modelos y demás temas relacionados con la salud.

## 7. CONCLUSIONES

- El efecto sobre la salud y la calidad de los servicios de salud dependen de su grado de desarrollo, de las posibilidades de acceso de todos los ciudadanos de manera oportuna a los servicios requeridos, de su calidad y de las posibilidades a responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.
  
- El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, se enmarca en el Sistema de Gestión de Calidad y se constituye en el medio para su operacionalización y en un instrumento importante de gestión. De igual forma integra un conjunto de conceptos, estrategias, procesos, herramientas metodológicas y mecanismos organizados con el objetivo de garantizar a los afiliados(as), calidad en los servicios que reciben y el mejoramiento permanente para lograr cada vez estándares superiores.
  
- La auditoria se constituye en un instrumento eficiente para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, en razón a que su desarrollo incluye la realización de una serie de acciones e intervenciones sistemáticas, continuas y deliberadas orientadas a prevenir, evitar o solucionar de manera oportuna y eficaz, situaciones que puedan afectar la obtención de los mayores beneficios en la salud de las personas.
  
- La práctica profesional, es un escenario óptimo para afianzar nuestros conocimientos, tanto en el área de la salud como en las demás áreas del saber que con lleva a una formación integral del profesional que le permita comprender y analizar de forma clara los fenómenos involucrados en la práctica social y profesional; la practica profesional nos permite a su vez reconocer nuestras debilidades y fortalezas, nos señala la importancia de aprender a aceptar y

manejar situaciones inesperadas que puedan obstaculizan nuestra labor; frente a estas situaciones no hay que darse por vencidos, corresponde mantener una actitud positiva, siendo profesionales íntegros con una visión amplia de la vida, actuando siempre acordes y consecuentes con nuestra formación personal y profesional que nos permitirá abrir caminos al éxito y no el fracaso.

## **8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**

### **MODELO BÁSICO DE AUDITORIA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL.**

#### **8.1 JUSTIFICACIÓN**

La calidad de la atención en salud <sup>81</sup>es sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de las instituciones que tienen la responsabilidad de administrar y prestar los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios. Con los últimos desarrollos científicos y los avances tecnológicos pone en evidencia la imperiosa necesidad de plantear y ejecutar modelos y programas de garantía de calidad, con el fin de realizar acuerdos necesarios que conduzcan ofrecer a la población una atención ajustada a las exigencias de la buena calidad.

La evaluación, control y seguimiento de los procesos de atención a los usuarios hace referencia a la auditoría en salud, que representa un esquema de vigilancia permanente de las normas de todas las áreas de la institución, pero además previene posibles fallas, alerta sobre debilidades, hace recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y como organismo asesor permite mirar todos los aspectos, todos los componentes destinados a la meta única que es la satisfacción usuario(a).

Es un hecho ampliamente reconocido que toda ARS Y IPS debe evaluar con alguna regularidad la calidad de la atención, pero se ha podido evidenciar que son escasos los logros en este campo, siendo la razón fundamental la no disponibilidad de una metodología práctica y sencilla que pueda aplicarse a las

---

<sup>81</sup> MALAGÓN, LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. p.77.

instituciones que permita generar información útil para la toma de decisiones, orientadas a mejorar progresivamente la calidad de la atención.

Lo anterior exige el desarrollo de un modelo de auditoria que permitirá evaluar la calidad de los servicios de primer nivel de atención a las distintas instituciones prestadoras de servicios de salud adscritas al programa ARS Cajasan.

## **8.2 OBJETIVO GENERAL**

➤ Diseñar un modelo de auditoria de la calidad de la atención en salud de primer nivel para el programa ARS Cajasan que le permita evaluar las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de la red prestadora, con el propósito de contribuir a mejorar sus procesos técnicos-administrativos prioritarios.

## **8.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

➤ Evaluar la calidad de los procesos de atención de primer nivel que ofrecen las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de la red prestadora ARS Cajasan.

➤ Facilitar la realización de la auditoria de los servicios de primer nivel de atención de acuerdo con los parámetros del Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

➤ Identificar los principales problemas de calidad que se presentan en la prestación de servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) así como las causas que lo determinan.

➤ Establecer la identificación y posterior aplicación de correctivos necesarios para mejorar la atención de primer nivel en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de la red prestadora ARS Cajasan si estas lo requieren.

- Evitar a futuro problemas que se puedan presentar por fallas o deficiencia en la prestación de los servicios que ofrece las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de la red prestadora ARS Cajasán.

#### **8.4 PLAN OPERATIVO**

Responde a una serie de acciones que permitirá la materialización de los objetivos propuestos.

Los servicios de primer nivel de atención que se evalúan son:

- Medicina General.
- ✓ Odontología.
- ✓ Laboratorio Clínico.
- ✓ Imagenología.
- ✓ Programas de Promoción y Prevención.
- ✓ Suministros de Medicamentos.

Para poder implementar el modelo de auditoría es necesario definir una serie de criterios y estándares que evalúen la calidad de atención de estos servicios.

**1. Recurso Humano:** Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

**2. Instalaciones Físicas:** Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

**3. Dotación y Mantenimiento de Equipos:** Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador

**4. Medicamentos y dispositivos médicos:** Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

**5. Procesos prioritarios asistenciales:** Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento

El modelo de auditoría se aplicara en base a las siguientes fases:

**FASE 1:** Elaborar un diagnóstico de la institución.

### **ACCIONES ESTRATÉGICAS**

- Observar la institución en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, en sus interacciones y en sus procesos.
- Identificar los servicios de primer nivel de atención de la Institución Prestadora de Salud.
- Definir los procesos prioritarios objeto del programa de auditoría
- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar procesos por mejorar.
- Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.

- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.
- Determinar instrumentos con evidencia científica, validados y técnicamente contruidos.

**FASE 2:** Revisión y análisis de los procesos prioritarios para determinar los principales problemas

### **ACCIONES ESTRATÉGICAS**

- recoger información utilizando los informes estadísticos, realizar entrevistas, encuestas a los usuarios, observación directa ,análisis de quejas.
- identificar los factores de riesgo (eventos adversos) Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Identificar y analizar los factores de riesgo (eventos adversos).
- Determinar cómo se deben manejar esos riesgos.

**FASE 3:** Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo, por qué).

## **ACCIONES ESTRATÉGICAS**

- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
- Hacer cronograma para controlar la ejecución de la Auditoría.
- Definir criterios que garanticen la evaluación por pares.
- Asignar los recursos para la ejecución de la Auditoría.
- Formular los indicadores de medición.
- Ejecución de la Auditoría Externa

**FASE 4:** Formulación de correctivos tendientes a disminuir la recurrencia del evento adverso a la salud.

## **ACCIONES ESTRATÉGICAS**

- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados
- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Acompañamiento al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
- Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.
- Monitorear a través de los indicadores definidos si el Plan de Mejora es efectivo.
- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.
- Publicación y difusión de los resultados de la auditoría.

## 8.5 RECURSOS

### ➤ Recursos Humanos:

- ✓ Coordinador de Garantía de Calidad de la ARS –Cajasan.
- ✓ Promotores de salud de cada municipio de la red prestadora ARS- Cajasan.
- ✓ Auditor médico.
- ✓ Trabajo Social.

### ➤ Recursos Materiales:

- ✓ Papelería.
- ✓ Computador.
- ✓ Fotocopias.

### ➤ Recursos Financieros:

- ✓ La institución contará con recursos propios que se requieren para la realización de las Auditorías Externas a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que pertenecen a la red prestadora ARS –Cajasan.

## 8.6 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FASE 1				FASE 2				FASE 4			
	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
Elaborar un diagnóstico de la institución.	■	■	■									
Revisión y análisis de los procesos prioritarios.			■	■	■							
Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría.					■	■	■					
Formulación de correctivos.								■	■	■	■	

## BIBLIOGRAFÍA

BERRY, Thomas. Cómo Gerenciar la Transformación Hacia la Calidad Total. Mc Graw Hill. Bogotá, 1996. 160 p.

BERSH, David. El Fenómeno de la Salud. Bogotá. Andes 1970. 52 p.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Direccionamiento Estratégico. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.59 p.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.29 p.

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SANTANDER-CAJASAN. Sistema de Gestión de Calidad. Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS. Numeral 8. Resolución 581 de 2004. Junio de 2005.40 p.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. Presidencia de la República. 1991.1997 p.

DIAGNÓSTICO DE SALUD EN SANTANDER. Edición Especial de la Revista del Observatorio de Salud en Santander 2006. Observatorio de Salud Pública de Santander. Secretaría de Salud de Santander.

DECRETO 1011 DE 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá, 2006.

GAVIDIA CATALÁN, Valentín. Salud, Educación y Calidad de Vida, de cómo las concepciones del profesorado inciden en la salud. Bogotá, Magisterio, 1998. 132 p.

KAST, Fremont. E. y ROSENZWEIG, James. E. Administración en las Organizaciones. Editorial Mc Graw Hill. México. D.F. 1980. 699 p.

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo y PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud. Para una Gestión Eficiente. Editorial Médica. Panamericana. Bogotá, 1998. 504 p.

MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1997. 146 p.

MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Tomo II. Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia, 1997. 146 p.

MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud. Elde Ediciones. Bogotá D.C. 1998. 135 p.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL Sistema de Seguridad Social Integral.  
Ley 100 Diciembre 23 de 1993. República de Colombia. 730 p.

TORO RESTREPO, Ernesto Julio. Hospital & Empresa. Medellín: Hospital  
Universitarios San Vicente de Paúl 2000. En: Gerencia Integral por Calidad. 437p

### **Páginas en Internet**

[http:// www.cajasan.gov.co](http://www.cajasan.gov.co)

[http:// www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co)

[http:// www.dnp.gov.co](http://www.dnp.gov.co)

[http:// www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

[http:// www.Saludsantander.gov.co](http://www.Saludsantander.gov.co)

**ANEXOS**







## ANEXO 4. FORMATO ACTA DE HALLAZGOS

	<b>AUDITORÍAS EXTERNAS VERIFICACIÓN DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE LA RED ACTA DE HALLAZGOS</b>	<b>F- AE-VHP 02</b>
---	--	---------------------

ACTA DE HALLAZGOS N° \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DEL PRESTADOR: \_\_\_\_\_ N° RADICACIÓN: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_ REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

MIEMBROS DE LA COMISIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 200\_\_, una vez terminada la verificación de condiciones de habilitación de la institución referenciada, el grupo encargado de Auditoría de Calidad del Programa de ARS de la Caja de Compensación Familiar de Santander -CAJASAN-, procede a especificar los servicios que se encontraron con incumplimiento. Se aclara que copia de ésta Acta se enviará al ente territorial correspondiente y a la Administración de la ARS:

**HALLAZGOS:**

SERVICIO	INCUMPLIDO

Se deja constancia de la comunicación de los hallazgos especificando los servicios incumplidos. Se entrega copia de ésta a quien atiende la visita.


Por parte de la Institución:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO

Miembros de la Comisión de la ARS:

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CARGO

## ANEXO 5. FORMATO ACTA DE ACUERDOS

	<b>GARANTÍA DE CALIDAD MEJORAMIENTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ACTA DE ACUERDOS DE AUDITORIAS</b>	<b>F-AE-MPP-02</b>
---	--	--------------------

FECHA:           DÍA \_\_\_\_\_           MES: \_\_\_\_\_           AÑO \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_

REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_

### 1. PROBLEMAS ENCONTRADOS

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

### 2. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS


ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS	PERIODO DE IMPLEMENTACION

NOMBRE Y FIRMAS

RESPONSABLE INSTITUCIONAL: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO ARS: \_\_\_\_\_

**ANEXO 6. FORMATO DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA HABILITACIÓN**

	<b>VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA HABILITACIÓN RED PRESTADORA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN FORMATO DE VERIFICACIÓN</b>	<b>F-AE-VD-01</b>
---	--	-------------------


NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DOCUMENTOS	SI	NO
Cámara de Comercio		
Fotocopia cedula de ciudadanía del representante legal		
Formulario diligenciado de relación de equipos		
Formulario diligenciado de Talento Humano(Área de Salud)		
De cada uno de los profesionales debe adjuntar:		
Copia certificado para laborar en Santander		
Diploma y (si tiene especialidades anexar diplomas)		
Tarjeta profesional		
Certificado de solvencia económica Decreto 1011 /2006		
Licencia para Rx( para odontólogos con equipo Rx)- carnet radiopro		
Licencia de ambulancia		
Contrato de recolección de desechos hospitalarios actualizado		
Servicio atención farmacéutica- certificación actualizada		
Portafolio de promoción y prevención si declara		
Formulario de inscripción diligenciado- dos originales a color y medio magnético		
Autoevaluación Manual Único de Estándares de Habilitación Resolución 1043-2006. Anexo Técnico 1 –Medio Magnético y copia impresa		
Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de atención PAMEC Resolución 1043-2006-Medio Magnético		




## ANEXO 8. FORMATO EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTROL PRENATAL

	<b>AUDITORIA EXTERNA AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE CONTROL PRENATAL</b>	<b>F-AE-HC-CP-01</b>
---	---	----------------------

NOMBRE INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CRITERIOS	CALIFICACIÓN.		
	1	2	3
<b>1. IDENTIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE CONTROL PRENATAL</b>			
Se identifica claramente la historia clínica con el número correspondiente al documento de identificación.			
<b>2. IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS Y LETRA</b>			
Se identifica cada una de las hojas de la HC con nombre y doc. Identidad del afiliado			
Se anotan fecha y hora de los registros			
Se registra en cada atención el nombre del médico tratante			
Se escribe de manera legible y clara			
Se encuentra identificada cada hoja de la HC de acuerdo con el tipo de registro			
Las historias clínicas son organizadas, bien legajadas, foliadas y bien presentadas			
<b>3. ANAMNESIS</b>			
Nombre completo, edad, estado civil, sexo, ocupación, dirección.			
Tipo de afiliación			
Describe claramente los datos referentes al Control Prenatal.			
Describe los antecedentes personales relacionados con el motivo de consulta y otros relevantes			
Describe los antecedentes familiares relacionados con el motivo de consulta y otros relevantes			
Anota otras afecciones presentadas relacionadas con el motivo de consulta			
<b>4. DIAGNÓSTICO</b>			
Relacionada con el motivo de consulta			
Relacionadas con los hallazgos del examen físico			
<b>5. FORMULACIÓN</b>			
- Nombre del medicamento			
- Presentación			
- Dosis			
- Vía de administración			
- Cantidad			
<b>6. AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>			
- Resultados de Exámenes de Laboratorio Clínico			
- Resultados de Rayos X e Imagenología			
<b>RECOMENDACIONES DE AUDITOR</b>			

	<b>AUDITORIA EXTERNA</b> <b>AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS</b> <b>EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE CONTROL PRENATAL</b>	<b>F-AE-HC-CP- 01</b>
---	---	-----------------------


**MODO DE CALIFICACIÓN**

Con base en el cumplimiento de los criterios de cada de las seis variables a evaluar, se efectúa la calificación de acuerdo a los puntajes asignados.

- De 75 a 50 BUENO
- De 49 a 25 REGULAR
- De 24 o menos INSUFICIENTE

NOMBRE AUDITOR \_\_\_\_\_


**ANEXO 9. FORMATO DE EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE RIESGO CARDIOVASCULAR**

	AUDITORIA EXTERNA AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE RIESGO CARDIOVASCULAR	F-AE-HC-RC-01
---	---	---------------

**NOMBRE INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_

**MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

CRITERIOS	CALIFICACIÓN.		
	1	2	3
<b>1. IDENTIFICACION DE LA HISTORIA CLINICA DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>			
Se identifica claramente la historia clínica con el número correspondiente al documento de identificación.			
<b>2. IDENTIFICACION DE LOS REGISTROS Y LETRA</b>			
Se identifica cada una de las hojas de la HC con nombre y doc. Identidad del afiliado			
Se anotan fecha y hora de los registros			
Se registra en cada atención el nombre del médico tratante			
Se escribe de manera legible y clara			
Se encuentra identificada cada hoja de la HC de acuerdo con el tipo de registro			
Las historias clínicas son organizadas, bien legajadas, foliadas y bien presentadas			
<b>3. ANAMNESIS</b>			
Nombre completo, edad, estado civil, sexo, ocupación, dirección.			
Tipo de afiliación			
Describe claramente los datos referentes al Riesgo Cardiovascular			
Describe los antecedentes personales relacionados con el motivo de consulta y otros relevantes			
Describe los antecedentes familiares relacionados con el motivo de consulta y otros relevantes			
Anota otras afecciones presentadas relacionadas con el motivo de consulta			
<b>4. DIAGNÓSTICO</b>			
Relacionada con el motivo de consulta			
Relacionadas con los hallazgos del examen físico			
<b>5. FORMULACION</b>			
- Nombre del medicamento			
- Presentación			
- Dosis			
- Vía de administración			
- Cantidad			
<b>6. AYUDAS DIAGNÓSTICAS</b>			
- Resultados de Exámenes de Laboratorio Clínico			
- Resultados de Rayos X e Imagenología			
<b>RECOMENDACIONES DE AUDITOR</b>			

	<b>AUDITORIA EXTERNA  AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS  EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS  DE RIESGO CARDIOVASCULAR</b>	<b>F-AE-HC-RC- 01</b>
---	---	-----------------------

**MODO DE CALIFICACIÓN**

Con base en el cumplimiento de los criterios de cada de las seis variables a evaluar, se efectúa la calificación de acuerdo a los puntajes asignados.

- De 75 a 50 BUENO
- De 49 a 25 REGULAR
- De 24 o menos INSUFICIENTE

NOMBRE AUDITOR\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

## ANEXO 10. FORMATO DE AUDITORIA DE ASIGNACIÓN DE CITAS

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ RC \_\_\_\_\_

ATRIBUTO	CRITERIOS	SI	NO	CANTIDAD
ACCESIBILIDAD	Para la asignación de la sede de atención se tiene en cuenta el lugar de residencia del afiliado.			
	La asignación de citas se realiza por medio telefónico			
	La asignación de citas se realiza de forma presencial en la sede de atención			
	La asignación de citas se programa en el momento de finalizar la cita anterior			
	Para el ingreso a la consulta se cobra cuota moderadora			
	Para la obtención de la cita se solicita algún tipo de fotocopia			
	Se tienen horarios establecidos para la asignación de citas			
	Se tienen horarios establecidos para la atención de citas			
OPORTUNIDAD	<b>Disponibilidad de citas</b>			
	Cuántas citas son asignadas mensualmente			
	Se cuentan con la asignación de citas prioritarias			
	<b>Tiempo de espera de la cita</b>			
	Existe un tiempo estándar para la asignación de la cita			
	Cuanto es el tiempo de respuesta para la asignación de la cita			
CONTINUIDAD	Cuanto es el tiempo de espera para ser atendido el paciente			
	<b>Periodo de Tiempo</b>			
	Cada cuanto se asignan las citas para las pacientes en control prenatal.			
	Cada cuanto se asignan las citas para los pacientes de riesgo cardiovascular			
SUFICIENCIA	Se realiza la respectiva remisión a los servicios e intervenciones de otros profesionales dentro del protocolo del proceso de atención.			
	<b>Las citas de Control Prenatal son realizadas por:</b>			
	Enfermera			
	Medico general			
	Ginecólogo			
	<b>Las citas de Riesgo Cardiovascular son realizadas por la</b>			
	Enfermera			
	Medico general			
	Cardiólogo			
Se cuenta con un protocolo específico para la atención de citas.				
El protocolo es conocido por los profesionales encargados de la atención de las citas.				

# ANEXO 11. HISTORIA CLÍNICA CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO



*Todos por Bucaramanga*

## HISTORIA CLÍNICA PRENATAL DE BAJO RIESGO

**PAB**  
PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

### 1. IDENTIFICACIÓN:

Nombre:		Edad:	Estado Civil
Escolaridad: Sabe leer <input type="checkbox"/> Sabe escribir <input type="checkbox"/>	Ocupación:		Color de piel Indígena <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/>
N° identificación:	Régimen de Seguridad Social: Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>		
Tipo de Afiliación:		Desplazada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección:		Area Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	Teléfono
Convivencia: Compañero Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Teléfono	
Dirección:		Teléfono	

### 2. MOTIVO DE CONSULTA:


### 3. ENFERMEDAD ACTUAL:

Embarazo deseado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### 4. ANTECEDENTES PERSONALES:

Patológicos:	
Hospitalarios:	
Quirúrgicos:	
Toxicológicos: Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Sustancia psicoactivas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cual? _____	
Inmunológico: (Esquemas de vacunación, aplicación de inmunoglobulina anti-D en la gestación o postparto)	
Transfusionales:	
Alérgicos:	
Traumáticos:	
Ginecológicos: Menarquia:                      Ciclos:                      FUR:                      FPP:                      EG:	
Fórmula Obstétrica (No incluye embarazo actual) <b>G P A C M E V M</b>	Métodos de planificación y fecha de suspensión:



*Todos Por Bucaramanga*

## HISTORIA CLÍNICA PRENATAL DE BAJO RIESGO

# PAB

PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

Ultima Citologia Cervico Vaginal (Fecha - Resultado)	ETS:
IRS (edad Inicio Relaciones Sexuales):	# Compañeros Sexuales en la Vida:
Todos los hijos del mismo o nuevo cónyuge:	Periodo intergenesico menor de 2 años: - si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Describir situaciones de riesgo de embarazos y partos anteriores:	

### 5. ANTECEDENTES FAMILIARES:

(relacionados también con embarazo y parto)


### 6. REVISION POR SISTEMAS

(síntomas no relacionados con enfermedad actual)


### 7. EXAMEN FISICO:

Aspecto general			
Signos Vitales:	FC:	TA:	Peso:
	Talla:	IMC:	%Peso / Talla:
Cabeza y cuello:			
Cardiopulmonar:			
Mamas:			
Abdómen (Describir cicatrices previas y la presencia o ausencia de hernias umbilicales e inguinales)			
Altura uterina:	FCF:	Movimientos fetales (+ / -)	
Actividad Uterina: (+/- Frecuencia / Intensidad / Duración)			
Genitales (Describir la presencia o ausencia de celes)			
Aspecto de la vulva y vagina (eritema - flujo - lesiones compatibles con enfermedades de transmisión sexual)			



HISTORIA CLÍNICA PRENATAL  
DE BAJO RIESGO

Todos Por  
Bucaramanga

**PAB**  
PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

Tacto vaginal (describir en primer semestre tamaño, forma, posición del útero y la presencia o ausencia de masas anexiales) cervix posición, consistencia, borramiento y dilatación

Extremidades	Edemas:	Varices:	Reflejos:
Piel:			

Llenar los datos obtenidos en el formato anexo de curvas de ganancia de peso y altura uterina y reporte de laboratorios.  
ENTREGAR LOS REPORTES DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO Y DE ECOGRAFÍA A LA PACIENTE.

8. ANALISIS:

(Definir situaciones actual de la gestante, curso del embarazo y establecer riesgos)

9. DIAGNOSTICOS:

1. fórmula Obstétrica
2. Edad Gestacional
3. Riesgo (s)

10. PLAN:

Incluye solicitud de laboratorios, interconsulta con otras disciplinas como nutrición, psicología, trabajo social, enfermería, odontología y ginecobstetricia además de los tratamientos pertinentes. Educar a la paciente sobre los signos de alarma. Establecer fecha del próximo control y por quién.





### ANEXO 13. FORMATO CONTRATOS

CONTRATO DE ASEGURAMIENTO			
NUMERO	AFILIADOS	FECHA DE INICIO	FECHA TERMINACIÓN
0706	18.620	01/10/2006	31/05/2007
1706	590	01/10/1006	31/03/2007
4006	63	20/12/2006	31/03/2007
TOTAL: 19.273			

CONTRATO DE PRESTACIÓN								
IPS	NÚMERO CONTRATO	NIVEL CONTRATADO	%UPC	AFILIADOS	TOTAL AFILIADOS	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	SERVICIOS CONTRATADOS
CAJASAN	4006BU06097	PYP	8,99%	63		20/12/2006	31/03/2007	MG.LC.ODONT.IMG
		NIVEL I	28,89%	63	63	20/12/2006	31/03/2007	MG.LC.ODN.IMG
CAJASAN	706BU06-041	PYP	8,99%	6.954		01/10/2006	31/03/2007	MG.LC.ODONT.IMG
		NIVEL I	29,00%	6.954		01/10/2006	31/03/2007	SOLO PYP ODONTO
		PYP	3,00%	2.123		01/10/2006	31/03/2007	MEDICAMENTOS
		NIVEL I	8,88%	2.123	6.954	01/10/2006	31/03/2007	SOLO ODONT
CAJASAN	706BU06-42	NIVEL I		6.954		01/10/2006	31/03/2007	SOLO ODONT

MG: Medicina General

LC: Laboratorio clínico

ODONT: Odontología

PYP: Programa de Prevención y Promoción

IMG: Imagenología de primer nivel